



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATALHA CABRAL DO NASCIMENTO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA
ACERCA DA REDUÇÃO DE DANOS**

MACEIÓ

2023

NATALHA CABRAL DO NASCIMENTO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA
ACERCA DA REDUÇÃO DE DANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Escola de Enfermagem, Campus A.C. Simões da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate.

MACEIÓ

2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

N244c Nascimento, Natalha Cabral do.
Concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da
redução de danos / Natalha Cabral do Nascimento. - 2023.
47 f. : il. color.

Orientadora: Patrícia de Carvalho Nagliate.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 32-37.
Apêndices: f. 38-42.
Anexos: f. 43-47.

1. Consultório na Rua. 2. Redução de danos. 3. Tecnologia em saúde. I.
Título.

CDU: 616-083

Folha de Aprovação

NATALHA CABRAL DO NASCIMENTO

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DA REDUÇÃO DE DANOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Escola de Enfermagem, Campus A.C. Simões da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, apresentado em 31/08/2023.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **PATRICIA DE CARVALHO NAGLIATE**
Data: 14/09/2023 14:42:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate
(Universidade Federal de Alagoas)

Documento assinado digitalmente
 **JORGINA SALES JORGE**
Data: 13/09/2023 18:10:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinadora Interna: Profa. Ma. Jorgina Sales Jorge
(Universidade Federal de Alagoas)

Documento assinado digitalmente
 **NEMORIO RODRIGUES ALVES**
Data: 14/09/2023 08:31:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinador Externo: Enfo. Me. Nemório Rodrigues Alves
(Universidade Federal da Bahia)

À minha família e aos amigos que estiveram e continuam ao meu lado nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que carinhosamente e igualmente cuidaram de mim e de meus irmãos, nos incentivando a estudar e nos dando consciência sobre as questões sociais. Obrigada pelas bênçãos concedidas a cada saída de casa.

Aos meus amigos, que estão ao meu lado nas trincheiras da vida.

À minha orientadora Patrícia Nagliate, que se fez presente durante esta fase e me incentivou a continuar com meus objetivos quando pensei que não seria possível. Graças à sua empatia e compreensão pude chegar aqui mais aliviada.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, *campus* A.C. Simões, e seu Centro Acadêmico de Enfermagem, por terem sido casa em muitos longos dias.

À professora Jorgina e ao Nemório, que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa, contribuindo à construção deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, à Coordenação da Área Técnica do Consultório na Rua e, sobretudo, aos profissionais do Consultório na Rua que possibilitaram a produção deste estudo.

Ao Coletivo Massunim RD, que me permite trocas além da Redução de Danos. Sou grata e sinto orgulho da luta antiproibicionista que enfrentamos coletivamente!

A cada professora e professor que me guiaram pacientemente ao aprendizado, entre erros e acertos, em cada escola pública e de qualidade que ingressei.

“A vida não é para ser útil. Isso é uma besteira. A vida é tão maravilhosa que a nossa mente tenta dar uma utilidade para ela. A vida é fruição. A vida é uma dança. Só que ela é uma dança cósmica e a gente quer reduzi-la a uma coreografia ridícula e utilitária, a uma biografia [...] A vida é mais do que tudo isso. Nós temos de ter coragem de ser radicalmente vivos. E não negociar sobrevivência.”¹

¹Ailton Krenak: Radicalmente Vivos.

RESUMO

Este estudo tem como objeto as concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos e é conduzido pela questão norteadora “Quais são as concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos?”. A Redução de Danos pode ser entendida como uma perspectiva ético-clínico-política de cuidado, que compreende os complexos atravessamentos do homem e as relações que este estabelece com as substâncias psicoativas. A partir disso, intervém junto ao usuário com subsídios para prevenção do uso “abusivo” ou problemático de substâncias psicoativas por meio de práticas centradas na pessoa. O objetivo foi compreender as concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo. O cenário do estudo foi a capital de Alagoas, Maceió. Participaram desta pesquisa 21 profissionais do Consultório na Rua. As informações foram produzidas a partir da técnica de grupo focal. O tratamento e a interpretação das informações foram desenvolvidos com referência ao método da análise temática proposto por Minayo. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas e aprovado com o número de parecer 5.501.153. Os resultados foram organizados e sistematizados em duas categorias temáticas a saber: concepções acerca da Redução de Danos e Tecnologias utilizadas na produção do cuidado. Majoritariamente, emergiram concepções e práticas acerca da redução de danos relacionadas ao uso de tecnologias leves de cuidado como o respeito, vínculo e acolhimento. Manifestaram-se sobre a redução de danos como promoção de qualidade de vida, assim como uma possibilidade para sair do uso problemático de substâncias psicoativas e a garantia de direitos à População em Situação de Rua. Além disso, quanto às tecnologias utilizadas na produção do cuidado, foram elencadas principalmente práticas de redução de danos ligadas ao uso de tecnologias leves na produção do cuidado, como vínculo terapêutico, a oferta da rede, a roda de conversa, o respeito, o lazer e as artes; seguido do uso de tecnologias leve-duras, tais quais dar orientação, conversar, escutar, explicar e levar informação; e, por fim, uso de tecnologias duras como o fornecimento de mel, a água, preservativos e cachimbo. A realização deste estudo possibilitou compreender a temática da Redução de Danos sob a ótica de profissionais do Consultório na Rua. Os conceitos e conhecimentos aqui articulados permitem elucidar como o paradigma ético-clínico-político da Redução de Danos associa-se à perspectiva do “Trabalho vivo”, visando a hegemonia de tecnologias leves na composição técnica do trabalho, ao passo que este emerge em função e com o usuário. Ademais, o estudo tem potencial em contribuir aos serviços de saúde em prol de processos de trabalho que tenham como foco o cuidado da pessoa, fornecendo subsídios que possibilitam a apropriação do trabalho para a prática humanizada, promovendo ao sujeito vínculo e autonomia, como preconiza a Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Redução de Danos; tecnologia em saúde; Consultório na Rua.

ABSTRACT

This study has as its object the conceptions and practices of Street Clinic professionals regarding Harm Reduction and is driven by the guiding question “What are the conceptions and practices of Street Clinic professionals regarding Harm Reduction?” Harm Reduction can be understood as an ethical-clinical-political perspective of care, which understands the complex crossings of man and the relationships he establishes with psychoactive substances. From this, it intervenes with the user with subsidies to prevent the “abusive” or problematic use of psychoactive substances through person-centered practices. The objective was to understand the conceptions and practices of Street Clinic professionals regarding Harm Reduction. This is an exploratory-descriptive study of a qualitative nature. The study setting was the capital of Alagoas, Maceió. 21 professionals from Street Clinic participated in this research. The information was produced using the focus group technique. The treatment and interpretation of information were developed with reference to the thematic analysis method proposed by Minayo. The study was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas and approved with opinion number 5.501.153. The results were organized and systematized into two thematic categories, namely: conceptions about Harm Reduction and Technologies used in the production of care. Mostly, concepts and practices emerged regarding harm reduction related to the use of light care technologies such as respect, bonding and acceptance. They spoke about harm reduction as a promotion of quality of life, as well as a possibility to overcome the problematic use of psychoactive substances and guarantee the rights of the Homeless Population. Furthermore, regarding the technologies used in the production of care, harm reduction practices linked to the use of light technologies in the production of care were mainly listed, such as therapeutic bonds, network provision, conversation circles, respect, leisure and the arts; followed by the use of soft-hard technologies, such as giving guidance, talking, listening, explaining and delivering information; and, finally, the use of hard technologies such as the supply of honey, water, condoms and pipes. Carrying out this study made it possible to understand the topic of Harm Reduction from the perspective of Street Clinic professionals. The concepts and knowledge articulated here allow us to elucidate how the ethical-clinical-political paradigm of Damage Reduction is associated with the perspective of “Living Work”, aiming at the hegemony of light technologies in the technical composition of work, while it emerges as a function of and with the user. Furthermore, the study has the potential to contribute to health services in favor of work processes that focus on caring for the person, providing subsidies that enable the appropriation of work for humanized practice, promoting bonding and autonomy to the subject, as recommended by the National Humanization Policy.

Key words: Harm Reduction; health technology; Street Clinic.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Análise Temática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP/UFAL	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
CnaR	Consultório na Rua
CTT	Composição Técnica do Trabalho
eCR	Equipe de Consultório na Rua
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
2. OBJETIVO.....	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1 Panorama da População em Situação de Rua.....	13
4.2 Consultório na Rua e RD na consolidação do cuidado integral à PSR.....	14
5. METODOLOGIA.....	15
5.1 Tipo de estudo.....	15
5.2 Cenário.....	16
5.3 Participantes da pesquisa.....	16
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	17
5.5 Técnica e instrumentos para produção das informações.....	17
5.6 Produção das informações.....	17
5.7 Procedimento para descrição e análise das informações.....	18
5.8 Aspectos Éticos.....	19
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	36
APÊNDICES.....	37
ANEXOS.....	42

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estudo apresentado tem como objeto as concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de danos e parte da questão norteadora “Quais são as concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos?”.

A aproximação da autora com o tema “Redução de Danos” emerge de sua experiência extra-acadêmica como integrante do coletivo de Redução de Danos Massunim, a partir do qual desenvolveu interesse na área e aproximou-se do processo de trabalho em Redução de Danos em contextos festivos. Além disso, a autora vivenciou o ambiente de atividade prática em supervisionada, durante a graduação em enfermagem, no contexto da disciplina de Saúde Mental, o campo do Consultório na Rua (CnaR), onde pôde conhecer e aproximar-se da realidade das práticas de redução de danos no contexto de cuidados à pessoa em situação de rua.

