



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CÍNTIA PRISCILA DA SILVA FERREIRA

**Consultório na Rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua**

Maceió  
2015

CÍNTIA PRISCILA DA SILVA FERREIRA

**Consultório na Rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Célia Alves Rozendo

Maceió  
2015

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecário**  
**Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade**

F383c Ferreira, Cíntia Priscila da Silva.  
Consultório na Rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua /  
Cíntia Priscila da Silva Ferreira. – 2015.  
87 f.

Orientadora: Célia Alves Rozendo.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 74-81.  
Apêndices: f. 82-86.  
Anexo: f. 87.

1. Enfermagem. 2. População de rua - Atendimento. 3. Avaliação de serviços de  
saúde. 4. População de rua - Maceió. I. Título.

CDU: 616-083

**Folha de Aprovação**

Cíntia Priscila da Silva Ferreira

Consultório na Rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada em 26 de Maio de 2015.

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Célia Alves Rozendo (Orie  
Universidade Federal de Alagoas

*Célia Alves Rozendo*

**Banca Examinadora:**

*Mércia Zeviani Brêda*

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mércia Zeviani Brêda (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Alagoas

*Marcelo Medeiros*

---

Prof. Dr. Marcelo Medeiros (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Goiás

**Dedico esta dissertação a população em situação de rua, em especial aqueles que se fizeram participantes da minha pesquisa, que se dispuseram a expor suas vidas, e que tanto me ensinaram.**

## **AGRADECIMENTOS**

### **Deus e a Nossa Senhora,**

que me conduziram mais uma vez ao melhor caminho, apesar de diversos obstáculos, me deram forças para vencer todos. Durante esses dois anos de mestrado, obtive a prova do amor imenso que o Espírito Santo tem por aqueles que ainda podem duvidar da presença divina. Apesar das dores físicas e psíquicas fui vencendo uma a uma a seu tempo, e sem a cura divina não conseguiria.

### **Aos meus pais,**

que me apoiaram desde o começo, e que sem essa base e a educação que me deram, eu não teria chegado tão longe. Posso falar folhas aqui de vocês, mas vou abster-me a um parágrafo. Vocês são os melhores pais que eu poderia ter, mesmo com erros e acertos me fizeram crescer e ser uma pessoa de bom caráter. Obrigada Mãe e Pai eu amo vocês.

### **Ao meu irmão,**

que sempre me deu palavras de incentivos e que me apoia até hoje. Você sempre me ajuda nos momentos de dúvida, me dá os melhores conselhos e quando é preciso, coloca meus pés no chão.

### **Ao meu namorado-esposo,**

de grande importância, desde o momento que surgiu em minha vida. Meu lindo você suportou meus abusos, minhas mudanças de humor, minhas carências. Obrigada Jefferson, por me apoiar, compreender esse ano que passei por diversas dificuldades, você foi fundamental em todo o mestrado.

### **Aos meus familiares,**

em especial a minha Tia Laura, minhas primas Lili e Amanda que sempre estiveram presentes na minha vida e me ajudando, me acolhendo em suas casas, e nessa trajetória do mestrado foram cruciais.

### **Aos meus lindos afilhados,**

que me trouxeram tantas alegrias nesse ano, Myrlla, Melissa, João Vinícius e Layla. Minha admiração por vocês é imensa, e apesar de muitas vezes ser ausente, eu sempre oro por vocês e os poucos momentos que passamos juntos são inesquecíveis.

### **Às minhas amigas,**

Cecília, Déborah, Mayara, Moniza, Larissa e Thayse que sempre estão presentes na minha vida, mesmo com a distância. Além dos meus pais vocês formaram à base da minha personalidade e conseguiram modificar e enriquecer a minha vida. Foram aquelas que suportaram desde sempre os meus abusos, minhas lamentações, meus gritos, minhas loucuras, mas também minha lucidez, me ensinaram a ter mais paciência, a ser mais humilde, a saber amar o próximo entre tantas outras virtudes. Acompanharam todo meu sofrimento para conseguir entrar no mestrado e para me manter nele também.

### **À minha bebê,**

Kamyla que deixou de ser uma ex-aluna, para se tornar uma grande amiga, uma pessoa maravilhosa que entrou na minha vida de uma forma tão doce, como ela é. Obrigada minha linda, você fez uma diferença enorme na minha vida, e me ajudou sem dúvidas nessa caminhada.

### **Aos meus eternos alunos da UFAL Arapiraca,**

que participaram do comecinho dessa jornada, aqueles em que eu pude confiar a minha inexperiência na docência, aqueles que entenderam todas as minhas limitações e que se despiram de qualquer preconceito e que me acolheram como nenhuma turma faria. Tenho certeza que nesse primeiro ano de mestrado, vocês foram o melhor presente que eu recebi de Deus. Deus se fez presente mais na minha vida, depois que eu conheci vocês. Eu só tenho que agradecer e agradecer, e todos os elogios sempre serão pouco para vocês.

### **Aos meus colegas do mestrado,**

que foi uma turma excepcional, um grupo unido que sempre queria a felicidade do grupo como um todo. Obrigada, pelas conversas, pelos conselhos e por superarmos juntos essa batalha.

### **Aos meus amigos da graduação,**

com vocês vivi duras batalhas, horas e horas de estudo, alegrias e tristezas, tensões e também momentos de ascensão. Vocês são meu orgulho!

### **Aos meus professores da graduação,**

que fizeram uma diferença enorme no meu ser e na minha vida profissional. Especialmente, Ana Paula, Cíntia Bastos, Juliana Marques, Renise, Francisca, Verônica Alves, Jarbas, Josineide, Regina Sales, Rogério e Thaís.

**Às minhas ex-orientadoras, Ana Paula Nogueira e Juliana Marques,**  
que me ajudaram a ser uma pessoa mais adulta, com responsabilidade e por trazer em mim o gosto da pesquisa. Eu admiro vocês imensamente. Obrigada.

**À professora Mércia,**

que desde nosso contato em sua disciplina, me incentivou para a vertente da saúde mental e que plantou uma sementinha, que queria germinar há um tempo, mas que não se achava capaz. Obrigada professora por ser tão sensível e perceber detalhes tão sutis no outro. Agradeço também pela sua contribuição científica neste trabalho.

**Ao professor Marcelo Medeiros,**

pela gentileza em participar como suplente da minha banca de qualificação e iniciar as contribuições que foram apreciadas e serviram para o amadurecimento deste trabalho, bem como agradecê-lo antecipadamente pelas brilhantes contribuições que irá me conceder ao participar como membro da banca de defesa.

**À minha orientadora Célia Rozendo,**

foi fundamental nessa caminhada, que foi tão difícil, sem dúvida nenhuma ela foi sábia e paciente, e isso foi essencial para obtenção do meu êxito. Seu apoio e compreensão foi um divisor de águas para que eu conseguisse ir até o final dessa etapa. Professora, obrigada por ensinar-me coisas tão sutis, como educação na maneira de falar com o outro, paciência com as limitações do semelhante, por ser a mentora dessa ideia e por me ajudar na consecução deste trabalho. Tu és uma pessoa totalmente humana, além de ser uma profissional admirável. Seus ensinamentos serão guardados para toda a minha vida. Muito Obrigada!

**À professora Jorgina, coordenadora do Consultório na Rua,**

que me acolheu de forma tão doce, que fez o contato inicial com todas as equipes do consultório e que se prontificou a ajudar.

**A todos os profissionais das equipes dos seis consultórios,**

vocês serviram de ponte para os meus sujeitos, e mesmo sabendo que seus trabalhos seriam avaliados, não pouparam energias para que minha pesquisa tivesse êxito, se mostraram muito receptivos e abertos. Muito Obrigada!!!

*“Andando pelas ruas  
Eu vejo algo mais do que arranha-céus  
É a fome e a miséria  
Dos verdadeiros filhos de Deus  
Vejo almas presas chorando em meio a dor  
Dor de espírito clamando por amor*

*Anjos das ruas  
Anjos que não podem voar  
Pra fugir do abandono  
E um futuro poder encontrar  
Anjos das ruas  
Anjos que não podem sonhar  
Pois a calçada é um berço  
Onde não sabem se vão acordar*

*Às vezes se esquecem que são seres humanos  
Com um coração sedento pra amar*

*Vendendo seus corpos por poucos trocados  
Sem medo da morte o relento é seu lar  
Choros, rangidos, almas pra salvar”*

(Música “Anjos das Ruas” – Rosa de Saron)

(Eduardo Faro e Marcelo Machado)

## RESUMO

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva Ferreira. **Consultório na Rua em Maceió/AL: o olhar de pessoas em situação de rua.** Dissertação. Universidade Federal de Alagoas, 2015.

A estratégia do Consultório na Rua é recente, surgiu da convergência de diferentes experiências de atenção à população em situação de rua. O objetivo geral deste estudo é analisar a estratégia Consultório na Rua em Maceió/AL, na perspectiva de seus usuários, sendo os objetivos específicos: 1) identificar, a partir dos relatos dos usuários, as ações realizadas pelos Consultórios na Rua; 2) analisar os desafios e as possibilidades do Consultório na Rua; 3) analisar os significados que o Consultório na Rua tem para os usuários. Esta pesquisa adotou a abordagem qualitativa. O cenário escolhido foram os campos de atuação do Consultório na Rua da cidade de Maceió-Alagoas. O município tem seis equipes de Consultórios na Rua. Os sujeitos da pesquisa foram pessoas em situação de rua atendidas pela estratégia do Consultório na Rua. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, estar em situação de rua e, já ter sido atendido pelo Consultório na Rua. Para coleta de dados foi realizada a técnica da entrevista semiestruturada, sendo realizadas 18 entrevistas, entre setembro de 2014 a fevereiro de 2015 seguindo a saturação teórica dos dados. Para análise dos dados obtidos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo categorial por temática. A análise dos resultados apontaram três categorias. A primeira, “o significado da vida nas ruas”, retrata um contexto de necessidades, de faltas e de abusos. A segunda, “o Consultório na Rua como ele é”, revela os desafios e as potencialidades dessa estratégia. E a terceira, “O que o Consultório na Rua representa?” revela suporte social, afeto e perspectiva de mudança para quem se encontra em situação de rua. Os resultados do estudo demonstraram que a estratégia Consultório na Rua é avaliada positivamente pelos usuários, os quais apontam receberem apoio social, afeto e em alguns casos oportunidade para mudar de vida. Além disso, destacaram o acesso aos serviços de saúde, o compromisso da equipe e a relação de respeito estabelecida entre equipe e usuários. Contudo, os desafios também são indicados, dentre eles a inadequação da estrutura organizacional, o preconceito e o estigma de alguns profissionais dos serviços da Rede de Atenção à Saúde em relação às pessoas em situação de rua. O presente estudo aponta para a necessidade do engajamento da gestão e dos profissionais de saúde que estão em diversos espaços da rede de atenção às pessoas que vivem em situação de rua. Aponta, também, para a necessidade de enfrentar estigmas e preconceitos em relação à essa população. É recomendável uma ação política junto às pessoas em situação de rua para que reconheçam sua condição de sujeitos e cidadãos, enfrentem os desafios e assumam a luta por sua dignidade e seus direitos.

**Palavras-chaves:** Enfermagem. População de rua. Avaliação dos serviços de saúde; Pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

FERREIRA, Cintia Priscila da Silva Ferreira. Office at Rua in Maceió / AL: look people in the streets. Dissertation. Universidade Federal de Alagoas, 2015.

The Office strategy Street is recent, it emerged from the convergence of different population to the attention of experiences on the streets. The aim of this es-all is to analyze the strategy's Office in the street in Maceió / AL, in view of its users, with the specific objectives: 1) to identify, from the accounts of users, the actions taken by Offices in the street; 2) to analyze the challenges and possibilities of the Office in Street; 3) analyze the meanings that the Office at Rua has for users. This research adopted the qualitative approach. The scenario chosen were the Office of the playing fields in the street of the city of Maceió, Alagoas. The municipality has six teams in Street Offices. The research subjects were people on the streets served by the Office strategy Street. Inclusion criteria were: being over 18, being on the streets and have already been answered by the Office in Street. For data collection was carried out the technique of semi-structured interview being conducted 18 interviews, from September 2014 to February 2015 following the theoretical saturation of data. For data analysis we used the categorical content analysis technique by theme. The results showed three categories. The first, "the meaning of life on the streets," portrays a context of needs, shortcomings and abuses. The second, "the Office in the street as he is," reveals the challenges and potential of this strategy. And the third, "What's Office in Street is?" Reveals social support, affection and change of perspective for those in the streets. The study results showed that the Office strategy Street is assessed positively by users, which point they receive social support, affection, and in some cases chance to change their lives. In addition, they highlighted the access to health services, team commitment and the established relationship of respect between staff and users. However, the challenges are also indicated, including the inadequacy of organizational structure, prejudice and stigma of some professionals of the Health Care Network services compared to people in the streets. This study points to the need for engagement of management and health professionals who are in different spaces of the pessos care network living on the streets. Also points to the need to address stigma and prejudice in relation to this population. We recommend a political action with the people on the streets to recognize their status as subjects and citizens face the challenges and take the fight for their dignity and their rights.

**Keywords:** Street population. Health services evaluation. Qualitative research.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CAPS AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CETAD** - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

**CnaR** – Consultório na Rua

**CR**- Consultório de Rua

**CRAS** - Centro de Referência em Assistência Social

**CREAS** - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**eCR** – Equipe de Consultório na Rua

**MDS** – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPAS** – Organização Pan-americana de Saúde

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

**SUAS** – Sistema Único de Assistência Social

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Vulnerabilidade e desfiliação social: lentes teóricas.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>População em Situação de Rua .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3</b>	<b>Do Consultório de Rua ao Consultório na Rua .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>Avaliação qualitativa de serviços ou programas de saúde .....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1</b>	<b>Natureza da Pesquisa .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2</b>	<b>Contexto Social da Pesquisa .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes da Pesquisa .....</b>	<b>43</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos de coleta de dados .....</b>	<b>43</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>45</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos .....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Sujeitos.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>O significado da vida nas ruas.....</b>	<b>53</b>
<b>5.3</b>	<b>O consultório como ele é.....</b>	<b>58</b>
<b>5.4</b>	<b>O que o consultório na rua representa? .....</b>	<b>68</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>87</b>



## 1 APRESENTAÇÃO

O interesse em realizar esse estudo se deu através de discussões da pesquisadora com a sua orientadora Dra. Célia Alves Rozendo, que considero a grande mentora dessa ideia e que despertou em mim toda uma inquietação acerca dessa temática. Após muitas leituras tive a certeza que a mudança para esse objeto de pesquisa traria muitas realizações desde o contato com o universo da rua que sempre foi de mim tão distante, até conseguir chegar mais perto dos sujeitos da minha pesquisa e que trariam repostas para indagações levantadas e até mesmo quem sabe um mergulho mais profundo do que eu pudesse nem talvez imaginar.

Trabalhar com pessoas em situações de rua e no cenário da rua trouxeram mais preparo para lidar com qualquer situação que pudesse acontecer, mas ao mesmo tempo me aproximou, mesmo que por pouco tempo, da vida que cada sujeito levava. Pude sentar nas calçadas e bancos de praças e assim me acercar muito mais dos sujeitos da pesquisa. Talvez fosse mais cômodo para mim como pesquisadora se tivesse escolhido um local fechado para fazer as entrevistas, como um posto de saúde ou outro local que não fosse à rua. Porém tenho certeza que o rumo da entrevista teria sido outro, perderia o contexto da realidade que eles vivenciam. Por ser uma pesquisa avaliativa qualitativa, toda sutileza e riqueza de detalhes fizeram a diferença no decorrer de cada entrevista.

Iniciei minha trajetória participando de uma reunião geral com todas as equipes do Consultório na Rua de Maceió. Nessa reunião pude conhecer a maioria dos profissionais que trabalham nos seis consultórios, inclusive me aproximar mais da coordenadora do serviço, que se mostrou acolhedora e me direcionou para o contato dos apoiadores – profissionais que representam cada equipe – assim facilitou a entrada em campo, as visitas e a escolha do dia mais viável para fazer as entrevistas. Como as equipes são itinerantes e as demandas são inúmeras, foi necessário pactuar com cada equipe o dia que a minha presença não traria prejuízo às atividades que eles tinham que desenvolver.

Assim, antes de iniciar a reunião mensal do Consultório na Rua, a coordenadora me apresentou a todos os presentes e pediu que eu falasse sobre a minha pesquisa. Eu falei sobre o que seria uma pesquisa avaliativa qualitativa e também li o roteiro de entrevista na íntegra para que todos pudessem opinar se existia alguma

palavra que o usuário do consultório considerasse difícil ou de pouco entendimento, entre outros.

Esse momento foi bem interessante, pois além de ter sido um encontro respeitoso, foi riquíssimo. Apesar de ser uma pesquisa sobre avaliação do serviço que eles estão à frente e sob a ótica do usuário, os profissionais não ficaram receosos com esse tipo de pesquisa. No entanto, para minha surpresa este trabalho repercutiu muito bem, além de entenderem a importância em se realizar uma pesquisa avaliativa, deram várias contribuições para as perguntas, principalmente quanto as melhores palavras e os jargões utilizados pela população em situação de rua, que viessem a facilitar a entrevista. Foi relatado pelos profissionais, que a pesquisa seria muito interessante, pois através dela o serviço do Consultório na Rua poderia ter mais visibilidade e valorização.

Em seguida fui marcando os encontros para percorrer os seis Consultórios na Rua. Com relação aos dias em campo, posso resumir que tive momentos ricos de trocas de experiência e me despir de muitos preconceitos. Apesar de me considerar muito aberta às diferenças, ter contato com essa população foi algo muito novo, pois durante a graduação nunca havia ouvido falar e nem passava na minha mente que a enfermagem poderia se inserir nesse contexto. Com certeza é preciso saber como chegar até eles, pois são pessoas que já sofreram muito, seja por violência, pelo descaso, pela invisibilidade ou pela falta de condições mínimas de viver com dignidade. Então foi preciso me reinventar a cada encontro e me abrir às diversas situações, para então conseguir chegar até esse universo com um olhar mais crítico e também com sentimento acolhedor e sensível.

## 2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O aumento do contingente da população em situação de rua é realidade em vários países (MOURA et al., 2012). O Brasil se encontra entre os países de maior disparidade na distribuição de renda, o que acarreta pobreza, miséria e vulnerabilidade social. Neste contexto, percebe-se um aumento progressivo de pessoas vivendo em situação de rua (LOPES, 2014).

As especificidades das pessoas em situação de rua e a complexidade de fatores envolvidos desafiam os vários setores e serviços da sociedade, dentre eles o Sistema Único de Saúde (SUS) que deve garantir o direito à saúde dessa população. A concepção atual de saúde choca-se frontalmente com as condições vivenciadas pelas pessoas em situação de rua; vidas demarcadas por privações de direitos, rompimento de vínculos afetivos, violência, sofrimento, estigmas e extrema vulnerabilidade social (AGUIAR e IRIART, 2012). Associados a esta realidade estão uma série de fatores de risco que incluem o uso de drogas, a falta de alimentação adequada e de higiene, perda de apoio, de abrigo seguro, entre outros (MORAIS, MORAIS E KOLLER, 2010).

Para melhor compreender alguns dos muitos significados de sobreviver em meio à pobreza e aos espaços de exclusão, pensar a questão a partir da vulnerabilidade social pode ser esclarecedor. A vulnerabilidade é um conceito utilizado em diferentes campos de conhecimentos e práticas, sendo que, de uma forma geral, está relacionada a situações de insegurança e risco em diferentes dimensões da vida (GALLHEIGO, 2011).

A população em situação de rua não foge à marca da invisibilidade social, especialmente pelos preconceitos a elas associados. Sabe-se que elas existem, mas é como se não tivessem um rosto, uma identidade própria, uma história de vida. São reconhecidas por meio das nomeações: “moradores de rua”; “meninos de rua”, como se apenas o fato de morar na rua lhe concedessem, de antemão, uma identidade já constituída. Os “moradores de rua” sequer constituem um grupo social propriamente dito (BRASIL, 2011).

A rua é um território que, no universo urbano, tem formas de vida extremamente estranhas e diferentes dos padrões mais comuns das metrópoles: diferentes das formas “normais” de morar, comer, trabalhar, de passar o tempo, de se relacionar com a

família e com os amigos, de estabelecer e manter relações interpessoais (LOPES, 2014).

Aquele que foi parar na rua viveu um rompimento com as dinâmicas e os padrões estabelecidos pela sociedade. O viver na rua evidencia desse modo, as diferenças e os abismos sociais em seu grau máximo: a rua é o local de destino daqueles que perderam seu lugar na sociedade (MACERATA, 2010).

Varanda e Adorno (2004) citam uma série de designações no imaginário social específicas para as pessoas em situação de rua: maloqueiros, mendigos, pedintes, indivíduos em estágio de degradação, sem rumo. O que as une é a noção de pessoas vivendo nas ruas e sem ganho definido, vistas como “descartáveis urbanos”: indivíduos/grupos “vitimizados pelos problemas estruturais”, com uma situação agravada “pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e outras drogas”. Essas pessoas são vistas, nas sociedades urbanizadas, como “uma presença inoportuna e ameaçadora” (p. 66).

A exclusão social diz respeito não apenas à dificuldade de acesso pleno aos bens da cidadania (saúde, moradia, educação, trabalho), mas é, fundamentalmente, reflexo do modo como a sociedade percebe tais pessoas: uma percepção marcada intensamente pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria (BRASIL, 2011).

Em 2007, com o compromisso de formular políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, em 71 municípios com mais de 300.000 habitantes. Um dos achados importantes da pesquisa é que a população de rua é constituída por trabalhadores pobres sem moradia convencional. Entre os principais motivos que levam pessoas a viverem nas ruas estão os problemas de alcoolismo e/ou outras drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%) (BRASIL, 2008).

Percebe-se, então, que o envolvimento com drogas é uma das principais razões que levam pessoas a viverem nas ruas. A última pesquisa nacional sobre o uso de crack (BRASIL, 2014a) revela que não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de crack e/ou similares são uma população de/na rua, mas é expressiva a proporção de usuários que se encontram nesta situação – aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa.

Isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava a maior parte do seu tempo.

A maior contribuição trazida pela pesquisa nacional sobre população em situação de rua foi desmistificar a questão da vida nas ruas e suas relações. Os resultados acima apresentados deixam claros o quanto é difícil, e provavelmente impossível, dar respostas rápidas e simples aos problemas que se apresentam às pessoas em situação de rua, assim como aos trabalhadores e serviços envolvidos (LOPES, 2014). Os resultados da pesquisa levaram os órgãos governamentais a criar estratégias para atender a esse grupo populacional. Neste contexto surgem os Consultórios de Rua (CR) como uma estratégia de atenção às pessoas que vivem em situação de rua.

A construção de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua no país é algo recente, merecendo destaque o Decreto n. 7.053/2009, que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPR), com as seguintes diretrizes: promoção de direitos; articulação e integração das políticas públicas; implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito; capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e do respeito no atendimento desse grupo populacional (LOPES, 2014).

Ainda em 2009 o Ministério da Saúde propõe o CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Pead), no Sistema Único de Saúde, e também, do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em 2010. O foco principal de atuação do CR eram os usuários de drogas.

Até meados de 2011, o CR integrava o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia da Política Nacional de Saúde Mental (LOPES, 2014). Em 2012 ocorreu uma reorientação dessa estratégia, passando a denominar-se Consultório na Rua (CnaR), definida pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Além da mudança de denominação, o (CnaR) passa a ser responsabilidade da Atenção Básica, com o atendimento à população em situação de rua a partir da atuação das equipes do Consultório na Rua, de acordo com os fundamentos e diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

Diferente do Consultório de Rua, o Consultório na Rua insere-se em um espaço de atuação mais amplo, voltado não apenas para usuários de drogas, mas para pessoas em diferentes circunstâncias de vida na rua e diferentes faixas etárias. Além

disso, o (CnaR) busca estabelecer um trabalho conjunto com a comunidade e com vários segmentos sociais.

A proposta dos Consultórios na Rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de diferentes condições clínicas tais como doenças pulmonares (a tuberculose é frequente), doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica (SANTANA, 2014).

Neste contexto, os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento dos diferentes problemas e necessidades de saúde dirigida a população em situação de rua que vive em condições de extrema vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde. Sua efetivação se dá por meio da atuação de equipes de CnaR, as quais se espera que se responsabilizem pelo cuidado à população em situação de rua atuando numa abordagem ampla e integral à saúde (BRASIL, 2012).

As equipes de Consultório na Rua são multiprofissionais e se propõem a prestar uma atenção integral a saúde, tanto na rua (in loco) como na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estão lotados. As atividades são realizadas de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às demais UBS locais (LOPES, 2014).

Espera-se que as equipes dos Consultórios na Rua tenham acesso a processos de educação permanente que contemplem a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. São equipes multiprofissionais que podem se organizar em três modalidades, o que definirá os recursos financeiros a serem destinados (BRASIL, 2011).

Assim a estratégia do CnaR é recente, surgiu em 2012 a partir da convergência de diferentes modalidades e experiências, como as de Redução de Danos, PSF sem domicílio e Consultório de Rua. O CnaR está vinculado a Política Nacional de Atenção Básica, uma estratégia transversal que incorpora práticas de prevenção e promoção da saúde, melhoria do acesso aos serviços de saúde e tentativa de proteção da qualidade de vida, pautando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014).

No entanto essa estratégia tem como horizonte a sua própria extinção, visando ao dia em que não serão mais necessárias, pois os serviços públicos de saúde poderão absorver as demandas das pessoas em situação de rua, em sua integralidade (LOPES, 2014).

Constituindo-se como um espaço de possibilidades concretas de trabalho multiprofissional e de atenção integral, os CnaR apresentam-se como um lugar de oportunidades para o cuidado em enfermagem dentro de uma perspectiva ampliada e interdisciplinar para efetivação dos direitos à saúde desta população. O enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, apoia sua intervenção terapêutica na promoção da saúde, tendo na sua prática a proposta da educação em saúde em todos os níveis de atenção (NEVES; ROSENTOCK, 2010).

Defendemos que não basta somente a criação e a implementação de um dispositivo ou de uma estratégia, mas é necessária, também, sua avaliação. É nessa direção que esse trabalho pretende ser uma contribuição, não apenas para a construção do conhecimento, mas especialmente para apoiar a tomada de decisões no âmbito das políticas públicas dirigidas a esse grupo populacional específico ou à estratégia CnaR.

A avaliação em serviços de saúde é ou deve vir a ser um procedimento habitual e cotidiano na gestão de serviços de saúde, cujos elementos são articulados com as ações técnicas e administrativas. Portanto, a avaliação é parte integrante e necessária do planejamento e indispensável no processo de tomada de decisões (TANAKA; MELO, 2007).

Segundo Santana (2014), uma avaliação detalhada dos resultados das ações dos Consultórios de e na Rua poderia contribuir para a diminuição da lacuna existente entre as políticas públicas, o conhecimento e a sua aplicação na prática. Diante deste cenário atual, esta pesquisa apresenta relevância devido à lacuna de estudos avaliativos de abordagem qualitativa voltada aos Consultórios na Rua, especialmente por se tratar de avaliação segundo a voz dos usuários.

A avaliação deveria fazer parte do processo do cotidiano do SUS nas mais diversas instâncias, provocando a experiência do novo no cuidar e gerir. Há uma necessidade de criar uma cultura de avaliação em todo o SUS para transformar (ou manter) acesso, qualidade, acolhimento, linhas de cuidado, relações de trabalho, gestão e financiamento (CAMPOS; FURTADO, 2011).

Nesse sentido, ouvir os sujeitos a quem são dirigidas as ações e/ou políticas de saúde é fundamental para o processo avaliativo. A avaliação qualitativa, por sua vez, presta-se ao aprofundamento do objeto de estudo investigado e ou avaliado. Ainda que os sujeitos, condições, situações e cenários guardem semelhanças entre si, cada experiência e contexto contêm suas especificidades, suas histórias singulares. Assim, ainda que as pessoas que vivem em situação de rua na cidade de Maceió apresentem aspectos que são comuns a todos em situação semelhante no país, sem dúvida o contexto e os cenários de suas histórias produzem especificidades que devem ser levadas em conta para a compreensão do fenômeno e para a tomada de decisões.

Entre os aspectos comuns, podemos observar a falta de acesso ao trabalho e aos recursos de saúde e educação, o uso/abuso e tráfico de drogas, a exposição cotidiana à violência, entre outros. Contudo, a cidade de Maceió com características sociais, econômicas, políticas e culturais que a diferem de outras cidades, produz singularidades na população que vive em situação de rua. Maceió encontra-se em destaque no cenário nacional e internacional por conta dos altos índices de violência, o que a configura como uma cidade que carece de prioridade na realização de pesquisas e na implementação de programas e políticas públicas, bem como na avaliação das estratégias já existentes (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012). Nessa direção, este estudo adota a seguinte pergunta de pesquisa: **Como as pessoas que vivem em situação de rua analisam a estratégia Consultório na Rua em Maceió/AL?**

Maceió, apresenta-se como uma cidade na qual existe grande contingente populacional em vulnerabilidade social, além de apresentar taxas alarmantes de violência. Segundo Castel (2005) as condições de vida, ou modos de existência social dos diferentes indivíduos e grupos sociais, são determinadas pela associação entre o trabalho e a inserção relacional, e quando há ausência ou fragilidade em algum desses aspectos do binômio, se estabelece a zona de vulnerabilidade e/ou desfiliação social.

Portanto, estudos baseados nas perspectivas dos atores sociais envolvidos em programas e serviços podem ser concebidos como análises circunscritas ao campo da avaliação qualitativa, à medida que considerarem a utilização de um método científico para a captação do significado dos fenômenos focalizados. Para tanto, impõe-se a utilização de um método de pesquisa apropriado para a análise qualitativa de uma intervenção a partir das dimensões relevantes aos grupos de interesse (atores sociais) que interagem com um determinado programa ou serviço (UCHIMURA, BOSI,

2002). Nessa direção, o objetivo geral deste estudo é analisar a estratégia Consultório na Rua em Maceió/AL, na perspectiva de seus usuários, sendo os objetivos específicos: 1) identificar, a partir dos relatos dos usuários, as ações realizadas pelos Consultórios na Rua; 2) analisar os desafios e as possibilidades do Consultório na Rua; 3) analisar os significados que o Consultório na Rua tem para os usuários.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Fundamentação Teórica foi estruturada em quatro partes. Na primeira, intitulada “Vulnerabilidade e Desfiliação social: lentes teóricas”, dá-se ênfase a questão da Vulnerabilidade e Desfiliação Social a partir da ótica de Robert Castel.

Na segunda parte, intitulada “População em situação de rua” retrata aspectos referentes à População em situação de rua, a partir dados do IBGE e do Ministério da Saúde. Aqui são apresentados dados demográficos, de saúde, de defesa social, de trabalho e renda e de desigualdade e pobreza, visualizando os contextos nacional, regional e do estado de Alagoas.

A parte seguinte, a terceira, intitulada “Do Consultório de Rua ao Consultório na Rua” relata o contexto histórico e conceitual, os objetivos da estratégia, a mudança do Consultório de Rua para o Consultório na Rua, bem como sua organização estrutural, incluindo equipe, instrumentos, recursos financeiros entre outros.

A quarta e última parte, intitulada “Avaliação qualitativa de serviços ou programas de saúde: por que, para quê e para quem?” refere-se a avaliação qualitativa de serviços e ou programas de saúde. Esse é um capítulo de fechamento e considerado essencial, pois foi escolhido como guia metodológico, pois avaliação qualitativa é um tipo específico de pesquisa qualitativa. Apesar de ser algo incipiente, é fundamental e extremamente necessário aos serviços de saúde principalmente para guiar tomada de decisões atuais e futuras e que servem para balizar o governo se tal estratégia esta sendo satisfatória ao público alvo ou não.

### **3.1 Vulnerabilidade e desfiliação social: lentes teóricas**

A vulnerabilidade é um conceito utilizado em diferentes campos de conhecimentos e práticas, sendo que, de uma forma geral, está relacionada a situações de insegurança e risco em diferentes dimensões da vida (GALHEIGO, 2011).

Desta forma, a utilização do conceito de vulnerabilidade social amplia a percepção sobre a “situação de risco”, uma vez que implica na análise não só da situação em si, mas também das estruturas vulnerabilizantes, assim como das potencialidades dos sujeitos e grupos para a sua superação (TEDESCO; LIBERMAN, 2008).

Vulnerabilidade social é o [...] resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômi-

cas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos atores. (ABRAMOVAY et al., 2002, p. 30).

Paris (1999) diz que a vulnerabilidade social está relacionada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso aos serviços; vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história.

As condições de vida, ou modos de existência social dos diferentes indivíduos e grupos sociais, de acordo com Castel (2005), são determinadas pela associação entre o trabalho e a inserção relacional. É imprescindível destacar o conceito de “social” descrito pelo autor:

O hiato entre a organização política e o sistema econômico permite assinalar, pela primeira vez com clareza, o lugar do ‘social’: desdobrar-se nesse entre-dois, restaurar ou estabelecer laços que não obedecem nem a uma lógica estritamente econômica nem a uma jurisdição estritamente política. O social consiste em sistemas de regulações não mercantis, instituídas para preencher esse espaço. (CASTEL, 2005, p. 31).

Segundo Castel (2003) o primeiro direito do homem contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos é o de viver, e implica no seguinte: “não é possível expressar melhor a maneira como os operários redefinem a questão social a partir de suas próprias necessidades. A única forma social que pode assumir o direito de viver, para os trabalhadores, é o direito ao trabalho” (Castel, 2003, p.350). Desvantagem é um termo que o autor introduz em seu texto para designar grupos de pessoas enquadrados numa situação de vulnerabilidade social:

Um primeiro perfil de populações remete ao que se poderia chamar de uma teoria da desvantagem, no sentido amplo do termo. Velhos indigentes, crianças sem pais, estropiados de todos os tipos, cegos, paráliticos (...) – o conjunto é heteróclito como um quadro de Jerônimo Bosch, mas todos têm em comum o fato de não suprirem, por si mesmos, as suas necessidades básicas, porque não podem trabalhar para fazê-lo. (CASTEL, 2005, p. 41).

Considerando os dois eixos, trabalho e inserção relacional, que se associam de forma dinâmica, Castel (2005) propõe a utilização de zonas de coesão social para a explicação das formas de existência social. Neste sentido, o cruzamento entre os eixos trabalho e inserção relacional possibilita que o sujeito se localize em quatro zo-

nas de existência social: zona de integração, zona de desfiliação, zona de vulnerabilidade e zona de assistência que têm em seus extremos o desemprego/isolamento social e a estabilidade no emprego/inserção relacional forte.

Conceitualmente, na zona de integração encontram-se os indivíduos que associam trabalho estável com inserção relacional sólida em grupos familiares e sociais. No outro extremo, na *zona de desfiliação*, encontramos ausência de participação em qualquer atividade produtiva e isolamento social. Em um ponto intermediário, a *zona de vulnerabilidade* caracteriza-se pela precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade. Além dessas, existe a zona de assistência que se configura como zona de dependência segurada e integrada (CASTEL, 1994, p.31). Nesta zona estão os indivíduos que associam o não trabalho, por incapacidade de trabalhar (idosos, deficientes, crianças).

Conectando os termos sociabilidade, vulnerabilidade social e desfiliação a coesão social é entendida a partir da seguinte expressão: “se ocorrer algo como uma crise econômica, o aumento do desemprego, a generalização do subemprego: a zona de vulnerabilidade se dilata, avança sobre a da integração e alimenta a desfiliação” (Castel, 2005, p. 24).

De acordo com Castel (2005, p.27) a zona de vulnerabilidade, hoje em grande expansão, caracteriza-se como “um vagão secular que marcou a condição popular com o selo da incerteza, e mais amiúde, com o do infortúnio”.

Sarti (1995) destaca a existência de uma transformação da estrutura familiar, no sentido de um empobrecimento desta enquanto pilar fundamental para o relacionamento social. Segundo este autor a família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social.

No entanto, no contexto brasileiro, marcado pela extrema desigualdade social, as famílias têm encontrado dificuldades para prover estas tarefas básicas aos seus membros, em decorrência das situações de vulnerabilidade nas quais se encontram (GONTIJO e MEDEIROS, 2009).

O desemprego, vivenciado por muitas destas famílias, de acordo com Castel (2005), é a manifestação mais visível do processo de precarização do emprego presente nas sociedades capitalistas atuais. Sabe-se que a escassez de recursos por parte de um grupo social caracteriza o modo de produção capitalista instrumentalizado

pela centralização de renda e a desigualdade na distribuição de renda numa sociedade de classes, polarizando o poder econômico a um grupo dominante (ALVES, GONTIJO e ALVES, 2013).

Considerando que o trabalho é entendido por Castel (2005) como a base sobre a qual a identidade social se edifica, perpassando por todas as dimensões da vida, daí depreende-se que a precariedade econômica contribui para a desestruturação da família. Assim, de uma forma geral, o desemprego, a precarização do trabalho e as suas consequências na estrutura familiar, caracterizam a situação de vulnerabilidade social vivenciada.

É importante considerar que, conforme já foi pontuada anteriormente, a explicação da existência social com base nas zonas de coesão social (integração, desfiliação, vulnerabilidade e assistência) apresenta-se como um constructo teórico que auxilia no processo reflexivo. Este constructo, para se adequar à realidade, precisa ser interpretado de forma dinâmica, ou seja, é preciso entender que um mesmo sujeito ou grupo social transita pelas zonas de forma intermitente (GONTIJO e MEDEIROS, 2009).

No campo da saúde, a vulnerabilidade tem como alvo trazer os elementos associáveis aos processos de adoecimento. Diferentemente do conceito de risco, as investigações conduzidas pela compreensão da vulnerabilidade buscam a universalidade e não inferência. Assim, a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo (AYRES et al., 2006).

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (BERTOLOZZI et al., 2009).