A População em Situação de Rua (PSR) corresponde a um grupo diverso de pessoas com diferentes motivações ou razões para viver nesse ambiente, esse processo que ganhou força no século XX com a desigual industrialização e urbanização, impulsionando o êxodo rural. Atualmente, estar em situação de rua costuma relacionar-se a processos diferentes, como o rompimento de vínculos e conflitos familiares, pobreza, uso problemático de substâncias psicoativas e desemprego (Brasil, 2014; Sicari; Zanella, 2018).

Quando em situação de rua, essa população sofre com os preconceitos e ainda, enquanto indivíduos de direito, sobrevivem perante a ausência de políticas eficazes que possibilitem a saída desse contexto de vulnerabilização biopsicossocial. Apesar da instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) ter ocorrido em 2009 com o decreto nº 7.053, Sicari e Zanella (2018) apontam à carência de uma rede de cuidados intersetoriais que atendam às múltiplas necessidades desse público-alvo, tais quais, além da saúde, a habitação, trabalho e educação, inclusive sobre seus direitos sociais.

Mais especificamente no campo da saúde, a PSR conta desde 2012 com as equipes de Consultório na Rua (eCR), estratégia que busca suprir as demandas de acesso aos serviços de saúde à essa parcela da sociedade de forma itinerante, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011a). Historicamente, o CnaR é fruto da união de diferentes projetos locais ofertados anteriormente à PSR, a exemplo do Consultório de Rua, uma experiência inspiradora que surgiu em 1999, na Bahia, focado em atuar sobre o problema de saúde associado aos jovens em situação de rua que realizavam uso de Substâncias Psicoativas (SPA).

Dentre as heranças desses programas precedentes, as eCR, desde sua instituição, pela portaria nº 122 de 2012 (Brasil, 2012), contam com a Redução de Danos (RD) entre suas competências e desde então esta vem sendo estudada como estratégia que norteia os cuidados à PSR pelas eCR a partir de práticas que incluem a escuta, vínculo, empatia, respeito à autonomia, etc (Ferreira; Rozendo; Melo, 2016; Lima; Seidl, 2017; Silva; Frazão; Linhares, 2014). A RD chega ao Brasil ao final dos anos 1989, por meio do Programa de Trocas de Seringas, que realizava essa troca do item às pessoas que realizavam uso de SPA injetável e não queriam ou não conseguiam abandonar o uso; tal prática ocorria para frear a disseminação de infecções e doenças relacionadas ao uso compartilhado (Surjus; Formigoni; Gouveia, 2019, p. 04).

Este cenário é citado por Petuco (2020) como a primeira onda da RD no Brasil, e representa o desenvolvimento da experiência brasileira com Redução de Danos no contexto do HIV/Aids. Nesse ínterim, com predominância de práticas biomédicas num modelo de cuidado medicalocêntrico, a RD compreendia o HIV/Aids como um fenômeno social, lançando estratégias que buscavam reduzir os danos a partir de hábitos nocivos e não necessariamente restringi-los.

Futuramente, em 2003, num momento em que a luta pela reforma psiquiátrica ganhou forças, foi implementada a Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas, redefinida em 2004 pela Portaria GM/MS, nº 2.197. O acontecimento representa um marco para a Redução de Danos, pois pela primeira vez a RD passa a ser concebida como uma diretriz do cuidado no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004). Para Petuco (2020), estes acontecimentos marcam a segunda onda da RD, e tem como forte característica a aproximação às causas e políticas voltadas à saúde mental da população.

Ao passo que a terceira onda, com ascensão a partir de 2010, é marcada pela perspectiva dos recortes sociais, compreendendo as diferentes formas de vulnerabilização que emergem no contexto de “guerra às drogas”. Nesse contexto, ao passo que as populações marginalizadas encontravam-se desamparadas pelos dispositivos sociais, os movimentos de RD, como programas, organizações não governamentais e outras iniciativas assumem a luta de reivindicação dos direitos humanos e desenvolvimento social (Petuco, 2020).

Atualmente, a RD pode ser compreendida como uma perspectiva ético-clínico-política de cuidado, que compreende os complexos atravessamentos do homem e as relações que este estabelece com as SPA, intervindo junto ao usuário com subsídios para prevenção do uso “abusivo” ou problemático de SPA (Surjus; Formigoni; Gouveia, 2019, p. 04). Sabendo que o

uso de substâncias psicoativas remete aos primórdios da humanidade e perdura sendo uma questão social e de saúde, revela-se importante conhecer as práticas que norteiam o cuidado às pessoas nesse contexto.

Dessa forma, sabendo a relevância das práticas de redução de danos para a promoção do cuidado nos princípios do SUS, a partir de uma perspectiva biopsicossociocultural do processo saúde-doença e sua relação estreita com as práticas das equipes do CnaR, busca-se entender como os profissionais das eCR compreendem e praticam a redução de danos nesse dispositivo de assistência à saúde num município do Nordeste brasileiro.

2. OBJETIVO

Compreender as concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo é sustentado sob a ótica referencial teórica que se debruça sobre o processo de trabalho em saúde, permitindo compreender a sua organização, neste caso, a partir das concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos. Assim, apresenta-se a seguir o referencial do qual emerge o conhecimento científico e define o vocabulário necessário à compreensão do conteúdo.

Entende-se a partir de Merhy e Franco (2003) que os processos de trabalho em saúde, mesmo que orientados por normas, protocolos e afins, estão sujeitos à subjetividade pela micropolítica desenvolvida nos espaços em que se produz o cuidado em saúde. Dessa forma, cotidianamente as práxis dos sujeitos sociais e políticos envolvidos nessa produção são capazes de definir a organização assistencial dos serviços de saúde ao mesmo tempo que resultam dela.

Ainda para os mesmos autores, Merhy e Franco (2003), a organização dos processos de trabalho é dependente das tecnologias que munem o profissional e da forma que este decide aplicá-las, de modo que estas podem ser classificadas enquanto tecnologias duras quando apresentam parte instrumental ou já estruturada; tecnologias leve-duras, quando possui parte estruturada e parte profissional-dependente; e tecnologias leves, situadas no campo relacional. A importância da elucidação desses conceitos pelos autores, está no entendimento de que não há trabalho em saúde sem o estabelecimento de relações, assim, a

obra traz à tona o conceito de “‘trabalho vivo’ em ato” referindo-se ao trabalho no momento em que este acontece permeado nas relações interpessoais. Enquanto os instrumentos, que já passaram pelo processo de trabalho para sua estruturação, a do bisturi, recebem a designação de “trabalho morto”. A razão entre Trabalho Vivo (TV) e Trabalho Morto (TM) que permeiam um processo de trabalho podem compreender diferentes arranjos tecnológicos, a partir dos quais é possível avaliar a qualidade do cuidado pela Composição Técnica do Trabalho (CTT) desempenhado.

É nesse arranjo explicativo acerca do Trabalho Vivo que pode-se associar os princípios que guiam os cuidados pela estratégia de Redução de Danos, tendo em vista a incorporação de tecnologias relacionais e de acolhimento das demandas do usuário. Assim, os princípios da RD versam sobre apresentar-se como alternativa ao modelo moral e criminal que busca patologizar o uso de SPA e apesar de reconhecer a abstinência como resultado ideal, aceita estratégias que reduzem os danos. Além disso, aborda as problemáticas a partir das mudanças de hábitos mais fáceis e por meio de serviços de baixa exigência, baseando-se no pragmatismo empático (Domanico; 2019, p. 05-14).

É nesse sentido, de conhecer e alinhar recursos tecnológicos disponíveis às demandas do usuário, que torna-se possível produzir os cuidados adequados de forma compartilhada entre profissional e usuário ou até mesmo entre diferentes serviços de saúde. Assim, pode-se pensar num cuidado com maior capacidade de resolução, que seja integral e intersetorial, de modo que o usuário percorra das redes assistenciais junto aos profissionais de saúde, corroborando os princípios e diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (Brasil, 2010).

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Panorama da População em Situação de Rua

O número de pessoas vivendo nas ruas vem se intensificando nos últimos anos e com a pandemia tem se agravado e mostrado que não se restringe apenas às grandes cidades (Sicari; Zanella, 2018). Um estudo intitulado “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil” realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Natalino, 2022) mostra que em 2022, municípios de pequeno e médio porte (até 100 mil habitantes), somam 74.576 PSR. Ainda tem-se que 37,05% das pessoas em situação de rua estão em municípios com mais de

100 mil até 900 mil habitantes, em seguida, municípios com 900 mil habitantes ou mais, registram 36,44% dessa população. Assim, de acordo com Natalino (2022) a PSR no Brasil cresceu aproximadamente 211% entre 2012 e 2022, ultrapassando 281 mil brasileiros em 2022.

Vale ressaltar a heterogeneidade da PSR, com características semelhantes como a ausência de domicílios convencionais regulares e fixos, bem como presença de vínculos familiares fragilizados ou rompidos (Brasil, 2014). E que, com a crise econômica e humanitária, acentuada pela pandemia da Covid-19, tem tendência ao aumento. Com o crescente da PSR, o uso de drogas lícitas e ilícitas é comum e evidente e soma-se aos dados do aumento expressivo do uso de substâncias psicoativas no mundo.

O relatório mundial sobre drogas de 2023 da United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) cita que, em 2021, atingiu-se o aumento de 23% de pessoas usaram drogas em relação à década anterior, ao mesmo tempo, o número de pessoas que sofrem de transtornos associados ao uso registra aumento de 45%. O relatório ainda chama a atenção às desigualdades sociais e econômicas, que aumentam os desafios no entorno das problemáticas das drogas, o que aponta a uma questão carente de ações intersetoriais efetivas e dispositivos de cuidado para o seu enfrentamento (Jorge; Corradi-Webster, 2012; UNODC, 2023). Nessa perspectiva, o Consultório na Rua (CnaR) é considerado um dispositivo de produção de saúde em que sua dinâmica de trabalho ocorre junto às PSR, valorizando o acolhimento e a construção de vínculos (Timóteo et al., 2020).