A rua é um território que, no universo urbano, tem formas de vida extremamente diferentes dos padrões mais comuns das metrópoles: diferentes das formas “normais” de morar, comer, trabalhar, de passar o tempo, de se relacionar com a família e de estabelecer relações interpessoais. A rua é um espaço de vida, ao mesmo tempo, fora

dos padrões estabelecidos na cidade, mas totalmente dentro da cidade, produto de suas dinâmicas de exclusão. Fora de suas leis e de suas dinâmicas oficiais. A rua expressa as diferenças entre as cidades em uma mesma cidade (LOPES, 2014).

Nesse contexto das ruas, o cotidiano geralmente é marcado pelos constantes ir e vir, pela participação convivência em grupos, pela violência, pelo uso de drogas e pela luta diária pela sobrevivência. Neste interim, o que interessa é o tempo presente, sendo o passado e o futuro considerados distantes (GONTIJO e MEDEIROS, 2009).

Nesta forma de existir e viver, a violência apresenta-se como uma forma de interação que faz parte do dia a dia, sendo caracterizada como mais um aspecto da chamada cultura da rua. Assim, apanhar, bater, matar e morrer são ações que, muitas vezes, dizem respeito às estratégias utilizadas para sobrevivência neste contexto. Além da violência, o uso de drogas também faz parte do cotidiano das pessoas em situação de rua (GONTIJO e MEDEIROS, 2009). De acordo com Ribeiro (2003), a participação convivência em grupos caracteriza-se como uma estratégia de sobrevivência nas ruas, considerando, principalmente, a violência deste espaço.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em seu último documento sobre o tema, “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” (OPAS, 1993, p.1).

Ainda neste contexto de privações de ordem econômica e social as pessoas em situação de rua desenvolvem-se e vão construindo sua história, permeada por relações de poder marcadas pela desigualdade. Entre estas relações de poder, se destacam as relações de gênero, uma vez que as construções sociais acerca do feminino e do masculino delineiam possibilidades e limitações (GONTIJO e MEDEIROS, 2009).

A definição do conceito de gênero perpassa pela compreensão de dois aspectos (SCOTT, 1996). Inicialmente o gênero deve ser considerado como constitutivo das relações sociais, com base nas diferenças entre os sexos. O segundo aspecto relacionado à conceituação de gênero refere-se à concepção de que o gênero é uma primeira forma de significar as relações de poder.

Estes aspectos caracterizam o gênero como construção social e muitas vezes são utilizados para justificar determinados comportamentos e atitudes sociais na vida

cotidiana. Por exemplo, nas relações amorosas na rua, a não observância da fidelidade é motivo de reações extremamente violentas do parceiro, sendo considerada justificativa para violência de toda ordem e até morte (GONTIJO e MEDEIROS, 2009).

Neste sentido, em contextos nos quais as condições reais de existência são precárias, a violência, muitas vezes, configura-se como a forma privilegiada de comunicação e de exercício de poder e de autodeterminação para estes sujeitos (GALLHEIGO, 2003). Além disso, a exposição direta e indireta ao crime e à violência torna as pessoas em situação de rua temerosas e conscientes de sua vulnerabilidade de serem vítimas da violência.

A violência urbana também é um dos pontos de vulnerabilidade da população em situação de rua. São inúmeros os exemplos em que foram queimados, espancados, envenenados e assassinados (LOPES, 2014).

Além da violência, o uso de drogas também faz parte do cotidiano dessas pessoas. Para Castel (2004), o consumo de drogas por populações em processo de desfiliação caracteriza-se, assim como as andanças e o perambular constantes, como uma das possibilidades que restam ao indivíduo. Outra forma de violência presente e muito preocupante é a institucional, aquela cometida justamente pelos órgãos e agentes públicos que deveriam se esforçar para proteger e defender os cidadãos (LOPES, 2014).

Nos cenários de injustiça ocupacional são necessárias ações que envolvam intervenções direcionadas ao público e ao ambiente, principalmente ações de fortalecimento da rede social de suporte. Nesse sentido, a arte, o esporte, a educação e a cultura representam elementos estratégicos para o enfrentamento à violência (ALVES, GONTIJO e ALVES, 2013).

Assim, a relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde, reside nas implicações que produz na saúde daqueles que estão vulneráveis e, conseqüentemente, na identificação das suas necessidades de saúde, com o propósito de lhes assegurar proteção (NICHIATA et al., 2008).

Segundo Jorge e Corradi-Webster (2012), a cidade de Maceió encontra-se em destaque no cenário nacional e internacional por causa do uso de drogas e violência, configurando-se como uma cidade que carece de prioridades na implementação de pesquisas, programas e políticas públicas, bem como avaliação das estratégias já existentes.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack de 2014 o perfil dos usuários frequentes de crack, retratados nessa publicação, aponta para uma ampla maioria de pessoas em situação de grande vulnerabilidade social. Destacam-se quatro perfis: 1) homens marginalizados, 2) mulheres marginalizadas, 3) adolescentes vulneráveis e 4) adultos socialmente integrados (BRASIL, 2014a).

Perfil 1 - Homens marginalizados, que constituem a grande maioria dos usuários regulares de crack no Brasil. São adultos jovens do sexo masculino, majoritariamente pardos e pretos, com baixa escolaridade, sinalizando uma origem familiar e uma inserção social que os expõe às diferentes formas de marginalização e estigmatização, como, por exemplo, o racismo (BRASIL, 2014a).

Perfil 2 - Mulheres marginalizadas São mulheres marcadas pelas mesmas desvantagens sociais e trajetória dos homens acima mencionados. Estas usuárias estão gravemente expostas à violência sexual (44,5% relataram ter sofrido esse tipo de violência) e à ausência de apoio social na gestação (50% das entrevistadas engravidaram ao menos uma vez durante o período de uso regular do crack) (BRASIL, 2014a).

Perfil 3 - Adolescentes vulneráveis O componente de estimativa da pesquisa aponta que 14% dos usuários regulares de crack, vivendo no conjunto de capitais brasileiras, são menores de 18 anos. Os adolescentes são minoria nas cenas de uso (BRASIL, 2014a).

Perfil 4 Adultos socialmente integrados - Nesse perfil estão incluídas as pessoas que experimentaram menos danos em decorrência do uso do crack. Eles trabalham, ainda que por vezes em tempo parcial ou de forma temporária, e/ou contam com maior apoio social (BRASIL, 2014a). Com relação à violência, as pessoas em situação de rua estão mais à mercê de sofrerem atos violentos, bem como de praticar a violência.

Maceió apresenta, segundo dados do Instituto Sangari para o ano de 2010, a maior taxa de homicídios do Brasil, que corresponde a 109,9/100 mil habitantes. Entre 2000 e 2010, o número de homicídios cresceu 184,7%, em direção contrária à tendência verificada no País, que no período registrou queda de 13,3%. Com 1.025 homicídios em 2010, Maceió concentra praticamente metade de todas as ocorrências desse tipo no Estado de Alagoas, que pode ser considerado muito violento: 11 de seus municípios estão entre os 100 que apresentam maiores taxas de homicídio, dos

quais cinco estão na região metropolitana. Há concentração de ocorrências nos bairros de Benedito Bentes (12,9%), Tabuleiro do Martins (12,5%), Jacintinho (8,6%), Levada (8,6%) e Vergel do Lago (6,0%) (BRASIL, 2013a).

De acordo com o material acessado, a maioria dos crimes ocorre em logradouro público, não raro nas proximidades da casa da vítima, e em residências. De acordo com a planilha de informações do setor de estatística, dentre todos os homicídios dolosos registrados no primeiro semestre (514) de 2010, havia 15 vítimas que eram moradores de rua: quatro deles morreram por espancamento, quatro por arma branca e sete por arma de fogo. Essa classificação promovida pelo setor de estatística quanto à “condição social da vítima” é muitas vezes determinante para compreender a dinâmica do crime e, por conseguinte, pensar soluções para o problema (BRASIL, 2013a).

Segundo o levantamento realizado, os homens são maioria (92,6%) entre as vítimas. Além disso, trata-se de pessoas jovens: a faixa de idade de 18 a 25 anos abrange 40,0% dos casos, seguida da faixa de 26 a 30 anos, que concentra 20,0% dos casos. Tendo em vista o bairro de moradia das vítimas, os mais comumente registrados são Tabuleiro do Martins (12,5%), Benedito Bentes (9,1%), Jacintinho (9,1%), Vergel do Lago (6,5%), Cidade Universitária (3,4%) e Clima Bom (3,4%). Por conseguinte, percebe-se que há uma sobreposição entre os locais de ocorrência do crime e os de residência da vítima, ao menos no que diz respeito a quatro bairros (Benedito Bentes, Tabuleiro do Martins, Jacintinho e Vergel do Lago) (BRASIL, 2013a).

### **3.2 População em situação de rua**

Ao longo dos tempos a população em situação de rua já teve diversas denominações, tais como população sem paradeiro fixo, andarilhos, vagabundos, mendigos, miseráveis, morador de rua, entre outras. Portanto, a forma como são definidos não é homogênea, assim como sua vivência, suas trajetórias e visões de mundo também não o são (ALAM, 2014).

De acordo com o Decreto 7.053 de 2009, é considerada população em situação de rua “o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as

unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009).

O aumento do contingente da população em situação de rua é uma realidade em todo o país, principalmente nas grandes cidades brasileiras e, até o momento, poucos são os dados concretos sobre a real dimensão desse grupo social no Brasil (FARIAS et al., 2014).

Os números do Censo Populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, não traduzem o real quantitativo dessa população, uma vez que reconhecem somente os que habitam domicílios regulares ou coletivos. Para o IBGE, domicílio regular é o local que se destina a servir de habitação para uma ou mais pessoas e têm como critérios essenciais, simultaneamente, a separação e a independência. Por separação, entende-se o local de habitação limitado por paredes, muros ou cercas e coberto por teto que permite aos moradores isolar-se das demais pessoas para realização de atividades como preparar ou consumir alimentos, dormir e proteger-se do meio ambiente. Quanto à independência, entende-se o acesso direto dos moradores ao local de habitação, permitindo a entrada e saída dos mesmos sem necessidade de adentrar o local de moradia de outras pessoas (FARIAS et al., 2014)

Não sendo a população em situação de rua pertencente ao grupo populacional que habita locais com tais critérios, o IBGE recenseia essas pessoas nos locais que possivelmente utilizam como domicílio improvisado e provisório, no caso de albergues ou instituições similares. Desta forma, parte desse grupo populacional frequenta domicílios coletivos, enquanto a outra fração, que utiliza logradouros públicos em caráter temporário ou permanente como espaço de moradia e sustento, não são contabilizados na estatística nacional (FARIAS et al, 2014).

Em 2007 e 2008, foi desenvolvida a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Foram identificadas cerca de 31.922 pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008). Os dados desta pesquisa apontam para a predominância de homens em situação de rua, chegando aos 82% dessa população. Do total de pessoas identificadas, cerca de 53%, possuíam idades entre 25 e 44 anos, 15,1% nunca estudou, 48,4% iniciou mas não concluiu o primeiro grau. Quase um quarto da população em situação de rua é composta por trabalhadores, 70,9% exercem alguma atividade remunerada. De todos os trabalhadores, 47,7% nunca tiveram sua carteira de trabalho assinada, e

apenas cerca de 1,9% dos entrevistados estavam trabalhando no momento com registro em carteira (BRASIL, 2008).

Em relação à vivência na rua, a pesquisa de Vieira, Bezerra e Rosa (2004, 93-94) aponta três formas de permanência nas ruas: “ficar na rua, circunstancialmente”, “estar na rua, recentemente” ou “ser de rua, permanentemente”.

O “ficar na rua” de modo circunstancial, reflete a precariedade de recursos para pagar pensão e de atendimento nas políticas sociais, está nesta condição por estar desempregada, porque vieram de outro lugar para procurar trabalho ou para tratamento de saúde. Geralmente estas pessoas sentem medo de dormir na rua e terminam por dormir em rodoviárias, albergues, salas de espera de hospitais e em locais públicos de movimento. Rejeitam ser identificadas com pessoas em situação de rua.

A situação de “estar na rua” versa sobre uma condição recente, já que não considera a rua ameaçadora e começa a estabelecer relações com pessoas em situação de rua e conhecer alternativas de sobrevivência, assim como a realizar algumas tarefas para ter algum recurso. Quando conseguem algum recurso procuram pensões ou albergues. É o caso de alguns guardadores de carro e recicladores.

O “ser da rua” é aquela situação permanente em que, quanto mais aumenta esse tempo na rua, maior a dificuldade de conseguir emprego e a rua se torna moradia.

Embora o Sistema Único de Saúde tenha alguns princípios como a universalidade e a equidade que, em outras palavras, significam que os serviços deveriam acolher todas as pessoas e tratá-las de acordo com a sua necessidade, ainda há alguns que não acolhem ou acolhem mal a população em situação de rua, dificultando o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde (BRASIL, 2012; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Segundo Hall et al., (2012) estudos com população em situação de rua relatam inúmeras barreiras de acesso a cuidados de saúde, que só aumentam os atrasos na procura de cuidados regulares. Entre elas estão a falta de medicamentos, de transporte, tempos de espera prolongados e falha de comunicação frequente entre o paciente e o sistema de saúde, além do sentimento de serem estigmatizados por outros pacientes e profissionais de saúde.

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua visando à redução de iniquidades em saúde, por meio da

Portaria nº 3.305/09, que tem entre suas competências, propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde a essa população (BRASIL, 2012).

Também neste ano, o Ministério da Saúde criou o “Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015” que tem como objetivo garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades dessa população, decorrentes dos processos de trabalho na rua, das condições de vida e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2012b).

Diante das especificidades desse grupo populacional são importantes as estratégias, como o cuidado integral, longitudinal, intersetorial, entre outras (CARNEIRO JUNIOR, JESUS e CREVELIM, 2010).

O Ministério da Saúde preconiza para o trabalho com a população em situação de rua alguns dispositivos que trabalhem com essa população in loco, como equipes de estratégia de saúde da família para população em situação de rua e consultório na rua (BRASIL, 2012; CARNEIRO JUNIOR, JESUS e CREVELIM, 2010).

Modalidades de assistência que tem as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, com ações que vão ao encontro da população e não apenas esperam a procura desta para então intervir (BRASIL, 2012).

O trabalho no território proporciona um cuidado em saúde mais eficaz (CARNEIRO JUNIOR, JESUS e CREVELIM, 2010) porque o técnico conhece a população, se vincula melhor de forma a identificar suas necessidades e proporciona um cuidado de acordo com as suas reais necessidades por meio de planos terapêuticos singulares.

É importante que os profissionais de saúde conheçam, no território das pessoas em situação de rua, tanto as relações de apoio social positivas, para estimulá-las, quanto às negativas, para proteção e diminuição dos riscos que estas geram (MURAMOTO e MÂNGIA, 2011).

### **3.3 Do Consultório de Rua ao Consultório na Rua**

O Consultório na Rua, inicialmente chamado “de” Rua, iniciou em uma experiência na cidade de Salvador no início de 1999, pelo Centro de Estudos e Terapia do

Abuso de Drogas – CETAD, organização criada como atividade e serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (BRASIL, 2010).

Buscava-se uma resposta para o problema das crianças em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas, a partir da experiência denominada Banco de Rua, desenvolvida na Praça da Piedade, em Salvador, idealizada e conduzida pelo Prof. Antônio Nery Filho. Diante da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua e de sua exposição aos mais diversos riscos, sua equipe passou a trabalhar em regiões da cidade onde a concentração dessa população e os riscos sociais, físicos e psicológicos eram maiores (LOPES, 2014).

Em maio de 2004, um Consultório (de) Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPS AD) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade de serviço de saúde até 2006. O trabalho articulado com o CAPS AD demonstrou que o suporte do Consultório favorecia o fluxo de encaminhamentos e a inserção dos usuários na rede de saúde de modo mais comprometido.

Em 2009, o Ministério da Saúde estabeleceu que o Consultório (de) Rua se tornasse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas no setor da saúde, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com a finalidade de expandir o acesso aos serviços assistenciais e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam álcool e outras drogas, por intermédio de ações de saúde na rua (BRASIL, 2010).

Até meados de 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) contava com equipes de Consultório de Rua que faziam parte da Política Nacional de Saúde Mental. Todavia, ouvida a população de rua que reivindicava ser vista não apenas pelo uso problemático do álcool e outras drogas ou pela vivência do sofrimento ou transtorno psíquico, essas equipes foram incorporadas ao conceito e às práticas da Política Nacional de Atenção Básica (LOPES, 2014).

Frente a esse contexto, as equipes de Consultório na Rua (eCR), instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (BRASIL, 2012), integraram-se como um dos componentes da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial. E, assim, passaram a seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Pnab, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (LOPES, 2014).

Dentre os objetivos do Consultório na Rua estariam: oferecer cuidados no espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população, por meio de ações de promoção, prevenção e cuidados primários (no espaço da rua); fazer articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e seus serviços como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); realizar atividades lúdicas, esportivas e artístico-culturais; favorecer a reinserção familiar, escolar e social, entre outras (BRASIL, 2010).

Desde a concepção do projeto verificou-se algumas mudanças como ampliação do perfil de atendimento, a mudança de nomenclatura de Consultório “de” Rua para Consultório “na” Rua e a alteração do Consultório como uma estratégia da área técnica de Saúde Mental para uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde conforme Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica é desenvolvida respeitando-se a descentralização, para que esteja mais próxima da vida das pessoas, em geral é porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS. Portanto, deve ser o contato preferencial dos usuários sistematicamente. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011).

Existem atualmente três modalidades de Consultório na Rua, segundo a Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012: a Modalidade I tem a composição mínima de dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, excetuando-se o médico. A modalidade II tem, no mínimo, três profissionais de nível superior e três de nível médio, excetuando-se o médico. A modalidade III teria o acréscimo do profissional médico à segunda modalidade (BRASIL, 2012a).

A Portaria GM/MS nº 122/2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua, destaca que a equipe deve funcionar de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que não existe um protocolo rígido sobre como deve ser a atuação do Consultório, esse é construído no cotidiano, adequando-se as necessidades

dos usuários, coerente com cada micro área, políticas de saúde e produção de conhecimento implicado com essa modalidade de atenção (JUNGE, 2013).

É preconizado pelo Ministério da Saúde que esse serviço deve oferecer aos usuários cuidados básicos de saúde, atendimentos em seu local de permanência, encaminhamentos para a rede de saúde e assistência social das demandas mais complexas (BRASIL, 2010).

Entre os profissionais habilitados para atuarem no Consultório na Rua, a normatização ministerial relacionou: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar em enfermagem e terapeuta ocupacional.

De acordo com o Ministério da Saúde, existe uma estratégia de aproximação da equipe chamada como abertura de campo, na qual os profissionais identificam as lideranças do grupo e pedem seu apoio para que a equipe se instale no território. O consentimento das lideranças torna-se um fator positivo para a receptividade do trabalho do CnaR pela comunidade (BRASIL, 2010).