4.2 Consultório na Rua e RD na consolidação do cuidado integral à PSR

As equipes de profissionais do CnaR (eCR) desenvolvem suas atividades de modo a prestar atenção à saúde integral à PSR em um contexto diferenciado, dinâmico e desafiador, por ser permeado por múltiplas relações de vulnerabilização. Assim, estas equipes são fundamentais para a mitigação das iniquidades e, conseqüentemente, consolidam na prática o direito constitucional de acesso à saúde, bem como atender aos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade (Costa; Lucena, 2018). Desse modo, as eCR tem utilizado um conjunto de estratégias que tem por objetivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adotadas a essas PSR sem que elas tenham que abandonar a prática do uso de drogas (SAÚDE, 2001), e que vem sendo considerada uma perspectiva

ético-clínico-política pautada nos direitos humanos para compreensão e intervenção acerca da problemática do uso ou não de drogas—a redução de danos (RD).

Atualmente a RD é considerada uma estratégia de saúde para tratamento de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas, a fim de oferecer condições menos danosas à saúde, sem necessariamente interferir no consumo do psicoativo, visando à promoção da saúde, da cidadania e dos direitos humanos, de modo que lógica de cuidado não está centrada na abstinência (Domanico, 2019, p. 05-14). Nessa concepção da RD, busca-se o cuidado integral do usuário, além da prevenção e promoção da saúde, bem como possibilita o acompanhamento por meio de diferentes redes e linhas de cuidados, com o objetivo de reduzir danos à saúde. Essa estratégia vem para ajudar a mitigar outros riscos à saúde que podem ser evitados, como por exemplo, as doenças infectocontagiosas transmissíveis por via sanguínea, como é o caso do HIV/aids, hepatites e sífilis. Essa abordagem leva em consideração a complexidade do fenômeno, a diversidade e as particularidades culturais dos usuários, possibilitando, desta forma, uma melhor compreensão da hierarquia de riscos no cotidiano do uso de drogas (Silva; Zilman; Barreiros, 2018).

Desse modo, a estratégia da RD é apontada por profissionais do CnaR como uma finalidade do seu processo de trabalho, apresentando-se como um norteador desse fazer (Costa; Lucena, 2018; Timóteo et al., 2020). De acordo com Silva e Alves (2021), a produção do cuidado norteado pela RD acontece de modo a considerar a subjetividade e a individualidade do sujeito, bem como de promover o autocuidado e a autonomia. Além disso, a RD perpassa pelo horizonte ético pois assume posição radical de valorização da autonomia dos sujeitos na tomada de decisões sobre seus corpos e se responsabilizar sobre eles, além de dispor de inúmeras tecnologias de cuidado que podem ser construídas junto com a pessoa que demanda o cuidado (Machado; Rabello, 2018).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Este é um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo. De acordo com Minayo (2017), a pesquisa qualitativa possui uma natureza distinta e busca a intensidade do fenômeno em sua dimensão sociocultural, que se expressa por meio das crenças, opiniões, costumes, comportamentos e práticas. Os pesquisadores que desenvolvem estudos nessa área

possui como matérias-primas as vivências e experiências da cotidianidade e deve entender que a linguagem, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis (Minayo; Deslandes; Gomes, 2021, p.23).

5.2 Cenário

O cenário do estudo foi a Atenção Primária à Saúde da capital alagoana. De acordo com Plano Municipal de Saúde, Maceió representa, aproximadamente, 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,552 km/m² dividida em 51 bairros, sendo estes, subdivididos em 08 Distritos Sanitários, de acordo com a organização espacial desenhada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a oferta das ações e serviços à população (MACEIÓ, 2017). A Atenção Primária (AP) nesta localidade, do ponto de vista da estrutura organizativa, funciona com 05 gerências para o desenvolvimento das ações e serviços, que são: Gerência de Distritos Sanitários, Gerência de Unidades de Saúde, Gerência de Saúde Bucal e Gerência de Programas Estratégicos.

No estado de Alagoas, somente a capital possui equipes de Consultório na Rua (eCR). Atualmente, os profissionais estão organizados em seis equipes (quatro equipes na modalidade II, uma equipe na modalidade I e outra equipe na modalidade III) e prestam assistência e cuidado à PSR em todos os distritos sanitários da capital com funcionamento nos três turnos. Estas equipes são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, no âmbito da Diretoria de Atenção à Saúde, por meio da Coordenação Geral da Atenção Primária. Cada eCR em Maceió está vinculada a uma unidade de saúde, listadas a seguir: Equipe 1 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Oswaldo Brandão Vilela; Equipe 2 - Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Durval Cortez; Equipe 3 - UBS Walter Lima; Equipe 4 - Unidade de Referência de Saúde Roland Simon; Equipe 5 - UBSF José Araújo; Equipe 6 - Centro de Saúde Dr. Hamilton Falcão.

5.3 Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 21 profissionais do CnaR de Maceió. Destes, sete eram Agentes de Ação Social, cinco Enfermeiros, três Técnicos de Enfermagem, três Psicólogos, um Dentista, um Assistente Social e um Profissional de Educação Física.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Ser um profissional das diversas categorias que compõem o CnaR de Maceió e ter tempo de experiência no trabalho de no mínimo seis meses. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de equipes que solicitaram não participar, os que se encontravam de licença médica, férias ou qualquer tipo de afastamento durante o período de realização da pesquisa.

5.5 Técnica e instrumentos para produção das informações

Como técnica para a produção das informações, foi utilizado o grupo focal (GF). Enquanto os instrumentos foram o gravador de áudio mp3 e um breve questionário para caracterização dos participantes de elaboração própria. No questionário foram solicitadas as seguintes informações: Idade, estado civil, sexo, se possui filhos, ocupação profissional, tempo de trabalho na equipe, tempo de formação profissional e se possui pós-graduação (Apêndice A). O uso da técnica de GF oportuniza a reflexão crítica a respeito do cotidiano, permite a exposição de nuances da complexidade cultural, sendo uma possibilidade de pesquisa qualitativa na área de enfermagem (Ressel *et al.*, 2008).

Os GF foram realizados conforme as etapas que se seguem: 1) Abertura de sessão e apresentação dos participantes entre si, bem como os esclarecimentos dos objetivos e regras da pesquisa; 2) Seguimento dos esclarecimento sobre a dinâmica de discussões grupais com um breve debate livre de ideias e opiniões sobre o tema, sem prejuízo a nenhum participante sobre a sua fala ou ponto de vista; 3) Estabelecimento do setting grupal; 4) Debate propriamente dito onde todos falam, reformulam e, até mesmo, chegam a novas ideias e concepções através da discussão em grupo; 5) Síntese dos momentos anteriores; e, 6) Encerramento da sessão. Os registros dos depoimentos dos grupos focais foram feitos através da gravação de áudio em mp3.

5.6 Produção das informações

A produção das informações aconteceu entre os meses de junho e setembro de 2022. A articulação para a entrada no campo aconteceu por meio de contato via *WhatsApp* com a respectiva apoiadora de cada equipe. Essa é uma característica encontrada no processo de

trabalho das equipes em Maceió. Cada uma delas possui uma profissional intitulada apoiadora, sua função é auxiliar a comunicação dos profissionais das equipes e com a coordenação do CnaR. Então, as apoiadoras das quatro equipes foram eventualmente abordadas para realizar a articulação da entrada no campo.

Após os cumprimentos iniciais, esclarecimentos sobre a pesquisa, leitura e assinatura dos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice B), bem como explicação da técnica, os pesquisadores realizaram os GF. Os pesquisadores perguntaram às apoiadoras quais seriam as melhores estratégias, dias e turnos para a realização dos GF. Quatro equipes optaram por realizar o GF no dia da semana que era destinado para a realização da reunião semanal da equipe. Algumas preferiram que o GF iniciasse no primeiro horário e outras no segundo horário, os pesquisadores atenderam as necessidades das equipes e os grupos foram realizados nos horários acordados, de modo a não interferir no processo de trabalho. Nos dias de realização dos grupos, os participantes foram convidados a responder o questionário de caracterização (Apêndice A) e depois dava-se início a execução da técnica. O roteiro de perguntas para o GF encontra-se no Apêndice A. Duas equipes optaram por não participar da pesquisa, de modo que foram realizados quatro grupos focais, com duração média de 50 minutos, totalizando 21 participantes. Cada grupo focal aconteceu nas salas das UBS em que as eCR são lotadas.

5.7 Procedimento para descrição e análise das informações

A técnica para análise das informações produzidas nos grupos focais foi a Análise Temática (AT) proposta por Minayo que consiste em descobrir núcleos de sentido que emergem do material empírico analisado, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico da pesquisa. A AT se desdobra operacionalmente em três momentos ou etapas: Pré-análise; Exploração do material; e, Tratamento dos dados obtidos e interpretação (Minayo, 2014 p. 315-316).

Neste estudo, a escolha pela AT se deu pela possibilidade de analisar o material empírico da pesquisa, buscando a compreensão das concepções e práticas de profissionais do CnaR acerca da RD. O material empírico de natureza qualitativa foi avaliado e interpretado a partir da perspectiva dos conceitos e fenômenos relacionados à RD, buscando-se, nas comunicações analisadas, os temas relevantes para a elucidação do objeto desta pesquisa. Os depoimentos dos participantes nos grupos focais foram gravados no formato de áudio mp3.

As transcrições foram feitas e revisadas por três pesquisadores independentes (1 vinculado ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem e duas à Escola de Enfermagem).

Para garantir o anonimato dos participantes e sigilo das informações, as falas dos mesmos foram codificadas pela letra P, para “profissional” seguida por números arábicos crescentes para cada profissional entrevistado, conforme exemplos: P1, P2, P3 e assim sucessivamente.

Na etapa inicial de pré-análise, o material qualitativo foi reunido com vistas à uma aproximação e familiarização com o conjunto de comunicações. A partir de um contato direto, intenso e exaustivo, as pesquisadoras foram imersas no material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Logo após, deu-se início a constituição do *corpus* que respondeu algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Minayo, 2014 p.316). Em seguida, com o material qualitativo adequado, definido e validado pelos pesquisadores, avançou-se em direção à formulação de hipóteses e objetivos, mediante a leitura exaustiva do material. Deste modo, possibilita-se a correção dos rumos interpretativos. No momento de conclusão desta etapa, foram determinadas as unidades de registro, bem como foram atribuídas a elas contextualizações para a compreensão e significação.

Na etapa de exploração do material deu-se início ao processo de categorização que consistiu na redução dos textos a partir de palavras e expressões significativas, buscando alcançar o núcleo de compreensão. Então, os depoimentos foram codificados, classificados e agregados em temas. Estas etapas anteriores foram fundamentais para a conclusão do momento analítico com a etapa de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta etapa, inferências e interpretações foram feitas pelo pesquisador interrelacionando-as com o referencial teórico permitindo a construção de explicações acerca do objeto de estudo.

5.8 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Alagoas, a pesquisadora contou com bolsa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas. Também é um desdobramento de uma dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da mesma universidade, demais informações sobre o projeto constam na seção de anexos. O projeto foi apresentado à Coordenação da Área Técnica do CnaR e em

seguida, foi aberto um protocolo solicitando formalmente a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió para sua execução, por meio da assinatura de um termo de anuência. Foram atendidos os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido ao CEP/UFAL, por meio da Plataforma Brasil e aprovado com o número de parecer 5.501.153 e sob o CAAE 57045722.5.0000.5013. O trabalho de campo e produção das informações foram iniciadas após a apreciação ética. A todos participantes foram resguardados os direitos de não participar da pesquisa ou desistir dela a qualquer momento, bem como foram assegurados o sigilo e o anonimato. Antes da assinatura dos TCLE, os participantes tomaram ciência sobre a realização da pesquisa e puderam tirar suas dúvidas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 21 profissionais do Consultório na Rua. Os dados da caracterização estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos profissionais do Consultório na Rua, Maceió, Alagoas, Brasil, 2022, (N=21).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	15	71,4
Masculino	6	28,6
Estado civil		
Solteiro(a)	10	47,6
Casado(a)	5	24,0
União Estável	3	14,2
Não respondeu	3	14,2
Profissão		
Agente de Ação Social	7	33,3
Enfermeiro(a)	5	24,0
Técnico(a) de Enfermagem	3	14,2
Psicólogo(a)	3	14,2
Dentista	1	4,7
Assistente Social	1	4,7
Profissional de Educação Física	1	4,7
Total	21	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A idade dos participantes variou de 26 a 42 anos, com média de 33 anos (DP= 6,08). O tempo de experiência profissional no CnaR variou de 7 meses a 11 anos, com média de 5 anos

e 2 meses (DP= 3,09). O tempo de formação profissional variou de 1 ano e 3 meses a 15 anos, com média de 7 anos e 8 meses (DP= 4,5). Doze participantes afirmaram não possuir formação de pós-graduação (57,1%), sete afirmaram possuir (33,3%) e dois afirmaram estar cursando (9,6 %).

Objetivando a compreensão das concepções e práticas de profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos, partiu-se da obtenção de conhecimento acerca do rigor científico necessário à análise dos dados produzidos para a construção de resultados obtidos. À etapa de análise dos dados produzidos na execução dos GF, identificou-se duas categorias temáticas à luz do referencial teórico adotado, a saber: I. Concepções acerca da redução de danos e II. Tecnologias utilizadas na produção do cuidado.

Concepções acerca da redução de danos

A primeira categoria temática enunciada surge a partir de concepções apreendidas das manifestações dos profissionais do Consultório na Rua acerca da redução de danos. Dentre os discursos, sustenta-se majoritariamente a ideia da **Redução de Danos como a produção do cuidado centrado nas tecnologias leves**, destacam-se as tecnologias relacionais: acolhimento, respeito e vínculo como basilares à redução de danos.

“Redução de Danos pra mim é o olhar para o outro sem julgamento, de igual pra igual, mesmo sabendo que aquela pessoa que está ali, está desprovida das condições básicas, das condições dignas de existência... Estar bem atenta à escuta, à escuta qualificada. Não só ouvir, é você escutar, porque escutar é muito mais intenso que ouvir.” (P8)

“A forma de abordagem, a forma de chegar junto, o acolhimento, redução de danos é tudo isso, né? Uma abordagem diferenciada.” (P3)

“Redução de danos é o respeito, o acolhimento, uma escuta melhor. É nós da equipe sabermos que os nossos usuários têm as próprias escolhas, né? Do autocuidado deles.” (P7)

“É você buscar formas, maneiras de orientar o usuário a fazer uso daquela substância com o mínimo de dano possível ao organismo dele.” (P1)

“Redução de Danos é uma estratégia de saúde muito interessante... Você pode trabalhar essa questão do acolhimento, do vínculo. Você fazer a redução do uso de álcool e outras drogas, isso também no contexto do usuário, na verdade, né? Porque a Redução de Danos, ela vê a pessoa. (P10)

“Eu penso na redução de danos no consultório na rua como um dos maiores nortes no nosso fazer... Não dá para trabalhar no consultório na rua sem ter esse pilar... O consultório na rua é redução de danos mesmo.” (P16)

“Não é querer impor... Mas propor algumas atividades, de habilidades profissionais que alguns têm melhor. Como o AAS 3 toca, a ASS 4 faz artes, o PEF 1 faz esporte, e a partir daí conseguir reduzir o dano, sem impor, respeitando.” (P5)

De modo geral, as falas corroboram o princípio do cuidado voltado à pessoa, a qual é autodeterminante e inserida em um contexto de vulnerabilidade, que para ser compreendido necessita de acolhimento e vínculo ao serviço. Sendo o Consultório na Rua a principal “porta de entrada” à Atenção Primária à Saúde (APS) para as pessoas que estão em situação de rua, é de extrema relevância que práticas voltadas ao acolhimento, vínculo e respeito dos usuários estejam presentes na produção do cuidado. Nesse sentido, um estudo (Jesus; Lisboa, 2022) revela que as produções do cuidado voltadas à RD para as pessoas em situação de rua, almejam a inclusão dos usuários no plano terapêutico e conseqüentemente buscam prover autonomia com o estímulo das práticas de autocuidado.

Não obstante, as práticas de acolhimento e vínculo, além do cuidado compartilhado e colaborativo dentro das eCR estão estreitamente alinhadas à Política Nacional de Humanização (PNH), a qual é instituída com a finalidade de garantir uma produção de saúde que ocorre nos princípios SUS (Brasil, 2013). Vale citar que, ainda de acordo com a PNH, o acolhimento é um valor que deve ser feito coletivamente a partir do reconhecimento de que as demandas expressas pelos usuários são válidas, sendo necessário envolver no processo de trabalho a construção de relações que busquem o vínculo entre as partes envolvidas (Brasil, 2013).

Além disso, a característica singular das eCR, em que os profissionais atuam simultaneamente nos territórios, corresponsabiliza os agentes cuidadores, incluindo o usuário, além de tornar comum a construção de cuidados interprofissionais que ocorrem transversalmente ampliando o plano terapêutico. Engstrom *et al.* (2019) discursam a respeito da potência do trabalho interprofissional, em conjunto, como um meio para mitigar as práticas de produção do cuidado voltadas ao modelo biomédico e, ao invés disso, estar associada ao modelo biopsicossocial acerca do processo saúde-doença.

São capturadas também, concepções da **RD como ampliação de vida**, estando sumariamente associadas à ampliação das possibilidades de escolha do usuário e conseqüentemente à ampliação da vida. Neste contexto, estão ligadas aos comportamentos

dos indivíduos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, à adequação do tratamento medicamentoso para doenças crônicas transmissíveis ou não transmissíveis e/ou às demais relações que permeiam a interação indivíduo-droga.

“Você pode vivenciar o uso de drogas e ter uma qualidade de vida fazendo parte da redução de danos, trazendo isso (a redução de danos) para dentro da sua realidade.” (P2)

“Se a gente conseguir melhorar o indicador da TB (tuberculose), HIV, se a gente conseguir fortalecer o tratamento, digamos assim de um usuário, nesse sentido, pra mim pode ser um aspecto da redução de danos.” (P8)

“Uma realidade da gente, o hidroclorotiazida, diurético, quantos usuários eu já peguei tomando à noite? E passam a noite levantando, comprometendo o sono... Fazer a orientação de tomar pela manhã é redução de danos.” (P16)

“Existem outras situações que o usuário pode estar que vai levar ele ao prazer, como estar tocando, estar dançando, estar numa praia, estar em qualquer lugar... Eu digo muito que redução de danos é uma troca, como por exemplo, alguém está usando uma substância, vamos ofertar trocar por isso, trocar por aquilo.” (P3)

“E a redução de danos não é só voltada ao uso de álcool e outras drogas, é um conjunto de prevenção de ISTs, de TB, essas coisas, comportamentos de risco.” (P1)

“Quando a gente explica a gente está reduzindo danos, porque é aquela coisa: se dez usuários fazem uso do mesmo cachimbo e dos dez usuários um tem TB, todos terão e se eu ensino uma forma de uso que vem a ser menos agressiva, eu estou fazendo com que aquele usuário cuide da saúde dele e da saúde do outro.” (P3)

Percebe-se nestas concepções, falas que dialogam com a percepção do profissional do CnaR sobre Qualidade de Vida (QV), neste sentido, à Organização Mundial da Saúde, “Qualidade de Vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, [20--?], tradução nossa). Por vezes, a PSR traz concepções sobre saúde relacionadas a viver ou resistir diariamente, já sobre doença, este a relaciona com o fato de estar debilitado ou incapacitado de realizar tarefas (Jesus; Lisboa, 2022). Dessa forma, pode-se afirmar que as concepções dos profissionais sobre práticas de redução de danos que fomentam a adesão ao tratamento, realização de atividades de lazer, prevenção de infecções, dentre outras, promovem ampliação de vida desses sujeitos.