As equipes são itinerantes e são necessárias reuniões internas de planejamento antes da ida ao campo, nelas se define o que será feito, a área de ação e as ferramentas que serão utilizadas. Nesse momento, cada profissional relata se está preparado para participar das atividades do dia. Após a ação, a equipe se reúne para observar erros e acertos. Executam-se também planejamentos em médio prazo, em reuniões internas, geralmente no fim do mês, nas quais se faz o relatório do mês e o planejamento das atividades do mês seguinte (SOUZA, PEREIRA e GONTIJO, 2014).

O objetivo das reuniões é planejar as atividades do dia – embora elas tenham que se flexibilizar, devido à imprevisibilidade da rua – ou, ainda, discutir sobre as ações passadas, a fim de saber o que precisa ser mudado (NERY FILHO, MONTEIRO, 2011; BRASIL, 2010).

Por ser uma clínica de rua, o CnaR está sempre se adequando à dinâmica local, construindo o seu *setting* terapêutico, com tecnologias livres e baseadas no vínculo e no acolhimento à população em questão. Portanto, a equipe, deve conhecer as especificidades da população que será atendida e considerar sempre as características do território e o contexto atual (NERY FILHO, MONTEIRO, 2011; BRASIL, 2010).

Durante o acolhimento, o profissional deve realizar escuta sensível e dar assistência ao usuário, ajudando-o a refletir e encontrar solução para o seu problema, de

acordo com seus desejos e possibilidades (JORGE e CORRADI-WEBSTER, 2012; MORAIS et al., 2010).

A equipe desenvolve ações de redução de danos, além de divulgar e informar sobre os serviços de tratamento. As estratégias de redução de danos buscam valorizar os saberes dos atores envolvidos, mais do que apenas o saber técnico, e a construção conjunta de soluções para cada usuário, aceitando, portanto, diversos contratos que não só a abstinência da droga (SANTOS e MALHEIRO, 2010).

Também são realizados cuidados em saúde, principalmente da enfermagem. São feitos encaminhamentos, no qual todo o processo é acompanhado, junto aos serviços de saúde, assistência social, educação, entre outros. Igualmente são realizadas visitas domiciliares, que podem ter a finalidade de monitorar as pessoas que foram encaminhadas para tratamento no CAPSad, para saber sua situação atual (SOUZA, PEREIRA e GONTIJO, 2014).

É importante salientar que deve existir um espaço dentro dos equipamentos de saúde, para reverter a lógica de exclusão das pessoas em situação de rua. A garantia de um espaço em um serviço público permite ampliar a resolubilidade de algumas ações em saúde e, ainda, trabalhar com elas e a população em geral a ideia de que a pessoa que vive na rua é um cidadão de direitos, que pode e deve acessar qualquer serviço de saúde, quando necessário (LOPES, 2014).

Com relação ao suporte financeiro, o custeio mensal para as atividades do CnaR vai depender do tipo de modalidade, sendo estipulado um valor fixo para cada. A portaria nº 1.238, de 06 de junho de 2014 fixa novos valores do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. O valor repassado pela União às prefeituras aumentou R\$ 9,5 mil e foi para R\$ 19,9 mil para equipes da modalidade I. Na modalidade II, no qual se enquadra Maceió, o reajuste foi de R\$ 13 mil para R\$ 27,3 mil e para a modalidade III, de R\$ 18 mil para R\$ 35,2 mil. Estes valores são transferidos fundo a fundo mensalmente. Os recursos são do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

É importante salientar que, apesar do repasse, ainda há necessidade de mais investimentos, visto que a população de rua apresenta necessidades e demandas de várias ordens desde cuidados básicos de higiene, alimentação e saúde até os mais complexos.

Assim, entender a história e a dinâmica do Consultório na Rua, nos possibilita a percepção de um processo, em movimento, que tem sua origem em um contexto macroeconômico e cultural (GONTIJO e MEDEIROS, 2009).

### **3.4 Avaliação qualitativa de serviços ou programas de saúde: por que, para que e para quem?**

A avaliação das ações de saúde vem ocupando um lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. O objetivo central de uma avaliação em serviços ou programas de saúde deve ser subsidiar o processo de decisão e seu enfoque principal recai na caracterização das práticas desenvolvidas nas ações de saúde. Caracteriza-se, portanto, como ferramenta de gestão dos serviços de saúde e da atenção básica, facilitando processos decisórios ao prover informações confiáveis, confluindo para a formulação e execução de políticas públicas (VASCONCELOS, BOSI e PONTES, 2008).

Apesar da existência de uma polissemia em termos de sentidos, o termo avaliação pode ter sua aplicação ao campo das políticas e programas de saúde no qual revela a diluição de um consenso sobre o seu significado uma vez que, nesse espaço, a avaliação pode assumir variadas representações, na tentativa de se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo (BOSI; UCHIMURA, 2007).

No contexto da avaliação qualitativa, há que se estabelecer a diferença nos conceitos de 'avaliação de qualidade' e 'avaliação qualitativa', que muitas vezes é empregado como sinônimos, porém não o são.

Qualidade é um conceito polissêmico; mais que isso, traz em si um conflito já que engloba dimensões objetiváveis e subjetiváveis. Assim, quando se fala em avaliação de qualidade, deve-se demarcar o que se entende por qualidade e por qualitativo, sem o que sua identidade perde força (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Qualitativo é aqui definido na interface com a subjetividade, referindo-se àquele conjunto de procedimentos voltados para a obtenção de informações que não se submetem à quantificação. Visa, assim, a revelar o que não pode ser reduzido a números, em dados estatísticos ou mesmo nas generalizações abstratas que não dão conta das relações humanas que se dão no cotidiano das práticas (BOSI; PONTES, 2009).

A literatura mais recente sobre avaliação em saúde demonstra que a abordagem quantitativa predomina no âmbito das práticas avaliativas. Tal enfoque é baseado em princípios da ciência positiva, constatando-se o predomínio das mensurações em detrimento da compreensão dos processos, sendo inserido em caráter excepcional no contexto sanitário brasileiro (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

Em outros termos, a avaliação da qualidade se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes, conforme a clássica proposição de Donabedian (1980) independentemente do fato de serem ou não passíveis de quantificação. Nesse sentido, a avaliação qualitativa, por contemplar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorpora-se à avaliação da qualidade como uma possibilidade dessa última (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Para Donabedian (1980), uma definição para qualidade deveria se iniciar a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros. O processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento, e os aspectos éticos da relação entre equipe de saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários.

A respeito do predomínio desse paradigma, observa-se um esforço por parte do governo no sentido de incorporar, ainda de forma muito tímida, a perspectiva qualitativo-participativa, tanto no plano discursivo quanto no âmbito de propostas avaliativas em implantação, em nível regional quanto nacional (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Na maioria das vezes a avaliação é realizada sem incluir a visão dos atores do serviço de saúde ou usuários. Afinal o intuito daqueles que encomendam a avaliação quantitativa é manter o foco em resultados que tragam registros para dirimir os custos financeiros, seja em determinados programas ou serviços. O foco do programa volta-se para os custos da atenção em saúde e, conseqüentemente, para a mensuração, dando ênfase aos aspectos quantificáveis em detrimento dos aspectos qualitativos da assistência prestada (VASCONCELOS; BOSI, PONTES, 2008).

Reconhecendo as limitações do modelo hegemônico, possibilitado pelo pensamento crítico em saúde, vêm emergindo propostas e experiências resultantes da busca por modelos de avaliação mais participativos e/ ou interessados em recuperar

perspectivas e propostas dos diferentes atores sociais implicados (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

Tanaka e Melo (2004) afirmam que ao realizar a avaliação em sistemas e/ou serviços de saúde deve-se ter em mente que os serviços prestados têm como finalidade os usuários, que são parte do processo de organização e prestação destas ações.

Nesta direção, Bosi, Pontes e Vasconcelos (2010) corroboram com os autores acima, dizendo que o produto dos serviços de saúde resulta da interação entre usuários, profissionais de saúde, gestores e todo o contexto que envolve as relações entre eles, sendo que a visão do usuário constitui um elemento central no processo avaliativo. Vale salientar que não se quer excluir uma das polaridades, tampouco defender o predomínio de uma sobre a outra, mas contribuir para uma concepção ampliada de avaliação, para o necessário rigor no emprego dos conceitos e na seleção de abordagens adequadas ao que se pretende avaliar (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Constatam dificuldades para a efetivação da avaliação em serviços de saúde no que diz respeito ao domínio teórico de métodos e técnicas particularizadas para esse fim. Assim, a dificuldade de operacionalizar a avaliação qualitativa no interior dos serviços de saúde se relaciona, também, à precária formação dos profissionais, em especial dos gestores, no que se refere ao campo da investigação de processos sociais (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

Portanto, o enfoque qualitativo-participativo visa incorporar dimensões tradicionalmente excluídas na prática avaliativa, tais como alteridade, subjetividade e participação dos distintos atores sociais envolvidos no processo avaliado (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Natureza da pesquisa**

Esta pesquisa adotou a abordagem qualitativa, com enfoque na “**Avaliação qualitativa-participativa**”, já retratada no capítulo anterior. Trata-se, portanto, de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. As metodologias qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa visa compreender a lógica entre os grupos, instituições e atores sociais quanto os valores culturais, representações sobre sua história, relações de indivíduos, movimentos sociais, processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas (MINAYO, 2010).

Segundo Deslandes e Gomes (2007), a pesquisa qualitativa tem como importante característica a possibilidade de interpretação do significado das ações sociais, reinterpretando as interpretações dos sujeitos sobre fatos, práticas e concepções. Assim, o processo de desvelamento da singularidade e do sentido presente no vivido dos usuários junto a determinados programas, tem na pesquisa qualitativa um profícuo caminho metodológico (UCHIMURA, BOSI, 2002).

## **4.2 Contexto social da pesquisa**

O cenário escolhido foram os campos de atuação do Consultório na Rua da cidade de Maceió-Alagoas. Vale ressaltar que a concepção de território compreende não só o espaço físico, mas todo o contexto social e cultural do indivíduo. Ou seja: abre-se a possibilidade de pensar no lugar onde as pessoas vivem de modo efetivo ou potencialmente (Prates et al., 2013).

Para a entrada no cenário da investigação, foi realizado contato prévio com a coordenação do CnaR, a qual abriu espaço na reunião mensal com os profissionais da saúde para a apresentação desta pesquisa. Inicialmente, a entrada no cenário se deu com o intuito de aproximação com os sujeitos da pesquisa. Assim, a aproximação aos sujeitos foi feita por meio de visitas aos campos, percorrendo os quatro bairros de atuação junto com as equipes neles disposta. Somente após essa aproximação inicial a coleta de dados foi realizada. Vale salientar que durante esse período de aproximação todas as observações foram registradas em um diário de campo.

O contexto social localiza e define as subjetividades. Uma voz ou depoimento, muitas vezes, possui diferentes conotações de acordo com o contexto. O contexto,

por sua vez, desempenha um papel relevante. Em certo contexto, uma palavra, ou uma frase, pode adquirir uma conotação que, em momentos mais tarde, em outro contexto, poderá transmitir um conjunto diferente de sugestões ou alusões. Deste modo, prestar atenção somente às formas verbais poderá ser decepcionante (ROAZZI, 1987). Os significados brotam do contexto social, de tal maneira que cada palavra exhibe o seu próprio significado. Isto se aplica não só para a linguagem, como também para expressões não verbais (gestos, movimentos faciais, distância interpessoal, contatos etc.) (ROAZZI, 1987).

Assim, em que pese às semelhanças entre as condições em que vivem as pessoas em situação de rua, cada lugar, contexto e história trazem suas singularidades. Importante conhecer o contexto, nesse caso Maceió, para melhor compreender e situar os depoimentos.

A capital de Alagoas tem população de 932.748 habitantes, sendo 46,8% homens e 53,2%, mulheres (IBGE, Censo 2010). Entre 1991 e 2010, a população passou por incremento de quase 50,0%. Impulsionado pelo turismo, o setor de serviços é responsável por 9,0% do PIB. Segundo informações do IPEA para o Estado de Alagoas, a renda per capita aumentou 36,6% entre 2001 e 2009 (de 247,70 reais para 338,30 reais), permanecendo, entretanto, abaixo da renda do conjunto dos estados do Nordeste. Em relação à situação de trabalho, a taxa de desemprego de Alagoas era de 10,2% em 2009, resultado que decorre, sobretudo do alto desemprego urbano. Embora a porcentagem da população em situação de pobreza extrema em 2009 (15,3%) seja menor em comparação com o dado de 2001 (24,4%), a queda é menos acentuada que a constatada na Região Nordeste (de 21,7% para 11,0%) e no Brasil (de 10,5% para 5,2%) (BRASIL, 2013a).

Em relação às taxas de homicídio, os dados são alarmantes. É preciso ressaltar que o fenômeno do homicídio não se apresenta de forma homogênea por todo o território brasileiro. É bastante razoável supor, tendo em conta a diversidade social, econômica, política e cultural abrangida pelas fronteiras nacionais, que o homicídio tem configurações específicas em cada localidade (BRASIL, 2013a).

Informações de outros países sobre o tema permitem obter uma visão comparativa sobre as taxas de violência existentes no Brasil. Vemos, assim, por exemplo, que com uma taxa de 27,4 homicídios por 100 mil habitantes, o país ocupa a sétima posição no conjunto dos 95 países com dados de 2007 a 2011 fornecidos pela Organização Mundial de Saúde. Assim, o Brasil pode ser considerado um país de elevados

níveis de violência nesse contexto (WASELFISZ, 2014). Dentre as capitais brasileiras, Maceió é a única capital do país que consegue, em 2011, superar a impensável e inaceitável marca de 200 homicídios por 100 mil jovens, com uma taxa de 255,9.

O município tem seis equipes de Consultórios na Rua, dispostos em quatro bairros principais, aqui chamados campos de atuação, e organizados da seguinte forma: no bairro Benedito Bentes e no Centro são duas equipes em cada, e no Jaraguá e Vergel contém uma equipe em cada bairro. Considerar que em cada bairro, o contexto modifica-se substancialmente influenciando de forma diferente a opinião das pessoas atendidas.

No município de Maceió, desde 2009, são realizados trabalhos com a população em situação de rua, que tiveram início com um projeto chamado Fique de Boa. O mesmo foi considerado referência técnica do Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas de Maceió (PEAD 2009-2010). Em 2010 passando para Consultório de Rua vinculado ao programa de Saúde Mental do município e com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica houve uma transição de Consultório de Rua para Consultório na Rua.

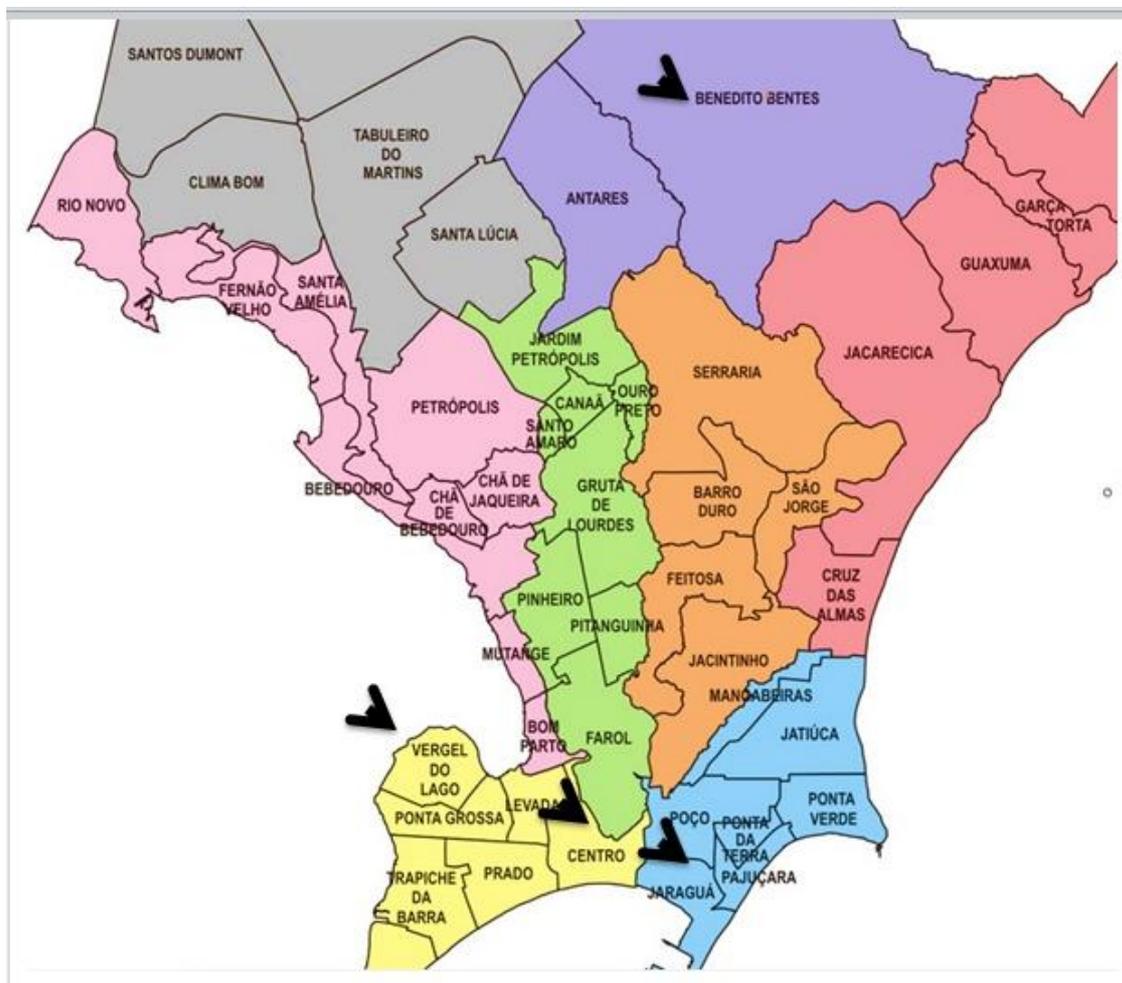
Hoje a cidade conta com 6 (seis) equipes. Segundo dados da Secretaria de Saúde, em 2013 tinha um cadastro de mais de 700 pessoas que vivem nas ruas de Maceió e que já foram assistidas pela estratégia. O campo de atuação do Centro da cidade fica responsável por atender a população em situação de rua que se encontra no Terminal do Mercado, na Vila Brejal e na Praia da Avenida, sendo que existem duas equipes responsáveis por esse campo, uma a tarde e uma a noite. Quando há necessidade também visitam outras regiões que não tem equipe específica como os bairros do Feitosa, Farol e Jacintinho.

O campo de atuação do Vergel do Lago atende a população que fica em torno da Lagoa Mundaú e em lugares conhecidos como Muvuca, Praça Santa Tereza, Semáforo, Torre, Lagoa do Mundaú 1, Lagoa do Mundaú 2, Cambona, Fazendinha e Fepeal (Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas). Neste campo, funciona apenas uma equipe durante o turno da tarde.

O campo de atuação do Jaraguá atende toda a extensão da Orla Urbana de Maceió, incluindo bairros da Pajuçara, Ponta Verde, Jatiúca e Mangabeiras. Nesse campo, funciona apenas uma equipe no turno da noite. O campo de atuação do Benedito Bentes atende os bairros próximos como o bairro Tabuleiro dos Martins e os entornos do Benedito Bentes. Apresentam duas equipes do CnaR, uma a tarde e uma

a noite. A figura abaixo mostra os bairros da cidade de Maceió e aponta a localização dos quatro campos principais de atuação do CnaR.

Figura 1: Mapa da cidade de Maceió – Alagoas.



Fonte: Site [maceio.al.gov.br/sempla/plano-diretor](http://maceio.al.gov.br/sempla/plano-diretor)

Vale salientar que o ponto de referência até o momento para os três campos citados acima (Centro, Vergel e Jaraguá) ficam em uma sala disponibilizada pelo Pam Salgadinho, uma unidade de saúde localizada no bairro Centro. Já o Benedito Bentes funciona em uma sala do posto chamado Caíque, localizado nas dependências da Universidade Federal de Alagoas.

De acordo com a Portaria nº122 de 2012, que dispõe sobre as modalidades das equipes, o município de Maceió se enquadra na Modalidade II, no qual a equipe é formada minimamente por 6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio (BRASIL, 2012). No entanto, isso não condiz com a realidade,

pois no ano de 2014 houve várias demissões, inclusive de profissionais de nível superior como psicólogos, e a maioria das equipes não conta com suporte necessário de recursos humanos.

As equipes da tarde saem às 13h30 e retornam às 17h30; o pessoal do turno da noite sai às 18h, retornando às 22h. Uma vez por mês, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde, os 41 profissionais do Consultório na Rua se reúnem para avaliar as ações, traçar metas, discutir necessidades e novas práticas e atividades que podem ser implantadas.

### **4.3 Participantes da Pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram 18 pessoas em situação de rua atendidas pela estratégia Consultório na Rua. Para manter uma heterogeneidade na composição dos participantes, foram entrevistados usuários dos quatro bairros, sendo três participantes do Vergel, três do Jaraguá, seis do Benedito Bentes e seis do Centro.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, estar em situação de rua e já ter sido atendido pelo Consultório na Rua. Como critérios de exclusão, pessoas em situação de rua que nunca foram atendidos pela estratégia do CR e menores de 18 anos.

A delimitação do número de participantes seguiu a saturação teórica dos dados, ou seja, quando os conteúdos das informações tornaram-se repetitivas a coleta dos dados foi interrompida.

### **4.4 Procedimentos de coleta dos dados**

Inicialmente foi realizada a observação livre, em que os elementos significativos foram registrados em um diário de campo. Segundo Gil (1994, p.104) “a observação nada mais é que o uso dos sentidos com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano”. Essa estratégia foi crucial para melhor aproximação com os sujeitos da pesquisa, além de nortear a abordagem a ser feita com os participantes do estudo para as entrevistas. Segundo Flick (2009), como o observador está presente no campo, as observações contêm a perspectiva de elemento das situações e ambientes específicos envolvidos, com interesse especial no pensamento e na interação humana. Há uma ênfase na interpretação e compreensão da existência humana, com

redefinição constante do que é considerado problemático e relacionado ao objeto de estudo.

A riqueza de detalhes obtida durante o período de observação em uma aproximação de campo tanto com as equipes quanto com os usuários atendidos pelo Consultório na Rua foram registrados no diário de campo e estas serviram para iluminar a análise e interpretação dos dados, destacando-se o “diário de campo” como uma potente ferramenta de coleta de dados. Para Lourau (2004), o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com sua atividade de diarista. Essa restituição escrita propõe um “tipo de reflexão própria do escrever”, o que possibilita desnaturalizar a “neutralidade” do pesquisador, expondo suas experiências vividas no cotidiano, deparando-se com as fragilidades institucionais concretas (Loreau, 1993, p.79).

Utilizou-se também a entrevista semiestruturada, com questões norteadoras referentes à avaliação qualitativa do Consultório na Rua (Apêndice A). Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004) a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. Minayo destaca que a entrevista é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo, ressaltando que a entrevista

...é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (Minayo, 2010, pág. 261).

A entrevista semiestruturada permite flexibilidade à estrutura do instrumento, concorrendo para que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas pré-definidas pelo pesquisador” (MINAYO,2010).

As entrevistas foram realizadas durante os meses de Setembro de 2014 a Fevereiro de 2015 e consistiram em um exercício de escuta e de interlocução entre entrevistados e entrevistadora. Foram realizadas 18 (dezoito) entrevistas, sendo que cada entrevista foi realizada em apenas um encontro e sua duração variou entre 5 minutos e 17 segundos (a mais curta) e 15 minutos e 03 segundos (a mais longa). As entrevistas foram gravadas por meio de um gravador portátil com a extensão do tipo

(.wav), armazenados em mídia digital (pen drive) e, finalmente, transcritos na íntegra de forma textual pela entrevistadora.

O local de realização da entrevista foi escolha dos participantes, embora as alternativas fossem poucas se tratando do cenário e da especificidade dos sujeitos. Um espaço possível foi o automóvel utilizado para o transporte das equipes aos campos de atuação, contudo ele foi utilizado apenas uma vez. Procurou-se sempre um local mais tranquilo e com a menor possibilidade de interrupções, porém isso às vezes era impossibilitado devido ao ambiente ser a rua. As demais entrevistas ocorreram nas ruas, em sua maioria nas calçadas, em bancadas ou em bancos disponíveis.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Para análise dos dados obtidos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo categorial por temática proposta por Bardin (2009). De acordo com esse referencial metodológico, a análise é constituída de 3 etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados.

Na primeira etapa foi realizada, inicialmente, a leitura flutuante como modo de captação das primeiras informações. Após sucessivas leituras, houve a preparação das entrevistas transcritas, sendo criados documentos para cada pergunta feita aos participantes do estudo.

Para codificar as mensagens emergentes nos discursos, foi realizada a etapa seguinte, a exploração minuciosa do material. É a fase mais duradoura, pois é nesta que ocorre a reorganização de todo o conteúdo, levando em conta a similaridade das respostas e também as divergências. Etapa em que o conhecimento obtido *a priori*, através da análise documental de artigos, se associa com o conteúdo das entrevistas, tornando-se complementos essenciais para consecução de categorias relevantes de acordo com objetivo do estudo.

Na última etapa ocorreu o tratamento dos resultados. Por meio da codificação foram agrupadas as informações segundo as semelhanças e também diferenças, fazendo-se, assim, a categorização.

Os dados estão apresentados em três categorias, a saber: 1) o significado da vida nas ruas, cujos usuários expõem o que é viver nas ruas, 2) o Consultório na Rua como ele é, que aponta os desafios e as potencialidades do Consultório na Rua e 3)

o que o Consultório na Rua representa? que expressa os sentimentos dos usuários sobre o que a estratégia significa para eles.

Para se garantir o anonimato dos participantes, as informações extraídas das entrevistas serão representadas pela letra E, que significa “entrevistado”, seguida de um número entre 1 a 18 que indica a sequência em que a entrevista foi realizada (E1; E2...E18).

A interpretação e análise dos dados foi subsidiada pela literatura pertinente e pelas ideias de Castel referentes (1994, 2003, 2005) à vulnerabilidade e desfiliação Social.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Obedecendo as normas que regem a Resolução nº nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o qual foi apreciado e autorizado sob o CAAE nº 33529114.0.0000.5013. Foi solicitada e concedida a autorização da diretora de Atenção à Saúde do Município de Maceió, por meio de uma Carta de Anuência (ANEXO A).

Após a apreciação do CEP, também foi solicitada a autorização dos sujeitos da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária, sendo feita a leitura do TCLE e fornecidas todas as informações sobre o objetivo da pesquisa, riscos, benefícios e o direito de recusa em participar (APÊNDICE B).

As informações obtidas pela participação dos sujeitos no estudo são confidenciais, não permitindo a identificação dos mesmos, e a divulgação das informações obtidas por meio das entrevistas só será realizada para fins acadêmicos e/ou de tomada de decisões pelos órgãos da gestão pública. Os arquivos correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa serão arquivados respeitando-se a confidencialidade e o sigilo, durante o período de cinco anos, após o término do estudo. O sigilo das informações será assegurado pela adoção de pseudônimos quando a pesquisa for divulgada em relatórios, eventos e artigos científicos.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esse capítulo está estruturado em quatro partes, no qual a primeira aponta a caracterização dos dezoitos participantes da pesquisa e a seguir é mostrado um quadro com informações gerais sobre idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

Na segunda parte discutimos sobre “o significado da vida nas ruas” que aparece como primeira categoria para contextualizar a vivência dos sujeitos entrevistados. Situações comuns da vivência nas ruas são ausência para suprir necessidades básicas, fragilidades quanto à inserção social e ao trabalho. Situações corriqueiras como o contato direto e indireto com as drogas, prostituição e violência. Além dos principais motivos que levam a ida para as ruas, como as desavenças familiares, álcool, drogas e desemprego. E, de formar ímpar surgiu como questão positiva da vida nas ruas a presença das equipes do Consultório na Rua.

Na terceira parte, por meio da categoria “o Consultório na Rua como ele é” tratamos sobre os desafios e potencialidades. Como potencialidades, destacaram-se o acolhimento e o vínculo, as ações desenvolvidas na rua e a articulação intersetorial. Como desafios foram apontados fatores relacionados à estrutura organizacional do CnaR e à articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Na quarta parte foi possível identificar “o Consultório na Rua representa?” no qual representa suporte social se configurando como amigáveis e até mesmo como uma família e também representa para alguns sujeitos uma melhoria e até mudança de vida diante de algumas ações como atender as necessidades biológicas e psicológicas e tentativa da eCR de resgatar o papel de mãe e reinserção do usuário no seio familiar, além de algumas ações de redução de danos que se mostraram eficazes e que realmente contribuem para melhora e/ou mudança de vida do usuário.

## **5.1 Caracterização dos Sujeitos**

E1, sexo masculino, 33 anos, foi para a rua com 20 anos de idade, passa o dia na rua e volta para casa à noite. Trabalha como serralheiro para sustento próprio. Mora com o pai e tem contato com ele diariamente e tem um filho de 11 anos que mora com sua ex- esposa. Conhece o pessoal do Consultório na Rua há bastante tempo, mais ou menos uns quatro anos, lembra-se dos primeiros integrantes, ainda quando era chamado de “Fique de Boa”.

E2, sexo feminino, 32 anos, foi para as ruas com sete anos de idade, onde vive desde então, porque não se dá bem com sua família e só mantém contato com eles raramente. Não desenvolve nenhuma atividade de trabalho. A entrevista foi curta, a entrevistada não forneceu mais informações a seu respeito.

E3, sexo feminino, 23 anos, está na rua há cerca de dez anos, onde foi parar por influência de amigos. Ela tem família e mantém contato tanto com a mãe quanto com o pai. Sobrevive nas ruas pedindo esmolas, diz que é melhor pedir do que roubar. Falou com muita gratidão sobre o Consultório na Rua, ela não conseguia engravidar e com a ajuda da eCR que a encaminhou para fazer alguns exames e para algumas especialidades médicas, após isso a mesma conseguiu engravidar.

E4, sexo feminino, 31 anos, encontra-se na rua aproximadamente há dezenove anos, indo para rua por influencia dos amigos e por causa de drogas. Diz que deve sua saída das drogas à atuação da equipe do CnaR. Usava crack todos os dias e fazia programa para sobreviver. Após várias investidas da equipe, e também por força de vontade diz ter conseguido dar a volta por cima. Hoje não usa drogas, cuida do seu segundo filho e tem relacionamento estável.

E5, sexo feminino, 21 anos, não falou há quanto tempo que vive na rua, mas foi parar lá por estar desempregada, não ter casa nem renda fixa. Vive com seus dois filhos e com o companheiro. Apesar de já ter sofrido muito na rua, afirma que nunca usou drogas, mas que já tinha chegado até passar fome nas ruas. Falou da ajuda que recebeu da eCR que sempre a acompanhou durante o pré-natal.

E6, sexo masculino, 39 anos, vive há muitos anos na rua por falta de emprego. Atualmente sobrevive com a coleta e venda de material para reciclagem. Tem um relacionamento estável e é pai de gêmeos. Ao encontrá-lo, estava sentado em uma cadeira de balanço em baixo de uma árvore do lado de uma lagoa. No começo não queria conversar, pois dizia que não saberia o que falar, mas depois aceitou fazer a entrevista. Revela gratidão pela equipe e diz que está à espera de seus documentos e da renda do programa bolsa família.

E7, sexo feminino, 23 anos, está na rua há dois anos devido à separação do companheiro, a morte dos pais, e por ser adolescente na época se deixou influenciar. Surpreendente foi seu depoimento, desde os motivos que a levaram a viver nas ruas, até a percepção ampliada que ela demonstrou sobre as atividades do CnaR, incluindo sugestões para que o serviço melhorasse.

E8, sexo masculino, 55 anos, está na rua há quatro anos. Em geral passa o dia inteiro na rua, pois teve desavenças com a ex-mulher. Sofreu muito na vida, parece precisar de (apoio) psicológico. Mesmo com ajuda da eCR, não consegue deixar de beber, não usa outras drogas. Com ajuda do consultório foi internado e passou quase dois meses sóbrio. Ficou um tempo com familiares, mas fugiu e voltou à rua e a beber. Atualmente passa os dias no banco da praça e a noite arranjou um local para dormir.

E9, sexo feminino, 33 anos, está na rua, há quatro anos por causa das drogas, principalmente do crack. Ela aceitou conversar, mas todas as suas respostas eram curtas, sempre olhava para os lados e se afastava do gravador e sorria. Antes de iniciar a entrevista eu expliquei sobre o que se tratava que iria usar o gravador apenas porque não conseguiria escrever tudo que ela falasse. Mas percebi que o gravador foi um fator que dificultou a conversa.

E10, sexo masculino, 38 anos, relatou que ficou na rua dois meses por causa de bebida. No momento da entrevista estava internado em uma entidade filantrópica. Referiu que já tinha sido internado seis vezes com ajuda do Consultório na Rua, mas que não tinha conseguido se livrar da bebida e sempre voltava às ruas. Atualmente parecia disposto a continuar a abstinência alcoólica.

E11, sexo masculino, 30 anos, vive na rua há 5 anos, onde foi parar por conta de desavenças com o padrasto e por isso não tem contato com sua mãe. A conversa foi bastante tranquila, mas suas respostas eram pontais e curtas. Gosta de viver na rua e sobrevive trabalhando com reciclagem e descarregando mercadorias no terminal do mercado.

E12, sexo masculino, 39 anos, vive na rua há 30 anos, sendo 18 em Maceió. Tem casa, onde vive sua mulher, mas diz que se acostumou a viver na rua. Diz que, como trabalha na rua, prefere aí ficar durante a semana e ir para casa durante os finais de semana. A conversa foi bem dinâmica e foi a mais longa de todas as entrevistas, relatando a importância do consultório na rua em conseguir tratamento para sua doença e tem ajuda-lo a abandonar o uso do álcool.

E13, sexo masculino, 36 anos, vive na rua há 18 anos devido à desavença familiar e por isso não tem contato com sua família. Sua renda provém da reciclagem e no momento da entrevista relatou também que estava vendendo drogas. Mostrou-se muito emocionado durante toda a entrevista e em muitos momentos foram necessárias pausas para que ele pudesse ter forças para voltar a falar.

E14, sexo masculino, 28 anos, vive na rua há 14 anos, onde foi parar devido a brigas com seu padrasto e filhos, mas mantém contato com sua mãe. Passa à noite nas ruas e durante o dia trabalha em uma padaria. Ao longo da entrevista referiu que diminuiu o uso das drogas devido ao incentivo do CnaR e que a equipe está providenciando alguns documentos.

E15, sexo feminino, 27 anos, na rua há 16 anos, para onde foi devido à ida da mãe para São Paulo. Tem três filhos que vivem com o pai. Disse que já foi muito maltratada na rua e não tem alimento certo. Parece não gostar de falar da família, com quem não tem muito contato. Há 3 anos não via seu pai nem seus filhos.

E16, sexo feminino, 38 anos, vive nas ruas há um ano devido o companheiro morar na rua, mas tem uma casa em que seus filhos moram. Passa mais tempo nas ruas durante a noite e durante o dia vai a sua casa ver os filhos. Refere gostar de ficar nas ruas e diz que sempre recebe ajuda de alguém e que o Consultório na Rua sempre ajuda quem precisa.

E17, sexo masculino, 27 anos, nas ruas há 5 anos, trabalha descarregando caminhão. Diz que vive na rua porque tem comida, trabalho, bebida, tem tudo o que ele precisa. A entrevista foi longa, pois sua fala estava lenta, aparentemente tinha bebido.

E18, sexo masculino, 18 anos, transexual que vive nas ruas há dois anos devido à briga com a família, com quem mantém contato constante. Disse sobreviver fazendo programa e que fica na rua porque aí tem amigos. A entrevista foi muito descontraída e ele interrompeu uma entrevista porque queria ser entrevistado.

O Quadro 1 apresenta outros dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa como, idade, estado civil, escolaridade e ocupação. Dos 18 (dezoito) entrevistados, 10 (dez) foram do sexo masculino e 8 (oito) do sexo feminino. As idades variaram, sendo o participante mais novo com 18 anos e o mais velho com 55 anos, no entanto a idade variou em média entre 20 e 40 anos. O estado civil indicado pela maioria dos entrevistados foi “amigado”, uma expressão local que significa amasiado, no qual indica a existência de uma relação entre duas pessoas que não se casaram oficialmente. Quanto à escolaridade, cinco entrevistados referiram nunca ter estudado, onze disseram ter cursado o ensino fundamental e dois afirmaram ter o ensino médio, sendo que apenas um concluiu. Com relação à ocupação, sete mulheres disseram não ter ocupação e uma participante não mencionou, já os homens afirmaram ter ocupações variadas: um é serralheiro, cinco são recicladores, um descarrega caminhão, o outro é profissional do sexo e o outro não mencionou.

Esses dados revelam a condição de precariedade dessas pessoas, em que a falta de trabalho, emprego fixo, renda, além da desagregação familiar são os principais fatores que os conduzem a vida nas ruas.

Quadro 1 – Caracterização geral dos participantes segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

Entrevistado	Sexo	Idade	E. Civil	Escolaridade	Ocupação
E1	M	33	Amigado	Fundamental	Serralheiro
E2	F	32	-	Nunca estudou	Nenhuma
E3	F	23	Amigada	Fundamental	Nenhuma
E4	F	31	Amigada	Médio Incompleto	Nenhuma
E5	F	21	Amigada	Fundamental	Nenhuma
E6	M	39	Amigado	Nunca estudou	Reciclador
E7	F	23	Solteira	Fundamental Incompleto	-
E8	M	55	Casado	Fundamental	Reciclagem
E9	F	33	Solteira	Médio Completo	Nenhuma

E10	M	38	Separado	Nunca estudou	Nenhuma
E11	M	30	Casado	Fundamental Incompleto	Reciclador
E12	M	39	Amigado	Nunca estudou	Reciclador
E13	M	36	Solteiro	Nunca estudou	Reciclador
E14	M	28	Solteiro	Fundamental Incompleto	Padaria
E15	F	27	Amigada	Fundamental Incompleto	Nenhuma
E16	F	38	Amigada	Fundamental Incompleto	Em casa
E17	M	27	Solteiro	Fundamental Completo	Descaguerrador
E18	M	18	Amigado	Fundamental Incompleto	Profissional do sexo

Fonte: Consultório na Rua de Maceió – AL, Maio de 2015.