O conceito de RD como ampliação de vida, emerge dos desdobramentos que Lancetti (2008) traz acerca das práxis no contexto da Redução de Danos, as quais extravasam o

simples alvo de mitigar os efeitos nocivos pelo uso de SPA. A partir disso, o autor apresenta questões em torno da produção de subjetividades, as quais acontecem no processo de significação da redução de danos pelo indivíduo. Desse modo, a partir da tomada de consciência dos usuários sobre o processo em que estão inseridos e consequente atribuição de sentido ao praticar redução de danos, a RD configura-se em sua complexidade “[...] menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida” (Lancetti, 2008).

Além disso, observa-se o fazer ético no cuidado à PSR a partir dos preceitos da RD, de modo que encontram-se estratégias no trabalho em ato para que o usuário possa reduzir os danos pelo uso da SPA, seja aderindo aos hábitos como ingesta hídrica ou mesmo estimulando este a participar de atividades de lazer que sejam alternativa ao uso problemático. Soma-se ainda, o estímulo à adesão ao tratamento de doenças crônicas transmissíveis e/ou não transmissíveis, de modo que são oferecidas alternativas de abordagem comportamental para a melhoria da rotina dessas pessoas, como o foco na qualidade de sono ao usuário que faz uso de medicamento diurético (Silva; Zilman; Barreiros, 2018).

Tem-se ainda, a associação da **RD como meio para mitigar os riscos e danos biopsicossociais**, estes relatos possibilitam o entendimento de que a redução de danos não se trata de estratégias prontas, mas que nascem durante o cuidado singular quando faz sentido a quem é cuidado, tornando-se somente assim uma estratégia que amplia os recursos terapêuticos disponíveis à pessoa que faz o uso da substância.

“Para mim, redução de danos eu vejo como a porta de saída do uso abusivo... O estopim para porta de saída do uso de substâncias é começar com a redução de danos.” (P2)

“Redução de danos não é só orientar em como fazer o uso de alguma substância... A gente fica tentando orientar e às vezes não funciona essa redução de danos de protocolo mas aí a gente faz um batuque, que eu chamo de redução de danos também, no momento que está tocando, está diminuindo o uso. E sempre que termina de tocar, o usuário toma uma água por estar muito cansado.” (P6)

“Como redução de danos temos a arte... Conversando e dialogando sobre o uso abusivo. Falando sobre a questão da água, tudo isso.” (P10)

“Muito usuário de álcool diz que não vai beber água porque vai dar cirrose, então, para gente adentrar nessa questão cultural... De fazer com que as pessoas mudem o modo de fazer o uso de alguma substância, é quebrando aquilo que elas acreditam, aquilo que é cultural. Acho que talvez tenha outras formas, outras estratégias de estarmos lá, como o futebol, o batuque.” (P5)

Na lógica dos discursos acima, estudos (Domanico, 2019, p. 05-14; Ribeiro; Bellini Júnior, 2020) corroboram as práticas nos princípios da redução de danos com o teor de baixa exigência, onde não são estabelecidas condições que possam ser tomadas como barreiras pelo usuário, fato que melhora adesão ao plano terapêutico. Ademais, produzir cuidados que vão além do contexto da abstinência e da alta exigência, estimulam a criatividade do profissional e do usuário a idealizar ou criar meios e alternativas que sejam viáveis de acordo com as necessidades e possibilidades deste em seu cotidiano.

Por fim, ainda quanto às concepções acerca da redução de danos tem-se, a partir da discussão de alguns profissionais, **como a garantia de direitos à População em Situação de Rua (PSR)**, sendo esta a principal sujeita ao cuidado pelas equipes do CnaR.

“Nem todo mundo que está na rua é pessoa em situação de rua... as pessoas fazem os furtos e quem leva a culpa é o morador de rua... Acho que precisava ter essa conversa até com os outros serviços, principalmente com a polícia para que eles entendessem que aquilo não é uma doença, aquilo é uma problemática, um problema de saúde que é vivido no município ou nacionalmente.” (P3)

“A gente recebeu uma demanda da UPA para atender um usuário que estava na porta... O SAMU já tinha levado esse usuário para essa mesma UPA que atendia de qualquer jeito, quando voltamos lá, vimos que ele estava muito debilitado e precisava de atendimento de novo... A UPA não tinha o prontuário dele, teve que fazer, não sabia o nome dele, a gente teve que garantir o acesso dele lá, só saímos de lá quando ele foi atendido e encaminhado para o Hospital Psiquiátrico. Isso eles poderiam fazer sem chamar a gente.” (P1)

“Também é uma estratégia de redução de danos não ofertar só um trabalho técnico mas entender que às vezes a gente vai lutar por uma garantia de direito que está sendo violado constantemente, é bem desgastante mas às vezes é preciso, sabe?” (P6)

Capturam-se nos relatos acima as situações de desamparo social e violação de direitos desses cidadãos, de modo que, emerge no cuidado a este público de necessidades complexas a demanda por uma ampla frente de atuação guiada pela intersetorialidade. No entanto, o objetivo da intersetorialidade não depende somente da equipe prestadora de cuidados, sendo essencial o comprometimento dos diversos setores em incluir as diversas realidades e necessidades em seu planejamento (Wijk; Mângia, 2017).

Nesse sentido, o CnaR como componente de entrada aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), funciona em muitas ocasiões como o mediador para acesso aos serviços de saúde da rede, mas, em decorrência dos estigmas e preconceitos estende essa mediação aos

demais serviços em que esse público é violentado e vulnerabilizado (Brasil, 2011b; Wijk; Mângia, 2017). Fica evidente que não bastam as políticas voltadas à essa população para a garantia de direitos, a exemplo da PNPSR, sendo necessário prover capacitação de pessoas e provimento de recursos ao atendimento adequado para mitigação de tais violações.

Tecnologias utilizadas na produção do cuidado

A presente categoria debruça sobre as práticas das equipes de Consultório na Rua a partir dos relatos dos processos de trabalho no cuidado à PSR. Apreende-se enfaticamente o **uso de tecnologias leves na produção do cuidado**, as quais emergem no trabalho em ato e em função dele próprio. Dentre as tecnologias que permeiam a relação profissional e usuário tem-se o vínculo terapêutico, a oferta da rede, a roda de conversa, o respeito, o lazer e as artes, captura-se ainda o senso de autonomização de quem é cuidado, pelo processo de conscientização.

“Um exemplo bem claro, é do usuário nosso que queríamos que ele fosse pro CAPS e ele nunca aceitava, até que ele disse que só iria se bebesse uma dose e não pensei duas vezes... Para mim aquilo foi uma Redução de Danos.” (P7)

“A gente conscientiza essa pessoa em tudo, ela precisa fazer exames pra gente dar uma continuidade no acompanhamento... Se ela não tiver essa autonomia... Não consegue fazer nada, a gente não vai conseguir a outra parte, né? que é ela cuidar dela também... (P13)

“A partir do momento que eu percebo que o usuário tem aquela identificação comigo, vai ser uma forma mais fácil de eu fazer qualquer tipo de abordagem com ele de conscientização para redução de danos... O vínculo terapêutico é um ponto forte.” (P2)

“Ofertar a rede de assistência... A conversa, a oferta do cuidado, deixar claro o objetivo do trabalho em si do consultório na rua... Muitas vezes o usuário é excluído, sofre preconceito e dificulta o acesso... Explicar que ele também pode, que ele é também importante, explicar como funcionam os serviços de saúde.” (P8)

“Roda de conversa é uma das coisas fundamentais, a equipe pensa numa atividade e paralisa a rapaziada, se você consegue paralisar um grupo de usuários de crack, faz uma redução de danos.” (P4)

“Uma estratégia é a arte, a música, o futebol, é o esporte, para tentar reduzir o dano, promover a saúde e ofertar algo que seja um lazer, é uma coisa diferente para eles.” (P5)

“Um exemplo de Redução, era o grupo de percussão, o Batuque Mundaú e a gente fazia os ensaios com roda de conversa... Naquele tempinho que a gente estava com eles, estávamos praticando a redução de danos.” (P19)

“À medida que você respeita a pessoa como ela é, do jeito que ela quer fazer o uso, ela se sente acolhida, então você consegue fazer um vínculo e assim você consegue abrir várias possibilidades de estratégias.” (P16)

As manifestações acima expõem as práticas diuturnas que majoritariamente compõem o processo de trabalho destes profissionais, de modo que revela o cerne da produção do cuidado no CnaR composto por práticas que vão ao encontro da PNH. Ao mesmo tempo, os discursos evidenciam que os princípios da RD alinham-se aos pressupostos de uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves, sendo a RD relevante para subsidiar o cuidado centrado nas necessidades dos usuários, pautado nos direitos humanos, validando suas escolhas e assim reforçando a autonomia e autodeterminação (Souza, 2019).