A seguir os dados serão apresentados em categorias e discutidas à luz das lentes teóricas e da literatura pertinente.

## 5.2 O significado da vida nas ruas

A primeira categoria, o significado da vida nas ruas, aponta para vários aspectos, abaixo apresentada. Há diversidade na duração do tempo em que os entrevistados vivem na rua; alguns lá estão há poucos meses e outros já fazem da rua sua moradia fixa, pois ai estão há mais de 10 anos e tem uma pessoa que vive na rua há 30 anos. Diante de tantas vivências singulares podem-se consolidar algumas informações bastante frequentes nas falas.

O contexto de vida nas ruas revela um conjunto de necessidades, de faltas e de abusos. Mas revela, também, ser uma opção para se viver uma escolha, não uma fatalidade. Em relação às faltas e necessidades, os entrevistados relataram a falta de suporte para suprir necessidades básicas da dia a dia como alimentação, vestimentas, moradia. Afirmaram ter passado fome, frio, entre outras. Um dos sujeitos chegou a descrever o viver na rua como algo desumano e que ninguém deveria passar:

*Foi sofrida, porque passei em baixo de uma lona, tudo isso não é coisa que um ser humano deve passar e já passei fome também (E2);*

*Tem temporada que é ruim, passa dificuldade, passa fome, frio, briga e assim a gente vai levando a vida como pode (E3);*

*Às vezes pra se alimentar é difícil, não tem o alimento certo como é dentro de casa (E15).*

Segundo Donoso et al. (2013), as formas de enfrentar a realidade das ruas aparecem configuradas na luta pelo instinto natural de sobrevivência, onde a busca do suprimento de necessidades extremamente básicas como alimentação e local para dormir constituem o dia-a-dia dessas pessoas.

Outro sentido expresso nas falas foi à questão da fragilidade dos elos familiares e de amizade, o que vai ao encontro das ideias expressas por Castel (2005). Para esse autor, um dos grandes nós críticos da vulnerabilidade social é justamente a fragilidade da inserção social. Um dos sujeitos refere a questão da amizade somente enquanto existe droga:

*Quem vive na rua, não tem amigo. Amigo é na hora da droga, depois que a droga acaba ninguém tem amigo (E3);*

*Tem muitas coisas erradas, gente errada que aparece no caminho, mas a pessoa vai levando (E12);*

Também se destaca a falta de trabalho, ou a precariedade deste.

*Minha vida aqui é trabalho, é correria como a gente fala aí, trabalho, faço uma coisa aqui e ali (E1);*

*Dia a dia, pedindo a um a outro, é melhor do que roubar, eu acho melhor pedir do que pegar nas coisas alheias (E3);*

*Trabalho me mantém e mantém quem vive comigo. Trabalhar sossegado e cada um vive sua vida (E12).*

Esses sujeitos se classificam na zona de vulnerabilidade pelo enfraquecimento do trabalho e do suporte social e em alguns casos é ausência total desse binômio (trabalho e suporte social) que caracterizam a zona de desfiliação. Assim, alguns sujeitos deste estudo se encaixam na zona de vulnerabilidade e outros na zona de desfiliação, sabendo-se que a permanência em uma zona de existência social não é estanque.

Essa questão da fragilidade referente ao trabalho e a inserção social se relaciona com a discriminação negativa, como vista por Castel. Discriminação negativa

marca seu portador com um defeito quase indelével. Ser discriminado negativamente significa ser associado a um destino embasado numa característica que não se escolhe, mas que os outros intitulam como uma espécie de estigma (CASTEL 2011). Isso permeia o universo da periferia que está diante de uma nova problemática da questão social, no qual é caracterizada principalmente pelo desemprego em massa, desqualificação de largos segmentos dos meios populares, instalação na precariedade como novo regime de trabalho, pauperização de certas categorias de trabalhadores e pelo crescimento da insegurança social (CASTEL, 2011).

Foi encontrado, também, dentro do significado da vida nas ruas a tríade bastante conhecida nesse universo que é o contato direto ou indireto com as drogas, a violência e a prostituição:

*A vida não é boa não. Eu uso droga, faço programa (E9).*

De todos os entrevistados apenas dois referiram nunca terem usado drogas ilícitas, mas um desses tinha problemas com o uso abusivo de álcool. Assim, apenas uma entrevistada nunca teve contato direto com qualquer tipo de droga. Isso se configura um achado importante, pois se considera como senso-comum que toda pessoa em situação de rua usa algum tipo de droga, lícita ou ilícita.

Uma questão presente é à prostituição. Uma das entrevistadas revela ter deixado essa ocupação e passou a cuidar da família:

*Me afastei do mercado, botei a cabeça pra pensar. Estou cuidando do meu filho. Não estou mais passando noite de sono, vadiando como eu vivia, passando noites e noites na rua, usando crack direto. Ainda uso droga, mas diminui bastante por causa do meu filho, mudei muito (E4).*

Já a violência foi bastante frequente nos depoimentos, o que chamou atenção, mas não surpreendeu. Algumas entrevistadas sofreram violência por seus cônjuges ou por homens devido à vingança. Um dos aspectos presentes na violência sofrida pelas mulheres é a questão do gênero:

*nós somos maltratadas (E15).*

Uma usuária contou o motivo do seu desaparecimento, havia sido violentada por um homem e estava com medo de ser encontrada por ele e ser morta, isso porque ela tinha deixado de traficar drogas (Ferreira, CnaR, diário de campo, 2014). O caso específico das drogas que, na atualidade, é considerado um “problema”, se comparado às questões como pobreza, acidentes de trânsito, guerras, mortes cruéis recorrentes nos grandes centros urbanos, morbidade, entre tantos outros, tem relevância

reduzida, embora, como foi construído, tenha uma função importante de driblar os problemas estruturais, o que acaba por se transformar, paradoxalmente, em fator essencial na ordenação social (MEDEIROS, 2014).

Outra usuária que é atendida pela equipe, contou que já tinha sofrido violência pelo cônjuge, na época levou dez facadas, e o motivo da agressão, banal, apenas porque ela tinha colocado um short que ele não queria que usasse (Ferreira, CnaR diário de campo, 2014). As mulheres, ao descreverem a relação conjugal, demarcam um início de bom relacionamento, mas, com o tempo, algumas ações e atos do companheiro como o uso abusivo de álcool e/ou drogas, ciúmes e relações extraconjugais tornaram o convívio social dificultado. Somam-se a isso os atos violentos, descritos pelas mulheres como agressões físicas, verbais, psicológicas, sexuais e ameaças de morte (VIEIRA et al., 2014).

A agressão vivida pelas mulheres é atrelada ao abuso de bebida alcoólica e outras drogas, uma vez que, quando os companheiros não estão sob o efeito destas, demonstram ter comportamento mais tranquilo. Embora o abuso de álcool e a violência sejam abordados como uma relação causal destaca-se que esse não é a causa da violência sofrida, mas, um fator que potencializa ou vulnerabiliza as mulheres ao contexto violento (VIEIRA et al., 2014). De toda forma, tanto o modelo penal como o modelo médico têm uma tendência a focar o usuário como o indivíduo desviante dos padrões de normalidade e não o sistema social (MEDEIROS, 2014).

Segundo Meneghel et al., (2013), os femicídios íntimos perpetrados por parceiro, geralmente seguiram uma longa história de agressões e ameaças. O femicídio perpetrado por parceiro íntimo representa uma taxa elevada desse tipo de morte em praticamente todas as regiões do mundo; em outras palavras, é uma manifestação da dominação masculina presente historicamente em todas as culturas (TAYLOR e JASINSKI, 2011). Vários autores têm se debruçado sobre a investigação do femicídio perpetrado pelos maridos, companheiros e ex-companheiros, situações em que, geralmente, há relato de violências que vão se agravando paulatinamente.

Como descrito anteriormente uma usuária referiu que tinha sido violentada por ter deixado de repassar droga. Assim, os corpos das mulheres se transformam em territórios de ajustes de contas entre homens que pertencem a máfias, redes de tráfico e outros grupos criminosos. Aparecem, então, novas formas de femicídio: a execução de mulheres, os crimes de conexão e os crimes de ódio, em que os corpos das mulheres se tornam “territórios de vingança” (MENEHEL et al., 2013). Por tudo, diante

dessa discussão é necessário entender que os serviços de saúde devem atuar como mediadores do cuidado e da garantia de direitos.

Somado a isso, a rua constitui-se como o lugar de tantos, onde foram para por vários motivos, sendo o principal deles a desavença familiar, como indicam os depoimentos que seguem.

*Briga com a família (E11);*

*Não me dou com o padrasto e com os filhos dele (E14);*

*Por causa de problema com madrasta e padrasto, aí peguei e fiquei na rua mesmo (E13);*

*Minha mãe foi embora pra São Paulo eu me acostumei a viver na rua... quando tô em casa eu arengo com a madrasta (E15);*

*Perdi meus pais, isso tudo influi na mente da gente, a mente de adolescente que não tem aquele estudo aquele conforto, a gente jovem se torna rebelde (E7).*

Outros fatores que motivam a ida para ruas são a influencia de outras pessoas, o desemprego, o uso de drogas: a “*influência, a amizade*” (E3); o “*crack*” (E9), e a “*bebida*” (E10);

*motivo de desemprego, não ter uma casa, não ter uma renda fixa (E5).*

Ao mesmo tempo em que estão na rua por falta de emprego, essa mesma rua favorece a obtenção de algum trabalho, em especial atividades relacionadas a coleta e venda de materiais recicláveis.

*o motivo é não ter trabalho, mas aqui tem que tá fazendo alguma coisa, na reciclagem (E6).*

De acordo com Castel (2011), também no trabalho a discriminação negativa age. Os candidatos são cada vez mais numerosos, a concorrência mais difícil e, no final da corrida, os perdedores tem a vantagem perdida porque hoje é muito pior do que ontem não ter um diploma. Assim, a escola, junto com o emprego, certamente é a instituição mais importante na promoção da integração dos cidadãos de uma nação.

Como sentido positivo revelado por alguns sujeitos, foi a presença da equipe do Consultório na Rua, no qual se revela para os sujeitos como uma amizade ou parte da família que eles não têm e que levam ajuda, conselhos e tem melhorado a vida que levam na rua. Assim os sujeitos reconhecem algumas dificuldades de viver na rua, mas referiram como momentos bons a presença da equipe do Consultório na Rua, que por meio do acolhimento e vínculo, geram sentimentos de amizades:

*tem momentos que é bom, tem as amizades, tem as meninas do consultório que a gente já conhece que aí fica melhor, é como amigo, a gente se abre conta tudo da vida, não esconde nada (E3);*

*Não foi fácil, complicado, dormindo na rua, bebendo todos os dias. Aí o pessoal do consultório encontrou na rua e eu pedi ajuda e hoje em dia vivo feliz (E10);*

*Antes eu bebia muito e parei de beber, quase encontrei a morte, mas encontrei esse pessoal e me recuperei aqui mesmo nesse lugar mesmo Um amigo que vivia aqui trabalhando comigo faz três meses que ele morreu de bebida, adoeceu e não quis parar, aí pronto. O consultório me ajudou muito, me encaminhou para o hospital e até hoje encaminha a minha medicação, quem traz é eles, vêm ver como eu estou, o que eu preciso eles vêm me atender. Eles sempre estão por aqui pra vê se tá bem, se não está... (E12).*

Portanto, ficou evidenciado que o significado de viver na rua é singular, cada sujeito tem uma perspectiva.

### **5.3 - O Consultório na Rua como ele é**

Nessa categoria os participantes apontaram as potencialidades e os desafios do CnaR. Como potencialidades, destacaram-se o acolhimento e o vínculo, as ações desenvolvidas na rua e a articulação intersetorial. Como desafios foram apontados fatores relacionados à estrutura organizacional do CnaR e à articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Quanto aos desafios, são apontadas questões relacionadas: à estrutura organizacional do CnaR e à articulação com a Rede de atenção a saúde, a qual apresenta dificuldades de acesso do usuário quando não acompanhados da eCR: ao preconceito dos profissionais de outros serviços da rede de atenção a saúde em relação às pessoas em situação de rua.

Na estrutura organizacional do CnaR foram referenciados a ausência de sede e ou espaço físico para atendimento dos usuários, ausência de veículo próprio, e recursos humanos insuficientes para a demanda.

Observou-se que a equipe carece de uma sede para servir de referência, bem como, para melhor acomodação da equipe. As duas sedes são provisórias, uma se

encontra nas proximidades do centro da cidade servindo de referência para as equipes dos bairros Centro, Vergel e Jaraguá. Já a referência da equipe que atende o Benedito Bentes está sendo em um local situado dentro da Universidade Federal de Alagoas. Essa reflexão foi realizada por alguns entrevistados, mostrando a percepção ampliada sobre as condições concretas de viver e trabalhar nas ruas.

*O que precisa melhorar é um espaço para eles exercer o trabalho deles aqui, porque tiraram eles daqui e colocaram eles ali, tiraram eles dali e ficou pior pra gente, porque quando eles tinham um espaço aqui eles viam direto e agora só vem quando pode, porque eles não têm aqui só para atender e ajudar a gente (E7);*

*Se tivesse um local certo que o pessoal soubesse, não precisava nem eles andar, que eu mesmo procuraria, que tivesse um ponto ou posto deles mesmo, mas sendo que nem eles, pra mim seria melhor, porque já iria ao local certo, mas por enquanto não tem uma unidade deles mesmo, parada em um local certo (E12);*

*Que colocasse uma casa assim aqui para que eles ficassem perto de nós, porque não é toda vez que estão perto de nós (E15).*

Uma usuária ainda complementa que um local fixo beneficiaria tanto os trabalhadores do CnaR, como os usuários, pois eles sempre saberiam o local que poderiam encontrar alguém da equipe caso precisassem.

*Construir um espaço, mais conforto, onde eles possam estar aqui sempre ou a gente ir até a eles. Ajudar mesmo pra eles ficar aqui, se estabilizar, abrir tipo um posto, um espaço só pra eles eu acho, porque aqui tem muitos locais que dava sim pra fazer e não tá botando eles ali ou aqui, ou em cantos que não é apropriado pra eles. Colocam eles lá, aí o pessoal vai precisar aí eles jogam pra li e isso dificulta muito o trabalho deles. Eu acho que melhoraria 100% se colocassem eles aqui, tanto eles viam até a gente, como a gente já sabia do espaço e ia até a eles (E7).*

É importante salientar que cada equipe do CnaR deve estar vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no seu território de atuação. A existência de um espaço para as equipes dentro dos equipamentos de saúde já é preconizado, como contribuição à lógica de reversão da exclusão das pessoas em situação de rua. A garantia de um espaço em um serviço público permite ampliar a resolubilidade de algumas ações em saúde e, ainda, reconhecer que a pessoa que vive na rua é um cidadão de direitos, que pode e deve acessar qualquer serviço de saúde (LOPES, 2014). Nesse sentido, a equipe do CnaR, além de garantir um espaço físico nesses

serviços, deve também legitimar o acesso das pessoas em situação de rua a todos os recursos disponíveis do serviço.

No entanto, no município estudado ainda existem entraves na gestão que estão dificultando a vinculação efetiva das equipes as suas Unidades de Saúde de Referência. Apenas duas das seis equipes possuem um espaço físico no interior das unidades, as demais funcionam em locais provisórios. Esse fato se constitui um entrave para o usuário, pois dificulta a vinculação e fidelização aos serviços e a localização da equipe em momentos de necessidade.

Outro desafio apontado foi o transporte das equipes, o qual não é de exclusividade para as atividades do CnaR. Em face disso geralmente ocorrem muitos atrasos, o que ocasiona demora na chegada ao campo, diminuindo assim o tempo trabalho da eCR. Um usuário tem essa percepção ampliada e revela certa insatisfação devido à carência de veículos a serviço do CnaR:

*Queria que melhorasse os veículos, porque às vezes precisa ir pra um canto e num pode, por causa ou porque o veículo tá ocupado ou eles não podem pegar por algum motivo (E5);*

*Se tivesse mais veículo e apoio mais de alguém, porque só eles mesmo ainda tá muito, porque eles vêm aqui, daqui a pouco já vai ali e já não tem tempo de ir a outro local. É muita coisa, às vezes não podem vir e vem no carro deles mesmo, que nem já aconteceu de vir, pra trazer o remédio da pessoa, aí é um problema não dá parte deles, mas devia ter mais veículo era melhor pra deslocar (E12);*

Nos depoimentos, além da necessidade de mais veículos, há a indicação de que é necessário mais suporte de recursos humanos, devido à necessidade das equipes percorrerem inúmeros locais e terem muitas atividades a desenvolver:

*... é meio mundo de coisa e às vezes não pode vir porque está ocupado em outra coisa (E12);*

*o prefeito devia dar condições para eles trabalharem melhor, dá mais produto pra eles, não só camisinha, mais profissional, mais pessoas para trabalhar e ajudar (E15);*

*acho que faltam uns psicólogos pra sentar com a gente, conversar a parte pra saber o que pessoal da rua tá passando (E17).*

Além das questões relativas à estrutura organizacional do CnaR foram apontados desafios em relação à articulação com a Rede de Atenção à Saúde, os quais

englobam dificuldades de acesso do usuário sem a companhia dos profissionais do CnaR, burocratização e o preconceito dos profissionais de outros serviços.

De acordo com a Portaria Nº 940 de 28 de abril de 2011, a carteira de identidade e comprovante de residência, são documentos necessários para o Cadastro do usuário no Sistema Único de Saúde, representado pela Carteira Nacional de Saúde (BRASIL, 2011b). Desta forma, pressupõe-se que a falta de documentação seja um dos fatores que dificulta o acesso aos serviços de atenção primária em saúde, impedindo que usufruam de forma plena dos princípios da universalidade e integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (FARIAS et al., 2014).

Souza, Pereira e Gontijo (2014) confirmam esse achado, pois revelam em sua pesquisa que existe dificuldade em conseguir atendimento para as pessoas em situação de rua, principalmente em relação à documentação de identificação, pois geralmente eles não possuem, e este é um item exigido na rede do SUS, o que gera burocracia no atendimento.

Outro motivo que dificulta o acesso é o fato de muitos serviços não considerarem ser sua responsabilidade ‘o cuidar’ de pessoa em situação de rua. Ainda, porque muitos profissionais dos outros serviços da rede de atenção apresentam preconceito contra a população de rua e isso reflete também no trabalhador do Consultório na Rua, que às vezes tem dificuldade de comunicação com estes profissionais.

Os usuários conseguem perceber que o trabalho da eCR possibilita melhora do acesso aos serviços de saúde, apontando que sem a atuação da equipe é quase impossível ser atendido ou conseguir um exame, principalmente porque os profissionais de saúde de alguns serviços da RAS não conseguem enxergá-los como pessoas que têm direitos, incluindo o direito a saúde, como nos depoimentos:

*antes eu tinha dificuldade de ir pro posto, dificuldade de pegar remédio, de fazer exame e hoje eu não tenho (E5);*

*A ajuda deles é boa demais, somente a ajuda deles, porque se vai pro consultório, pro posto não tem consulta, se não for eles na frente, não tem consulta (E6).*

Esses depoimentos caminham na direção de que os profissionais dos serviços de saúde da rede de atenção básica e hospitalar apresentam preconceito em relação aos usuários e parecem até rejeita-los e/ou ser indiferentes a eles, como aponta o depoimento:

*porque antes a gente chegava lá pra se consultar ou alguma coisa, o povo já olhava feio, de cara feia, e hoje não, quando a gente vai com eles, o pessoal nem olha praticamente (E5).*

Chama a atenção, no depoimento E5, o fato de a invisibilidade ser tomada como algo positivo. Antes, sem a presença da eCR, segundo esse usuário, os profissionais o olhavam e o tratavam de modo hostil. A partir do momento em que passou a ir ao serviço acompanhado por profissional da eCR, não mais era hostilizado, sequer era visto, percebido como pessoa. Pode-se supor que os profissionais da rede não estavam atendendo o usuário e sim o profissional da eCR. O que é pior? A hostilidade evidente ou a indiferença escancarada?

Tal discussão remete a perpetuação de ideias repassadas ao longo de toda a história, causando uma repercussão devastadora nos excluídos. Estes processos de exclusão são fontes de contextos diversos – social, econômico e político (FERNANDEZ, 2014).

Silva et al. (2014) realizaram uma pesquisa na qual as equipes disseram que existem desafios para o cuidado com as pessoas de rua. Esses desafios constituem barreiras que dificultam, inibem ou até mesmo inviabilizam o acesso da pessoa em situação de rua à rede de saúde e à rede intersetorial. A barreira social foi citada como uma das principais causas, a qual envolve estigma e reforça a invisibilidade dessas pessoas.

O estigma e a discriminação representam o avesso do reconhecimento da alteridade, é a negação da tolerância, no sentido de respeito pela diferença (GODOI e GARRAFA, 2014). O estigma e a discriminação possuem dupla característica: de um lado, constituem uma experiência individual, vivenciada nos espaços microssociais da intersubjetividade, e, de outro, representam um processo social determinado por estruturas macrossociais, que envolvem relações de poder e dominação (MONTEIRO, VILLELA e KNAUTH, 2012).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (UNESCO, 2006), homologada unanimemente pelos 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 2005, reconheceu os direitos humanos como referencial mínimo universal para a bioética. A Declaração tem como eixos estruturais a justiça, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamen-

tais. A Declaração parte do reconhecimento de que a saúde é resultante de uma multiplicidade de aspectos que abrangem não só o progresso científico e tecnológico, mas também fatores sociais e culturais.

O artigo 11 da DUBDH, ao enunciar que a discriminação e a estigmatização constituem violações à dignidade humana, remete à concepção de que estigma e dignidade humana estão intrinsecamente associados; um só existe na negação do outro. O estigma só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos demais seres humanos.

A pessoa estigmatizada fica desprovida de respeito próprio, da sua autonomia e capacidade de autodeterminação sobre a própria vida. O estigma aumenta, pois, a vulnerabilidade de indivíduos e grupos, o que repercute diretamente sobre suas condições de saúde. Nesse sentido a dignidade da pessoa é um princípio central dos direitos humanos. Sua defesa é imperativa e requer a luta contra os processos de discriminação e estigmatização, que contribuem para aumentar a vulnerabilidade de determinados grupos sociais (GODOI e GARRAFA, 2014).

Seria conveniente interrogar sobre os critérios e as razões que residem nas escolhas feitas pelas políticas públicas, e que igualmente contribuem na construção de uma imagem estereotipada da periferia e de seus problemas (CASTEL, 2011).

Os desafios em relação à articulação com a RAS se configuram como um dos grandes nós críticos a ser superada em relação à assistência a pessoa em situação de rua. A burocratização dos serviços de saúde, a dificuldade de acesso motivado pelo preconceito e os problemas de articulação com a rede de atenção ainda são uma constante, apesar dos depoimentos demonstrarem melhora do acesso a esses serviços. Assim, ainda existem muitas barreiras que precisam ser quebradas tendo em vista buscar a integralidade da atenção à pessoa em situação de rua.

Ao analisarmos as potencialidades, identifica-se o uso de tecnologias leves no cotidiano do trabalho do CnaR. As tecnologias leves de cuidados são ferramentas relacionais que direcionam o cuidado em saúde e permitem, aos usuários e aos profissionais, confiança e diálogo próximo de cada singularidade, de cada sentimento, além de fortalecerem vínculo, compromisso e responsabilização (Pinto et al., 2011; Jorge et al., 2011). O vínculo entre usuário e equipe é percebido ao longo dos relatos. Existem abraços, sorrisos, conversas e conselhos. As pessoas em situação de rua mostram gratidão pela existência do consultório na rua:

*Eu acho assim, porque se não fosse eles que levassem a gente pro médico, se não fosse eles para dar um conselho, como um pai uma mãe, se não existisse ele, não existia ninguém, porque foi Deus que primeiramente que enviou vocês, pra vim salvar a gente dessa vida. Aí agradeço a cada um de você (E3);*

*É como eles entendessem o que a gente necessita, e certas vezes a gente desabafa mesmo, então é mais que consultório é uma amizade que a gente criou na rua (E7).*

Nesses depoimentos, percebe-se o estreitamento do vínculo entre os integrantes do CnaR e os usuários dos serviços, e, além disso, eles referem à questão da singularidade, em que cada ser é tratado de maneira única e singular:

*(...) eles tratam a gente como se a gente fosse único, cada um é aquele sentimentozinho que eles plantam (E7);*

me sinto ótima, nem em uma clínica quando eu estou em casa e minha irmã paga, eu sou tão bem atendida (E7).

Essa é uma potencialidade que deve ser pensada pelo menos em duas perspectivas. Por um lado, o reconhecimento da relação estreita entre os usuários e os profissionais do CnaR. Por outro lado, a extrema gratidão e até certo endeusamento dos profissionais pelos usuários pode sugerir a quase completa falta de acesso aos recursos sociais e familiares e até uma existência não cidadã.

Saraceno (2001) demonstra a existência de uma estreita relação entre cidadania e saúde mental, posto que uma pessoa que não goze plenamente da cidadania tem sua saúde mental em risco, assim como uma pessoa que não goze plenamente de saúde mental poderá ser impedido de exercer sua plena cidadania social. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial busca restituir a subjetividade da pessoa na sua relação com a instituição, possibilitando a recuperação da contratualidade, ou seja, da posse de recursos para trocas sociais e, conseqüentemente, para a cidadania social.

O processo de reabilitação consiste em “reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes eixos: hábitat, rede social e trabalho com valor social” (Saraceno, 2001). Percebe-se que os profissionais devem empoderar os sujeitos a exercer a cidadania, lutar por direitos<sup>16</sup>. Por estarem em situação de rua, estão expostos a um conjunto de situações hostis, violentas e perigosas. Nesse sentido, são identificados como sujeitos em extrema condição de vulnerabilidade social, diante de suportes frágeis de inserção social e de trabalho (CASTEL, 2011).

Outra potencialidade apontada pelos entrevistados diz respeito às ações desenvolvidas pelas eCR, no qual são realizadas ações de redução de danos (aconselhamento para não compartilhamento de seringas ou cachimbos, entrega de água para hidratação), de prevenção de doenças (existe a entrega de preservativos) e, também, cuidados básicos de enfermagem, como realização de curativos na rua, aconselhamento para a redução do consumo de drogas e atividades de apoio emocional. Os entrevistados reconhecem a importância das equipes em suas vidas nas ruas:

*a galera pega e bota na cabeça que tem que ter o certo, tenta amenizar mais, pra gente não se acabar (E1);*

*sempre traz medicamento pra quem precisa, traz a água pra hidratar claro, como essa que eu tô tomando agora e da aquela força psicológica, chega e conversa a galera diz o certo e o errado (E1);*

*Me ajuda em tudo, com remédio, com exame, conselho (E2);*

*Foi uma boa vinda aqui pra Alagoas, porque quando não tinha ele, era pior com certeza. Existia até assim, mais imundice, até porque levam a gente pra fazer exame, negócio de HIV, negócio de mama, cuida muito da saúde daqueles que querem ir, mas não obriga, mas tenta, insiste, se não quer ir apulso eles não levam, se não fosse o Consultório na Rua, eu não estaria conversando aqui com vocês, poderia até ter morrido já (E4);*

*Pra prevenir de doença, ajudar a gente, traz preservativo, água, eles conversam, sempre vem traz camisinha às vezes roupa, quando precisa ser internada, eles ajudam a gente em tudo (E7);*

*Ajuda porque ele previne, ajudam em doenças, em entender as necessidades, eles conversam porque pra mexer com pessoas que usam esse tipo de droga, o psicológico da gente ninguém entende e eles procuram entender da melhor forma (E7).*

Esses achados condizem com um estudo realizado com profissionais do CnaR da região Metropolitana de Recife, realizado em 2013 segundo o qual a equipe desenvolve ações de redução de danos, divulgando os serviços de tratamento, distribuindo panfletos e copos para evitar a transmissão de doenças como tuberculose, além de preservativos para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Também foi feita referência à realização de ações de atendimento básico em saúde, principalmente da enfermagem, como verificação de sinais vitais, de pressão arterial, e realização de curativos (Souza et al., 2014).

O acolhimento e o diálogo são dispositivos presentes na relação entre profissionais e entrevistados, pelo que demonstram os depoimentos acima. São, assim, condicionantes necessários para estabelecimento do vínculo. São habilidades importantes que os profissionais de saúde que atuam com pessoas em situação de rua devem exercitar e construir. É preciso desmistificar a crença de que escuta e diálogo são dons. Há posturas profissionais e técnicas de comunicação que facilitam a conversa entre profissional e pessoa a ser ajudada, como a aceitação do outro, a empatia e o reconhecimento das pessoas como sujeitos que possuem direitos (Barros e Botazzo, 2011).

Com isso, a escuta pode ser definida como um dispositivo, uma tecnologia, uma ferramenta do campo das relações, e representa a possibilidade de se construir uma nova prática em saúde, buscando dar respostas adequadas às demandas e necessidades das pessoas. O processo de escuta no cuidado em saúde possibilita identificar inúmeras formas de abordagens de cuidado. A “escuta sensível” é um tipo de escuta que se apoia na empatia (JORGE et al., 2011; BRASIL, 2013).

Vínculo significa algo que ata ou liga as pessoas, indicam relações com duplo sentido, compromissos de profissionais com os usuários e destes com os profissionais, portanto a criação de vínculos depende do movimento e desejo, tanto dos usuários, quanto da equipe. o vínculo é um dispositivo de intervenção que possibilita a troca de saberes entre o técnico e o popular, o objetivo e o subjetivo, contribuindo para a construção de projetos terapêuticos elaborados na perspectiva da integralidade da atenção em saúde (JORGE et al., 2011; BRASIL, 2013).

A responsabilização compartilhada entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços busca contribuir para a integralidade do cuidado à saúde, principalmente por ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. Para isso, os trabalhadores de saúde precisam socializar, trocar experiências, compartilhar informações, orientações, de tal forma que os usuários e familiares sintam-se empoderados e com capacidade para desenvolver o autocuidado, a autonomia e a corresponsabilidade pela sua própria vida (BRASIL, 2013).

Outra potencialidade refere-se ao fato de a equipe do Consultório na Rua (eCR) se articular com outros serviço e setores, buscando suprir as necessidades demandadas pelas pessoas atendidas com vistas à integralidade. Essa articulação se expressa especialmente pela busca do acesso aos serviços de saúde e de outros serviços de assistência social como registro, título de eleitor entre outros:

*Já fizeram meu cartão do SUS, eu pensei que não ia chegar. Chegou de um dia pro outro (E1);*

*Ajudaram em consulta para os meninos, remédios para os meninos, vacina em dia, me ajudaram com o pré-natal (E5);*

*Se por exemplo eu tiver doente e não puder ir e tiver uma criança doente, podendo eles vem buscar (E5);*

*Já precisei ir para uma clínica, precisei de documentos e sem ter dinheiro, rapidamente eu já fui, a gente aqui já precisou de médico eles também ajudam a gente, essas coisas, medicamentos se precisar, já me serviram muito (E7);*

*Fui internado, fui bater sabe aonde? Em Arapiraca e passei um mês e dezenove dias lá, por causa do Consultório na rua que me ajudou (ficou bastante emocionado e chorou). Foi bom? Foi bom, eu voltei gordo e forte, gostei muito e gosto muito de vocês (E8).*

Esses depoimentos dão uma indicação da capacidade resolutiva das equipes do CnaR, a qual pode ser considerada eficaz, em que pese todas as dificuldades e desafios que enfrentam. Nesse contexto difícil e talvez até por isso, os vínculos entre usuários e profissionais vão se estreitando.

Tais ações visibilizam a condição de extrema vulnerabilidade apontada das pessoas em situação de rua. A compreensão da vulnerabilidade requer a ampliação do olhar, sair do plano individual restrito para o de suscetibilidades socialmente configuradas. A atuação junto a grupos vulneráveis pressupõe abertura para ações intersectoriais e a formação de redes de atenção, promovendo a integração da saúde com outras áreas (GAMA, CAMPOS e FERRERA, 2014).

Coerente com essa lógica, a clínica ampliada propõe a prática clínica mais complexa e longitudinal. Como uma concepção epistemológica e organizacional, a clínica ampliada se baseia na construção de um trabalho com certo traço artesanal por meio da divisão do processo de trabalho, responsabilização e integração; nessa lógica o objetivo do trabalho se amplia para além das doenças, inclui questões de saúde que envolve a vida e vulnerabilidade das pessoas. Assim, a reflexão gira em torno da utilização dos recursos ao alcance da população e dos profissionais, privilegiando o trabalho intersectorial, de modo a agregar as instâncias judiciárias, educacionais, sociais, além das instituições de saúde (PRATES et al., 2013).

Segundo Fernandez (2014), nesse sentido percebe-se a necessidade emergente de ordem étnica e cultural relacionada à saúde. É fundamental “repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos” (Malta e Merhy, 2010, p. 594), que só se dá em contextos de acolhimento à diversidade e singularidade.

#### 5.4 - O que o Consultório na Rua representa?

Para as pessoas atendidas por essa estratégia, o Consultório na Rua representa suporte social, apoio emocional, afeto e perspectiva de mudança de vida.

Suporte social e a ajuda emocional foram duas tecnologias leves apontados por vários entrevistados, como indicam os depoimentos abaixo:

*A sensação é como se fosse uma família, bem dizer, porque trata a gente como se fosse um filho, uma filha e não tem idade pra eles. Trata a gente do mesmo jeito, não tem preconceito (E4);*

*Eles ajudam a gente bastante, eles conversam, eles são amigos, não são nem consultório é uma amizade que eles criam com a gente, são carinhosos, conversam, o que podem ajudar que a gente necessita nem pergunta, a gente que já conhece que tem aquela intimidade já chega neles (E7).*

O respeito às necessidades singulares aparece nas diversas situações em que a eCR demonstrou responder às necessidades apresentadas pelos usuários, adequando-se ao contexto no qual se encontram, que é a rua:

*pelo menos pra gente é como eles entendessem o que a gente necessita, e certas vezes a gente desaba mesmo, então é mais que um consultório é uma amizade que a gente criou aqui na rua (E7).*

Segundo Merhy (1997) as tecnologias leves estão vinculadas à produção de relações, de vínculos, autonomização e acolhimento, ou seja, são consideradas tecnologias relacionais, que parte do encontro com o outro, no qual não há sobreposição de saberes.

Um relato de um dos entrevistados denota a sensibilidade da equipe ao realizar uma festa de aniversário que ficou marcada em sua memória e história:

*Até meu aniversário eles já fizeram. Eu tinha dito o dia do meu aniversário, aí passou um negócio de vários tempos. Quando eu cheguei um dia aqui, tava mesa, bolo, doce, meio mundo de gente... chorei pow, chorei aqui, na moral, eu chorei (E1);*

*Ela veio teve todo carinho, cuidou dele, tem pessoas que trabalha, não aconteceu nesse consultório não, mas vi em outros lugares que trata você de uma forma diferente, vai lá só exercer a profissão, eles não vêm como seus amigos e ajuda você normalmente (E7).*

Diante destes depoimentos é possível perceber que o cuidado vai além de qualquer definição conceitual; respeitar a autonomia dos indivíduos e salvaguardar a sua integridade biopsicossocial depende muito da existência de uma comunicação pertinente. Uma boa estratégia de comunicação envolve, em primeiro lugar, abandonar o tom paternalista (CANETE VILLAFRANCA; GUILHEM; BRITO PÉREZ, 2013).

Porém, em um contexto em que as pessoas são extremamente vulneráveis, algumas na zona de desfiliação social. Será que a autonomia desses usuários é considerada, respeitada e salvaguardada? Até que ponto nós, como profissionais de saúde, estamos atuando numa perspectiva de resgate e/ou de fortalecimento da cidadania? Até que ponto contribuímos para a perpetuação de uma ação política paternalista?

Esses questionamentos, contudo, também devem ser relativizados tendo em vista as condições concretas do contexto em que se dá a atuação desses profissionais. Os usuários, por sua vez, na condição de extrema vulnerabilidade, são gratos por qualquer ação que seja feita a seu favor, desconhecendo que seus direitos, incluindo o direito a saúde, são usurpados. São gratos porque encontram no CnaR seu único ponto de apoio, talvez o único espaço que os conectam a sociedade, que os fazem lembrar de que existe outro mundo além do seu ou do mundo em que viviam antes ou, ainda e principalmente, que os fazem lembrar de que são gente e, como tal, querem uma vida melhor.

Nesse sentido, alguns apontam que o CnaR trouxe mudança ou melhora em suas vidas. Essa melhora tem relação com sua condição de saúde, à medida que atuação do CnaR volta-se, entre outros, para a prevenção e o tratamento de doenças e para o aconselhamento em relação ao uso/abuso de drogas com foco na redução de danos. No caso daqueles que usam drogas, ha relatos de que conseguiram diminuir o uso de drogas como resultado da atuação dos profissionais do CnaR.

A mudança de vida também se relaciona a possibilidade de resgate dos laços/papeis familiares, de restabelecimento de vínculos e de reinserção familiar ou social, como apontam os depoimentos que seguem.