Em seguida, surgem as citações do **uso de tecnologias leve-duras na produção do cuidado**, por sua vez, relacionadas à necessidade do conhecimento técnico para o cuidado singular e, que parte das atitudes e práticas de cada profissional em consonância com o usuário e a promoção de sua autonomia. Evidencia-se que os argumentos dialogam sobre troca de saberes a partir dos verbos orientar, conversar, escutar, explicar e levar informação; não obstante, também são citadas as realizações de procedimentos que facilitam a aproximação com o usuário; a ancoragem política das práticas de RD; e a necessidade de atualização técnica para a prática adequada.

“Levar informação e escutar como ele faz o uso daquela substância... Porque eu tenho uma base, de como se usar e de como não usar, mas pode ter a base dele também. Às vezes eu posso levar informação e ele pode trazer uma também, que aí gente tem essa troca.” (P14)

“Orientar os usuários de álcool que compartilham copo, para que eles não compartilhem, pelo risco de Tuberculose, que a gente vê muito nos grupos. O usuário de crack na lata, ela esquenta e fere a boca e aí pode transmitir... IST's, HIV, Hepatite.” (P5)

“Eu vejo muito a enfermagem fazendo a escuta, não é só o curativo. Eu vejo a P8 e a P5 fazendo a escuta e não tem como dizer assim: “gente, acelera aí”, porque elas ficam ali (realizando o curativo), muito tempo de orientação.” (P10)

“É ali que puxo as coisas... Não é só a pressão (aferição da Pressão Arterial), ali eu vejo se ele está com alguma DST” (P21)

“No consultório a redução de danos é uma estratégia mas que ela é tanto política quanto prática, né? No cotidiano a gente fica mais focado nessa parte da prática, mas ela também é política. Até na nossa visão enquanto serviço... Essa visão política de não ter sempre o foco da abstinência, né? Sempre nessa visão que o P14 falou de reduzir os danos e não de ser algo proibicionista, né?” (P13)

“A gente tem que aprender para trazer novas técnicas para que também não seja algo que venha a prejudicar de uma forma contínua a saúde...” (P3)

A partir disso, podemos observar que as falas remetem ao conhecimento que permeia a relação entre usuários e profissionais, sendo assim, pode-se compreender tal relato como a troca de saberes e a construção de conhecimentos que emergem na produção do cuidado. Dessa forma, compreende-se que apesar da aplicação de tecnologias leve-duras, estas perpassam uma relação alicerçada no vínculo, na empatia, no respeito à vivência que construiu os saberes dos usuários (Merhy; Franco, 2003).

Por fim, captam-se as práticas pelo **uso de tecnologia dura na promoção do cuidado**. São frequentes as citações de itens com a finalidade de uso para redução de danos, como o mel, a água, os preservativos, o cachimbo, no entanto, as associam ao emprego de tecnologias leves e leve-duras, evidenciando a composição técnica do trabalho em seu cotidiano.

“Haviam usuários no semáforo que a gente dava os cachimbos para eles para usar não compartilhar com o outro, por causa da infecção cruzada e o povo dizia ‘Ah está incentivando a usar drogas’ mas não é incentivando, é fazendo redução de danos daquele usuário.” (P21)

“A gente parou mais, mas a gente chegava no campo, sentava e confeccionava o cachimbo com o usuário, eu acho isso a coisa mais linda, é uma forma segura e preventiva.” (P3)

“Logo quando começou o consultório na rua, se trabalhava com vários insumos... A seda... O mel e a água. Porque na rua, como as pessoas fazem muito uso de álcool, acho que daí deve baixar a glicemia, alguma coisa parecida, e isso ajudava a animar, assim.” (P1 e P3)

“A distribuição da água, do cachimbo, camisinha, do lubrificante.” (P10)

“Água... Camisinha, Mel... Cachimbo.” (P21, P16, P3)

“A gente dá água, dá orientações, enquanto está bebendo a água dá uma pausa, até mesmo a gente está ali conversando com eles, chega a conversar de cinco a dez minutos, ali ele já parou de beber, então já é uma redução de danos.” (P14)

“Antigamente a gente dava o protetor labial.” (P11)

“É a distribuição de preservativos, que é uma das coisas que a gente mais faz, que é uma redução de danos e traz um impacto enorme.” (P16)

Sabe-se, de acordo com Merhy e Franco (2003), que a produção do cuidado pode por vezes exigir a hegemonia de tecnologias duras e, nestes últimos discursos, avalia-se que a oferta das tecnologias duras é precedida por estratégias como a orientação, ou mesmo envolve o ato de construir coletivamente, numa espécie de oficina. Tais processos munem o usuário de conhecimento, tornando-o gradativamente possuidor de uma autonomia segura, que seja capaz de amenizar os danos e riscos à sua saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo foi possível atingir objetivo de compreender, sob a ótica dos conceitos em Redução de Danos e das tecnologias envolvidas no Processo de Trabalho para a Produção do Cuidado em Saúde, as concepções e as práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca da Redução de Danos. Sendo essas práticas as tecnologias utilizadas no processo de trabalho, de modo que o profissional por vezes pode ser compreendido como uma tecnologia.

Para os profissionais, as concepções acerca da redução de danos estão principalmente relacionadas com: acolhimento, respeito e vínculo, o que revela a Redução de Danos como a produção do cuidado centrado nas tecnologias leves. Emerge também a relação da RD à ampliação das possibilidades de escolha do usuário, processo que está interligado à ampliação de vida pela complexidade que envolve a subjetividade e atribuição de sentido e significado pelo indivíduo no processo de reduzir danos.

Não obstante, ao discursar sobre a organicidade das estratégias na promoção do cuidado, as eCR citam a RD como meio para mitigar os riscos e danos biopsicossociais, de modo a ampliar os recursos terapêuticos ao usuário. As concepções ainda estão relacionadas à garantia de direitos à População em Situação de Rua, que por vezes relacionam-se às práticas profissionais que vão além dos protocolos e exigem das capacidades empáticas dos integrantes das eCR.

Sobre as práticas dos Profissionais do CR acerca da RD, têm-se as tecnologias utilizadas na produção do cuidado, considerando as tecnologias elencadas por Merhy e Franco, os profissionais discursam majoritariamente acerca do uso de tecnologias leves. Nesse

sentido, as tecnologias levez citadas são: a promoção do vínculo terapêutico, a oferta da rede, a roda de conversa, o respeito, o lazer e as artes. Quanto ao uso de tecnologias leve-duras, as práticas de RD relacionam-se a: orientar, conversar, escutar, explicar e levar informação, além de realizações de procedimentos que facilitam a aproximação com o usuário e a necessidade de atualização técnica para a prática adequada.

Por fim, dentre as práticas em RD também faz-se o uso de tecnologias duras, nesse sentido emergem práticas como a distribuição de itens como o mel, a água, os preservativos, o cachimbo. Observa-se que essa distribuição de itens é facilitadora da aproximação do profissional ao usuário e ainda assim, o processo permeia o emprego de tecnologias leves e leve-duras à conferência de conhecimento do usuário sobre o autocuidado, evidenciando que as práticas de Redução de Danos no Consultório na Rua são indissociáveis das tecnologias leves.

Por tanto, conceitos que partem da micropolítica permitem compreender como o paradigma ético-clínico-político da Redução de Danos associa-se à perspectiva do “Trabalho vivo” e como as práxis do CnaR relacionam-se de forma orgânica à hegemonia de tecnologias leves, ao passo que o cuidado emerge em função e com o usuário. Dessa forma, disseminar os conhecimentos e práticas em RD favorecem a sua implantação nos diversos serviços de saúde, e tal ato tem sua validade tomando como referência o princípio da PNAB em atuar nessa perspectiva (Brasil, 2011a).

Ademais, é relevante salientar o protagonismo de movimentos de Redução de Danos as lutas para oferta do cuidado universal às pessoas que vivem com HIV, Tuberculose, Hepatites Virais e outras infecções, assim como esteve junto às lutas antimanicomiais e pelos direitos humanos, de modo que atravessa múltiplas redes de cuidado (Petuco, 2020) e assim, historicamente, coopera para a construção de um SUS que dá certo.

REFERÊNCIAS

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. Diário Oficial da União. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 01 ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de Outubro De 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html#:~:text=Redefine%20e%20amplia%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,SUS%2C%20e%20d%C3%A1%20o%20provid%C3%AAscias. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS**. [Anexo à Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010]. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, 2014. 38p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf. Acesso em:

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 União. Brasília, 2012.

COSTA, M. I. S.; LUCENA, F. S. Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua: um olhar sobre a estratégia do Consultório na Rua. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 10, n. 1, p. 65–84, 2022. DOI: 10.5016/ridh.v10i1.126. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/126>. Acesso em: 15 ago. 2023.

DOMANICO, A. História, Conceito e Princípios de Redução de Danos. *In: Redução de Danos: Conceitos e Práticas - Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil*. São Paulo: UNIFESP: 2019. p. 05-14. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf. Acesso em: 05 Ago. 2023.

ENGSTROM E. M.; LACERDA, A.; BELMONTE, P.; TEIXEIRA, M. B. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 7, pp. 50-61, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A. MELO, G. B. DE. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00070515, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFxfvKMVvyktRShXZrDHH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2023.

JESUS, A. A. S.; LISBOA, M. S. Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 11, p. e3939. 2022. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.2022.e3939>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/3939>. Acesso: em 14 ago. 2023.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde Transform. Soc.**, Florianopolis , v. 3, n. 1, p. 39-48, jan. 2012 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2023.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 127p. ISBN 85-271-0711-2.

LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 11, n. 2, p. 33-41, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100200164>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200005&lng=pt&nrm=iso

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021**. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017. Disponível em:

<https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>. Acesso em: 05 Ago. 2023.

MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E. T. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2019, v. 28, n. 04, e280413. 2019. ISSN 1809-4481. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>. Acesso em: 05 ago 2023.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, M. C. S (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ed. São Paulo: Huciteq, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7429265/mod_resource/content/1/amostragem%20e%20saturac%CC%A7a%CC%83o%20pesq%20qualitat%20Minayo%202017.pdf. Acesso em: 05 de Ago. 2023.

NATALINO, M. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022). **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**. Nota Técnica. Brasília, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/1/NT_Estimativa_da_Populacao_Publicacao_Preliminar.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHOQOL: Measuring Quality of Life**. Genebra: OMS. 20--?. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. Acesso em: 28 Ago. 2023

PETUCO, D. As três ondas da redução de danos no Brasil. In: **Drogas & 30 Anos de Redução de Danos**. São Paulo, BIS. Boletim do Instituto de Saúde: 2020. v. 21, n. 2, p. 94–103. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34622%20>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34622>. Acesso em: 28 de Ago. 2023.

RESSEL, L. B.; BECK, C. L. C.; GUALDA, D. M. R.; HOFFMANN, I. C.; SILVA, R. M. DA .; SEHNEM, G. D. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.**. Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nzznnfzrCVv9FGXhwnGPQ7S/?lang=pt#>. Acesso em: 05 de Ago. 2023.

RIBEIRO, M. M.; BELLINI JÚNIOR, A. C. Conceito de redução de danos em políticas públicas relacionadas a drogas. In: **Drogas & 30 Anos de Redução de Danos**. São Paulo, BIS. Boletim do Instituto de Saúde: 2020. v. 21, n. 2, p. 32–39. DOI:

<https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34615>. Disponível em:
<https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34615>. Acesso em: 28 de Ago. 2023.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2018, v. 38, n. 4 pp. 662-679. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>>. ISSN 1982-3703.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>. Acesso em: 10 Ago. 2023.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S. LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**. 2014, v. 30, n. 4, pp. 805-814.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/hms3nnTsGgFhCXdP4kQ9mfN/?lang=pt#>. Acesso em: 15 ago. 2023.

SILVA, M. M.; ALVES, R. B. Estratégias de cuidado desenvolvidas por profissionais da rede de atenção psicossocial diante do uso de substâncias psicoativas. **Rev. Psicol. Saúde**. Campo Grande, v. 13, n. 3, p. 145-159, set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1529>. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 ago. 2023.

SILVA, N. G.; ZIHLMANN, K.; BARREIROS, G. B. Prevenção Combinada ao HIV/AIDS e Redução de Danos: políticas públicas que sustentam a oferta de um cuidado mais efetivo e sensível às possibilidades e necessidades das pessoas atendidas. **DROGAS E DIREITOS HUMANOS: Protagonismo, Educação entre Pares e Redução de Danos**. São Paulo. 2018. Disponível em:
https://edelei.org/wp-content/uploads/2019/04/E-book-Drogas_Direitos_Humanos_final-1.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

SOUZA, T. P. Das Práticas em Redução de Danos à Redução de Danos nas Práticas. *In: Redução de Danos: Conceitos e Práticas - Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil*. São Paulo: UNIFESP: 2019. p. 16 - 29. Disponível em:
http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf. Acesso em: 05 Ago. 2023.

SURJUS, L. T. L. S.; FORMIGONI, M. L. O. S.; GOUVEIA, F. *In: Redução de Danos: Conceitos e Práticas - Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil*. São Paulo: UNIFESP: 2019. p. 04. Disponível em:
http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

TIMÓTEO, A. V. G.; SILVA, J. V. S.; GOMES, L. K. G.; ALVES, A. S. S.; BARBOSA, V. M. S.; BRANDÃO, T. M. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2757>. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2757>. Acesso em: 15 ago. 2023.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas

ilícitas. **United Nations Office on Drugs and Crime**. Vienna. 2023. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2023-d-o-unodc-alerta-para-a-convergencia-de-crisis-e-contnua-expanso-dos-mercados-de-drogas-ilcitas.html>. Acesso em: 15 ago. 2023.

WIJK, L. B. V. MÂNGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde em Debate**. 2017, v. 41, n. 115, pp. 1130-1142. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mwFQQdjYnxB6wtnBzP3jKPn/>. Acesso em: 29 Ago. 2023.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 6023**: informação e documentação: referências e elaboração. Rio de Janeiro, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos e apresentação. Rio de Janeiro, 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Quadros de caracterização dos participantes e do roteiro do grupo focal.

Quadro 1- Caracterização dos participantes da pesquisa.

Questionário para caracterização dos participantes	
Grupo Focal:	Data da realização:
Idade:	Estado civil:
Sexo:	Possui filhos:
Ocupação profissional:	Tempo de trabalho na equipe:
Tempo de formação profissional:	Possui pós-graduação? Se sim, qual (is):

Quadro 2- Roteiro de perguntas para o Grupo Focal.

REDUÇÃO DE DANOS	
01	Em suas palavras, o que é Redução de Danos?
02	Como você compreende a Redução de Danos no contexto do Consultório na Rua?
03	Você conhece quais são os dispositivos jurídicos que respaldam o trabalho da Redução de Danos?
04	Para você, qual é a principal estratégia de Redução de Danos no cuidado à pessoa em situação de rua?
05	No seu cotidiano de trabalho, quais as práticas de Redução de Danos que você implementa?
06	Quais são as potencialidades de trabalhar na perspectiva da redução de danos?
07	Quais insumos você conhece que podem auxiliar as pessoas em situação de rua a reduzir os danos e riscos relacionados ao uso de drogas?
08	Você conseguiria pontuar barreiras, fragilidades e/ou dificuldades para o desenvolvimento de práticas e estratégias de Redução de Danos no contexto do Consultório na Rua?
09	Complete a sentença: A redução de danos no contexto da população em situação de rua deveria:
10	Na sua visão, há uma relação entre o cuidado seguro e a redução de danos? Qual?

Fonte: Elaboração própria.

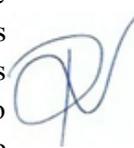
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.).

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

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DO CUIDADO SEGURO”**. A pesquisa está sob responsabilidade dos pesquisadores: Nemório Rodrigues Alves, mestrando em enfermagem pela Escola de Enfermagem (EENF-UFAL) orientado pela docente Prof.^a Dr.^a Patrícia de Carvalho Nagliate (EENF/UFAL). A seguir estão as informações da pesquisa com relação a sua participação.

- 1. O estudo se destina** a compreender as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro.
- 2. A importância deste estudo** consiste na compreensão de quais concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua que estão amparadas no cuidado seguro à pessoa em situação de rua e assim contribuir com a qualidade do cuidado prestado.
- 3. Os resultados que se desejam alcançar são:** Espera-se que esta pesquisa possa suscitar reflexões acerca do cuidado seguro e das práticas de Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Além disso, serão fomentadas ações de Educação Permanente em Saúde com promoção de práticas de problematização do processo de trabalho em consideração à melhoria da qualidade dos serviços e ações que são ofertadas. Ademais, aspira-se que os profissionais possam construir conhecimentos e estratégias para mitigação de riscos e danos relacionados à assistência.
- 4. A coleta de dados acontecerá da seguinte forma:** Como técnicas para a coleta de dados, serão utilizadas a observação participante do tipo observador-como-participante e o grupo focal. A observação participante acontecerá por meio da ida ao campo de prática dos profissionais. Cada equipe do Consultório na Rua será visitada durante 3 turnos de 6 horas. O roteiro para observação participante foi construído com base no instrumento “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para a Atenção Primária”. Os dados da observação serão registrados no diário de campo. Os grupos focais (GF) serão realizados conforme as etapas que se seguem: 1) abertura de sessão e apresentação dos participantes entre si, bem como os esclarecimentos dos objetivos e regras da pesquisa 2) Seguido dos esclarecimento sobre a dinâmica de discussões grupais que será um debate livre de ideias e opiniões sobre o tema, sem prejuízo a nenhum participante sobre a sua fala ou ponto de vista, 3) estabelecimento do setting grupal, 4) debate propriamente dito onde todos irão falar, reformular e, até mesmo, chegar a novas ideias e concepções através da discussão em grupo 5) síntese dos momentos anteriores e 6) encerramento da sessão. O setting grupal compreenderá um conjunto de procedimentos pactuados no grupo para organizar e possibilitar o processo grupal quanto a: horário dos encontros, pontualidade, assiduidade, saídas antecipadas, respeito às ideias, opiniões, valores e crenças dos participantes, caráter confidencial das discussões, dentre outros, conforme indicado por Dall'Agnol e Trench (1999). Os registros dos grupos focais serão feitos através da gravação de áudio em mp3 dos momentos de diálogo. A descrição dos resultados constará de transcrição das informações coletadas com registros das falas na íntegra ordenadas mediante narração e discussão. Os dados coletados serão analisados a partir do referencial teórico hermenêutico-dialético proposto por Habermas, Gadamer e




Minayo. Os resultados serão discutidos com base nos referenciais encontrados na literatura que versam sobre a temática.

5. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: Possíveis constrangimentos ao expor seus conhecimentos prévios, concepções e vivências pessoais; incômodo ao falar de situações confidenciais, cansaço e preocupação com o tempo despendido durante a coleta de dados durante o período de trabalho.

6. Que os pesquisadores adorarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: para minimizar os desconfortos citados no item 5, a pesquisa contará com o apoio da coordenadora das equipes do Consultório na Rua, no que se refere a escolha do melhor dia e horário para acontecer a coleta de dados, de modo que a interferência na dinâmica do trabalho laboral, seja mínima. Todo material coletado será arquivado em um HD externo de uso exclusivo dos pesquisadores. Havendo o cansaço e o tédio será proposto ao grupo novo dia e horário para a continuidade da coleta. Antes de iniciar a coleta dos dados, será acordado um tempo limite para o desenvolvimento da atividade.