*Às vezes você está desesperançado, sem rumo, a doença que nem eu estava, não tinha condições de nada, eles chegaram devagarinho, fui caminhado, os conselhos que eles dão. Eles trazem o remédio, mas não obriga você tomar, você tem que tomar se não tomar a pessoa mesmo se prejudica, mas às vezes o conselho que eles dão se a pessoa tem a mente boa de bem para com ele mesmo vai bem. É uma companhia que você sabe que tem (E12);*

*Melhorou um bocado viu, porque diminui mais a droga (E14);*

*Me afastei do mercado, botei a cabeça pra pensar. Estou cuidando do meu filho. O que eu tenho pra falar no final das perguntas é que o consultório na rua não pode deixar de andar na rua, porque eles são pai, mãe, irmão, é tudo que a pessoa tem na rua (E4);*

*Com as nossas famílias como já conversaram. Já aconselharam pra voltar pra casa (E15);*

*Com certeza a minha e de muitos que vão pelos conselhos do consultório na rua melhoraram muito, se não fosse vocês, o consultório na rua, tinha existido mais doença, mais morte, não existia mais nós. Dá água pra hidratar, preservativo pra se prevenir né, não usa se não quiser, mais que deixam eles deixam (E4);*

*Em tudo, na minha saúde mudou 100% por que eu aprendi muito mais. Aprendi a me prevenir, aprendi a não trocar o cachimbo pra não pegar tuberculose (E7);*

*Se não fossem eles, eu poderia nem tá aqui, que nem meu amigo mesmo, hoje, tomo minhas vitaminas, meus remédios, me alimento direito já o meu parceiro mais velho que eu, não teve a mesma mentalidade (E12).*

Assim, a atuação da eCR parece fazer diferença na vida das pessoas por ela atendidas. Os depoimentos indicam que estão presentes sensibilidade, afeto, apoio as demandas mais imediatas no campo biológico e psicológico, assim como, tentativa de reinserção social e familiar. Dialogo e acolhimento são elementos que se destacam na relação entre essas pessoas e a eCR.

A reinserção familiar e/ou social de uma pessoa em situação de rua, muitas vezes é difícil, pois há perda do vínculo com a família, além do preconceito social e familiar, levando-o mais ainda ao contexto de vulnerabilidade social. Além do estigma social existente, a pessoa em situação de rua passa por muitas privações alimentares,

financeiras, afetivas, além da exposição à violência e sofrimento já vivenciado pela vida nas ruas (SOUZA, PEREIRA e GONTIJO, 2014).

Conhecer o diferente passa por uma reflexão sobre a nossa prática, confirma a necessidade de se dispor a ouvir, se dispor ao diálogo. Acolher anuncia uma ação de aproximação e uma atitude de inclusão. É nesse movimento de aproximação e estranhamento que opera o encontro com o outro, por meio do olhar e escuta sensível. (PEREIRA et al., 2014).

Esse olhar sensível também dá lugar a escuta dos usuários como sujeitos que falam de um lugar e experiência concretos, o que implica em ouvir e considerar suas sugestões para que o trabalho do Consultório na Rua melhore. Nesse sentido, alguns usuários participantes desse estudo apontam, por exemplo, que os profissionais deveriam estar mais presentes e retomar algumas atividades lúdicas que faziam com a comunidade:

*Eu queria que voltasse o projeto que eles tinham com as crianças de fazer brincadeira, de artesanato e pintura (E5);*

*É como eu disse, tem que vir mais aqui, a gente não pode se acabar não. Acho que a galera tem outras localidades, é muito usuário, mas a gente precisa de mais atenção (E1);*

*Em tudo, em companheirismo, em colega, em conversar, em dar conselho, em ajudar, em trabalhar psicologicamente e fisicamente. Tipo quando eles fazem aquela aula de batuque (E17).*

Ao lançar possibilidade para mudança de vida, o usuário torna-se um sujeito ativo e participativo. É perceptível que os usuários atendidos pelas equipes do Consultório na Rua tem uma visão ampliada sobre suas necessidades, apontando em que direção as mudanças necessárias devem caminhar para o alcance de um serviço com melhor qualidade para ambos - equipe e usuários.

Nessa direção também deve se encaminhar os processos avaliativos em saúde, não apenas como uma forma de controle e ou redução de custos. Há um movimento que busca priorizar avaliações com a finalidade de tonar a sociedade mais crítica, tentando romper assim com a lógica de que avaliação de serviços deve ser usada somente para diminuição de gastos ou ainda como forma de controle.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade da participação de trabalhadores e usuários nos processos avaliativos de programas e políticas de saúde. Tal participação desafia os autores a rever metodologias e a experimentar modos de avaliação

que produzam novas possibilidades de repensar e recriar a realidade, de ampliar a democratização dos processos pela escuta de diversos pontos de vista e sujeitos, de articular a necessidade do resultado com a atenção aos processos subjetivos e simbólicos (CAMPOS; FURTADO, 2011).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo demonstraram que a estratégia Consultório na Rua é avaliada positivamente pelos usuários, os quais apontam receberem apoio social, afeto e em alguns casos oportunidade para mudar de vida. Além disso, destacaram o acesso aos serviços de saúde, o compromisso da equipe e a relação de respeito estabelecida entre equipe e usuários. Contudo, nós críticos e desafios também são indicados, dentre eles a inadequação da estrutura organizacional o preconceito e o estigma de alguns profissionais de serviços da RAS em relação às pessoas em situação de rua.

Importante frisar a necessidade do engajamento da gestão e dos profissionais de saúde que estão em diversos espaços da RAS. A atenção às pessoas em situação de rua não é responsabilidade exclusiva dos profissionais que atuam no Consultório

na Rua, mas de todos os que se depararem com um sujeito social nessa condição que necessita de seu trabalho.

Nesse sentido, um desafio importante é o enfrentamento e conseqüente superação do estigma e preconceito em relação às pessoas que vivem em situação de rua. Preconceito e estigma que estão presentes na sociedade como um todo e entre os profissionais da rede de atenção social e de saúde.

Outro desafio diz respeito à estruturação da rede de atenção social e de saúde para o atendimento adequado e resolutivo a essa população. O Consultório na Rua exerce um papel fundamental, mas sozinho não é capaz de assumir as diversas demandas apresentadas pelos usuários, muitas delas muito aquém da capacidade resolutiva dos profissionais e da estratégia, visto que muitos problemas que eles apresentam tem origem na questão econômica e social.

Nessa direção, há de se pensar na necessidade de se ter, também, uma ação política junto a esses usuários, para que eles compreendam e, como sujeitos e cidadãos que são, enfrentem os desafios e assumam a luta por seus direitos. Há de se pensar, também, em estratégias de sensibilização e de preparo dos profissionais das redes de atenção social e de saúde para acolher e atender essa população com o respeito, competência e dignidade com que devem ser tratados. A condição de viver na rua deve ser um fator de inclusão, já que essa mesma condição é o reflexo de extrema vulnerabilidade e de exclusão.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

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, 2012.

ALAM, M. C. L. População em situação de rua: território como lugar de trabalho em saúde. Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora; Michele Mandagará Oliveira, coorientadora. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

ALVES, I.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C. Teatro do oprimido e Terapia Ocupacional: uma proposta de intervenção com jovens em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 325-337, 2013.

AYRES J.R.C.M., et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n.6, p.1001-6, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa-Portugal: Edições 70, 2009. BRASIL.

BARROS, R.S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p:4337-48, 2011.

BERTOLOZZI, M. R., et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-30, 2009.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.3, p.566-70, 2010.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde Publica** São Paulo, v.41, n.1, p.150-3, 2007.

BOSI, M.L. M; PONTES, J.S. Notas Sobre a Segunda Avaliação Externa do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Brasil – EPISUS: potencialidades do enfoque qualitativo-participativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.3, p.549-553, 2009.

BOSI, M.L. M; PONTES, J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepção de gestores. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 2, p; 318-24, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.238, de 06 de Junho de 2014**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014a.

BRASIL. **Caminhos do Cuidado**: caderno do tutor. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Homicídios no Brasil**: registro e fluxo de informações/ organização: Isabel Seixas de Figueiredo, Cristina Neme e Cristiane do Socorro Loureiro Lima. – Brasília: Ministério da Justiça Segurança Pública (SENASP), 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operativo para implementação de ações em saúde da População em Situação de Rua 2012-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. **Portaria Nº 940, de 28 de abril de 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.** Brasília, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. O. **Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde.** Campos RO, Furtado JP, organizadores. Campinas: Editora Unicamp; 2011. 280p.

CANETE VILLAFRANCA, R.; GUILHEM, D.; BRITO PEREZ, K. Paternalismo médico. **Rev. Med. Electrón.,** Matanzas, v. 35, n. 2, 2013.

CASTEL R. Da indignância à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. **Saúde Loucura - 4.** São Paulo: Hucitec; 1994. p.21-48.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

- CASTEL R. As armadilhas da exclusão social. In: Castel R, Wanderley, Belfiore-Wanderley. **Desigualdade e a questão social**. 2ª ed. São Paulo: Educ; 2004.p.17-50.
- CASTEL R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- CASTEL, R. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?** 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 3, p.709-716, 2010.
- DESLANDES, S.F; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. IN BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F (Orgs.) **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1980.
- DONOSO, M.T.V.; BASTOS, M.A.R.; FARIA, C.R.; COSTA, A.A. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.17, n.4, p.894-901, 2013.
- FARIAS DCS et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v.3, n1, p: 70-82, 2014.
- FERNANDEZ, J. C. A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.1, p.167-179, 2014.
- FERREIRA, C.P.S. CnaR diário de campo, 2014.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução J. E. Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GALHEIGO, S. M. Occupational therapy in the social field: concepts and critical considerations. In: KRONENBERG, F.; POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D. **Occupational Therapies without borders: towards an ecology of occupation-based practices**. Churchill Livingstone: Elsevier, v. 2, p. 47-56, 2011.
- GALHEIGO S.M. O social: idas e vindas de um campo de ação em terapia ocupacional. In: Pádua EMM, Magalhães LM. **Terapia ocupacional: teoria e prática**, São Paulo: Papirus, p. 115-144, 2003.
- GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.T.O.; FERRERA, A.L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.17, n.1, p. 69-84, 2014.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. SP: Atlas, 1994

GODOI, A. A. M.; GARRAFA, V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.1, p.157-166, 2014.

GONTIJO, D.T; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p: 467-75, 2009.

HALL, Y et al. Homelessness and CKD: a cohort study. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Washington, v. 7, n.7, p: 1094-102, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à informação. **Guia do Censo 2010 para jornalistas**, 2010.

JORGE, S. J; CORRADI-WEBSTER, C.M. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7, p.3051- 60 2011.

JUNGES, E. M. G. **Biografias da rua: escuta de narrativas da rua desde seus habitantes** (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, v.18, n49, p.251-60, 2014.

LOPES, L. E. (Org.) **Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua.** / organizado por Lucília Elias Lopes. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1993. 116p.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. In: altoÉ, s. (org.). René Lourau. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACERATA, I. M.. “... como Bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha: experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e a adolescentes em situação de rua. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MENEGHEL, S.N. et al. Femicide: narratives of gender crimes. **Interface**, Botucatu, v.17, n.46, p.523-33, jul./set. 2013.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-6, 2012.

MORAIS N.A.; MORAIS CA; REIS S; KOLLER S. Promoção de Saúde e Adolescência: Um Exemplo de Intervenção com Adolescentes em Situação de Rua. **Psicologia e Sociedade**, Minas Gerais, v.22, n.3, p.507-18, 2010.

MOURA Y.G, et al. Drug use among street children and adolescents: what helps? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p.1371-80, 2012.

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde sociedade**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.

MURAMOTO, M. T.; MANGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2011.

NERY FILHO, V.; MONTEIRO. **Guia do projeto consultório de rua.** Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011. 160 p.

NEVES, M.J.; ROSENTOCK, K.I.V. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.4, p.581-6, 2010.

NICHIATA LYI, et al. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, n.16, v.5, p.923-8, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C. F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.44-57, 2004.

OLIVEIRA, M.G.P. **Indicadores Básicos de Alagoas.** Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico, 2014.

OPAS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PARIS S. M. J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. **Folha Médica UNIFESP**, São Paulo, v.18, n.1, p:41-5, 1999.

PEREIRA, E.R, et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.3, p.1077-90, 2014.

PINTO, D.M.; et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.20, n.3, p.293-302, 2011.

PRATES, M.M.F.; GARCIA, C.G.; MORENO, D.M.F.C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.2, p.642-652, 2013.

RIBEIRO M.O. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.5, p: 622-9, 2003.

ROAZZI, A. O desenvolvimento individual, o contexto social e a prática de pesquisa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília , v. 7, n. 2, p. 27-33, 1987 .

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.8, p:1798-1800, 2014.

SANTOS, A. M.; MALHEIRO, L. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Orgs.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto CR**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p. 49-53.

SARTI, C. A. A continuidade entre casa e rua no mundo da criança pobre. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.5, n1/2, p.39-47, 1995.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCOTT JW. El gênero: uma categoria útil para el análisis histórico. In: Lamas M. El gênero: **la construcción cultural de la diferencia sexual**. México: PUEG; 1996. p. 265-302.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F.M. P Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.805-14, 2014.

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A.R; GONTIJO, D.T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para atenção ao usuário de álcool e outras drogas **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 37-47, 2014.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. IN BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F (Orgs.) **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TAYLOR, R.; JASINSKI, J.R. Femicide and the feminist perspective. **Homicide Studies**, v.15, n.4, p.341-62, 2011.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 254-260, 2008.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 1561-9, 2002.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Paris, 2006.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2891-900, 2008.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, 2004.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, 2014.

WASELFISZ J.J. **Mapa da Violência: Homicídios e Juventude no Brasil**. Brasília, 2014.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO CONSULTÓRIO NA RUA DE MACEIÓ.**

**Dados de caracterização dos entrevistados.**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Raça: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Tempo de permanência na rua: \_\_\_\_\_

Motivo de estar na rua: \_\_\_\_\_

Tem família? \_\_\_\_\_

Tem família na rua? \_\_\_\_\_

Tem filhos? \_\_\_\_\_

Mantem contato com a família? \_\_\_\_\_

Ocupação? \_\_\_\_\_

### **Roteiro de Entrevista**

Como é sua vida nas ruas?

O que você acha do Consultório na Rua?

Como o consultório funciona?

Para que serve o consultório?

O consultório atende suas necessidades na rua?

Há quanto tempo é atendido pelo CnaR?

Em que o CnaR é bom? Como o ajuda?

Em que não é bom?

Como você se sente com o atendimento dos profissionais do Consultório?

Como é sua relação com os profissionais?

Já teve algum acontecimento ruim nesta relação com os profissionais?

Qual o profissional com que você mais se identifica?

Você sabe o nome dele? Ele sabe seu nome?

Você tem espaço para conversar com a equipe? Fale um pouco

Conseguem participar do próprio tratamento na rua junto com a equipe?

Você consegue expressar o que quer e o que precisa?

Você é tratado de maneira única ou como se fosse qualquer pessoa na rua?

Você acha que esse atendimento contribuiu para melhorar sua vida na rua?

Em que mudou sua vida?

Em que precisa melhorar? O que você mudaria ou manteria neste serviço?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.*

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **“AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO CONSULTÓRIO NA RUA A PARTIR DA PERSPECTIVA DE SEUS USUÁRIOS”**, recebi da Mestranda Cíntia Priscila da Silva Ferreira, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Alves Rosendo, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o estudo se destina a avaliar a estratégia do consultório na rua a partir da perspectiva do morador de rua.

Que a importância deste estudo é: contribuir para maior visibilidade as pessoas em situação de rua, bem como dar ênfase a estratégia do consultório na rua. Estimular para que a enfermagem se insira no contexto das ruas, podendo a mesma contribuir significativamente para promoção da saúde, prevenção e redução de danos.

Que os resultados que se desejam alcançar é a avaliação da estratégia do consultório na rua a partir da perspectiva do morador de rua.

- 4) Que este estudo começará em Junho/2014 e terminará em Agosto/2014;
- 5) O estudo será feito mediante entrevistas semiestruturadas. Dessa forma, fornecerei dados para um instrumento que será dividido em duas partes: a primeira constará informações referentes à minha caracterização (idade, sexo, escolaridade, procedência, estado civil, tempo de permanência na rua) e, a segunda, da entrevista propriamente dita, que é considerada uma forma de entrevista no qual o entrevistador terá influência mínima. Essa fase será realizada com a pesquisadora responsável, onde a mesma irá orientar sobre como acontecerá a coleta de dados e sobre os objetivos do estudo para cada participante de forma individual e isolada a fim de evitar influências durante a pesquisa entre os voluntários;
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: incômodo devido à ocupação do tempo para responder a entrevista e desconforto com alguma pergunta que conste no instrumento de coleta de dados, que traga lembranças/sentimentos referentes à minha vida;
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: será explicado claramente o objetivo da pesquisa e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que venha a surgir. Será disponibilizado também, um profissional de psicologia que fará atendimento caso seja necessário. Os sujeitos do estudo poderão desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo para os mesmos. Além disso, qualquer necessidade que os sujeitos demonstrarem, através de cansaço ou falta de condições para continuarem a coleta, a mesma será interrompida e será retomada a critério do sujeito. Em todos os momentos será considerada a vontade dos participantes, sempre assegurando sua espontaneidade, sua autonomia e sua liberdade de expressar-se;
- 8) Que poderei contar com a assistência: informações atualizadas sobre o estudo, sendo responsável por ela: Cíntia Priscila da Silva Ferreira, residente na Avenida Sebastião Correia da Rocha, nº 635, aptº 04, Tabuleiro dos Martins. Telefone: 9616-8375.
- 9) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação são: Contribuir cientificamente para avaliação da estratégia do consultório de rua na cidade de Maceió; além de promover de maior visibilidade a população em situação de rua, fazendo a sociedade reconhecer sua importância na construção da cidadania; e instigar para que a enfermagem se coloque no contexto das ruas, podendo a mesma contribuir significativamente para promoção da saúde, prevenção e redução de danos.
- 10) Que sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- 11) Que a qualquer momento eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- 12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- 13) Que a minha participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e, desta forma, eu não terei que ser ressarcido. Que eu deverei ser indenizado por todos

os danos que venha a sofrer pela minha participação, sendo que, para estas despesas foi-me garantida à existência de recursos;  
Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

**Nome: Célia Alves Rosendo**

Endereço: Av. Lourival de Melo de Mota, S/N, Tabuleiro dos Martins

CEP: 57072-970

E-mail: celia.rozendo@gmail.com

Telefone p/contato: (82) 8813-1315

**Nome: Cíntia Priscila da Silva Ferreira**

Endereço: Av. Sebastião Correia da Rocha, nº 635, ap. 04. Tabuleiro dos Martins

E-mail: cintiapriscila\_19@hotmail.com

Telefone p/contato: (82) 9616-8375

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Docente responsável pelo estudo  
(rubricar as demais folhas)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo  
(rubricar as demais folhas)

---

Assinatura do Voluntário (a)  
(rubricar as demais folhas)

**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍ-  
PIO DE MACEIÓ**



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**AUTORIZAÇÃO**  
**(Minuta)**

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a Profª Célia Alves Rozendo e aluna Cíntia Priscila da Silva Ferreira realizem pesquisa referente à "Avaliação qualitativa do consultório na rua a partir da perspectiva de seus usuários". A mesma será desenvolvida nos Consultórios de Rua de Maceió.

As referidas pesquisadoras deverão apresentar a esta Secretaria os resultados e discussões obtidos ao término do trabalho.

Maceió, 18 de Junho 2014.

SYLVANA MEDEIROS TORRES  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ

Sylvana Medeiros Torres  
Secretaria Municipal de Saúde  
Maceió/AL