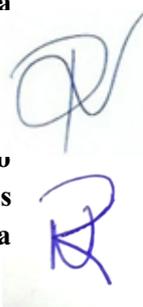
7. Você poderá contar com a seguinte assistência: diante de algum desconforto inesperado, os pesquisadores suspenderão a observação participante ou o grupo focal e darão apoio emocional, podendo remarcar para outra data, se assim você concordar. Acredita-se que você se sentirá confortável para compartilhar suas concepções e práticas, uma vez que os momentos serão previamente acordados com você. Sendo os responsáveis principais os pesquisadores Profa. Dra. Patricia de Carvalho Nagliate e o Enfó. Esp. Nemório Rodrigues Alves. Ainda, tem-se o apoio da área técnica do Consultório na Rua de Maceió e da Secretaria Municipal de Saúde que darão ciência e concordarão com a realização desta pesquisa no setor. Se caso seja identificado qualquer alteração no estado da saúde físico e/ou mental do participante esse será encaminhado aos serviços oferecidos pela rede de atenção do município em parceria com a universidade: serviço de atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) / Instituto de Psicologia do Campus A. C. Simões ou a Unidade Docente Assistencial Prof. Gilberto de Macedo (UDA) - UFAL.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não lhe atinja diretamente, são: Esta pesquisa contará com benefícios diretos, indiretos, imediatos e posteriores. Trará contribuições para os profissionais do Consultório na Rua no tocante à possibilidade de refletir acerca do cuidado seguro e das práticas de Segurança do Paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Conseqüentemente, a População em Situação de Rua que recebe os cuidados das equipes será beneficiada, uma vez que os profissionais terão mais conhecimento e habilidade no tocante a estratégias para mitigação de riscos e danos relacionados à assistência. Ademais, serão fomentadas ações de Educação Permanente em Saúde com promoção de práticas de problematização do processo de trabalho tendo em consideração a melhoria da qualidade dos serviços e ações que são ofertados.

9. Você será informado(a) do resultado final do projeto: por meio digital de sua escolha (E-mail, WhatsApp, outros) e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

10. Você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo pessoal e/ou profissional.

11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa. Reforçamos que será garantido o sigilo anonimato de todos os participantes, sendo que os mesmos serão identificados pela primeira letra da ocupação a que pertence na equipe de saúde. Exemplo: E1: Enfermeiro(a) 1; T Técnico de enfermagem 1; AS1: Agente Social 1; e assim sucessivamente. Caso seja necessário expor sua participação, essa apenas ocorrerá mediante sua autorização prévia. A divulgação dos resultados da pesquisa só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto preservando a todo instante seu anonimato.



12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
13. Você será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa, desde que comprovado por meio de nexo-causal.
14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os responsáveis pela pesquisa.
15. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone (82) 3214-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científico que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está baseado nas diretrizes éticas brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares).

Eu....., tendo 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 implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N
 Complemento: Tabuleiro do Martins
 Cidade/CEP: Maceió/AL. 57075-470.
 Telefone: (82) 3214-1155
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem
 Telefone para contato de urgência/WhatsApp Profa. Patrícia: (82) 99999-1955
 Email: patricia.nagliate@eenf.ufal.br
 Telefone para contato de urgência/WhatsApp Enfo. Nemório: (82) 99932-4946
 Email: nemorio_rodrigues@hotmail.com

Contato de urgência do (a) participante:

Sr(a).
 Endereço:
 Complemento:
 Cidade/CEP:
 Telefone:
 Ponto de referência:

Endereço da equipe da pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Campus A.C. Simões
 Complemento: Tabuleiro do Martins
 Cidade/CEP: Maceió -Al / 57072-970
 Telefone: (82) 3214-1171
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem - EENF/UFAL

Contato de urgência:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n Campus A.C. Simões
 Complemento: Tabuleiro do Martins
 Cidade/CEP: Maceió -Al / 57072-970
 Telefone: (82) 3214-1171
 Ponto de referência: Escola de Enfermagem - EENF/UFAL

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, 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 do Centro de Interesse Comunitário, térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: (82) 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de 2022.

Participante voluntári(o,a)*	Patricia de Carvalho Nagliate* Coordenadora da Pesquisa	Nemório Rodrigues Alves* Pesquisador

*Rubricar as demais folhas

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DO CUIDADO SEGURO

Pesquisador: Patrícia de Carvalho Nagliate

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57045722.5.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.501.153

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa propõe como objeto as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro e a questão norteadora que o conduzirá é "Quais são as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro?"

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dentre os riscos, considerados mínimos, identificam-se possíveis constrangimentos ao expor seus conhecimentos prévios, concepções e vivências pessoais; divulgação de dados confidenciais e/ou imagens ou vozes dos participantes; e o tempo despendido durante a coleta de dados.

Dentre os benefícios estes Trarão contribuições para os profissionais do CnaR no tocante à possibilidade de refletir acerca do cuidado seguro e das práticas de SP no âmbito da APS. Consequentemente, a

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, compreensiva, exploratória e descritiva de abordagem hermenêutica-dialética. A finalidade da pesquisa exploratória é proporcionar maior familiaridade

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.501.153

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.501.153

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 30 de Junho de 2022

Assinado por:
Carlos Arthur Cardoso Almeida
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

ANEXO B - Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.



MUNICÍPIO DE
MACEIÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Dias Cabral, nº 569, CEP 57020-250, Centro, Maceió - AL
Tel. 3312-5400, CNPJ 00.204.125/0001-33

Processo	5800.92668.2021	Data de abertura	11/11/2021
Interessado	NEMORIO RODRIGUES ALVES		
Assunto	AUTORIZAÇÃO PARA O REALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA		
Local de origem	SMS / COORDENACAO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS		
Local de destino	SMS / GABINETE DO SECRETÁRIO - APOIO		

AUTORIZAÇÃO MOTIVADA – MINUTA 63
Gabinete da Secretária Municipal de Saúde em 06.12.2021

- Autoriza-se **Nemorio Rodrigues Alves** a realizar a pesquisa intitulada: “Concepções e práticas dos profissionais do Consultório na Rua acerca do cuidado seguro” da Universidade Federal de Alagoas - UFAL.
- A pesquisa será realizada junto ao Programa Consultório na Rua de Maceió.
- Coordenação Geral de Atenção Primária se posiciona favorável a realização da referida pesquisa, considerando a contribuição na área de Saúde Pública e ressalta que a concretização deste projeto de pesquisa se dará após análise e liberação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O Consultório na Rua também considera a referida pesquisa relevante, dando o parecer favorável à sua realização. E solicita o retorno do pesquisador responsável, antes do início da pesquisa, a fim de que sejam realizados alguns alinhamentos e esclarecimento quanto à metodologia proposta, junto à área técnica do Consultório na Rua. Conforme contam nos Despachos às fls 34 e 35.

CÉLIA MARIA RODRIGUES DE LIMA DIAS FERNANDES
Secretária Municipal de Saúde

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho
Assinatura do Pesquisador (a)

ANEXO C - Emenda ao projeto original para desenvolvimento de subprojeto vinculado ao PIBIC.

EMENDA

TÍTULO DO PESQUISA: Concepções e práticas dos profissionais do consultório na rua acerca do cuidado seguro

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Profa. Dra. Patrícia de Carvalho Nagliate e Enfo. Esp. Nemório Rodrigues Alves

CAAE: 57045722.5.0000.5013

NÚMERO DO PARECER: 5.324.672

JUSTIFICATIVA PARA ELABORAÇÃO DESTA EMENDA:

As alterações propostas a seguir são justificadas pela necessidade de auxílio na etapa de produção das informações (coleta de dados). Com isso, foi elaborado um subprojeto para iniciação científica (PIBIC) intitulado " CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA ACERCA DA REDUÇÃO DE DANOS" que irá desdobrar o objeto proposto pela pesquisa original que tem como objetivo "Compreender as concepções e práticas dos profissionais do consultório na rua acerca do cuidado seguro". Ademais, a reformulação do roteiro da observação participante e do grupo focal é fundamental para desvelar com mais propriedade o objeto da pesquisa. Afirmamos que as alterações não descaracterizam o estudo já aprovado, pois não há modificações substanciais em seu desenho metodológico e tão menos no objetivo do projeto.

ALTERAÇÃO 1: No arquivo INSTRUMENTOS_COLETA_DE_DADOS_ALTERADO.pdf

ALTERAÇÃO 1.1: Na segunda página encontra-se o "Quadro 2- Roteiro de observação participante", nele foram adicionadas algumas seções e aspectos a serem observados. Tais alterações estão destacadas na cor verde.

ALTERAÇÃO 1.2: Na quarta página encontra-se o "Quadro 3- Roteiro de perguntas para o grupo focal", nele foram adicionadas algumas perguntas e outras foram reformuladas para o melhor entendimento. Tais adições estão destacadas na cor verde.

ALTERAÇÃO 2: No arquivo PROJETO_COMPLETO_ALTERADO.docx

ALTERAÇÃO 2.1: Na página 26 encontram-se as alterações propostas para o roteiro da observação participante. Tais alterações estão destacadas em verde.

ALTERAÇÃO 2.2: Na página 28 encontram-se as alterações propostas para o roteiro de perguntas para o grupo focal. Tais alterações estão destacadas em verde.

A fim de contemplar as alterações solicitadas, segue em anexo o Projeto Completo e o Instrumento de coleta de dados. Ambos arquivos estão intitulados: **PROJETO_COMPLETO_ALTERADO.docx** e **INSTRUMENTOS_COLETA_DE_DADOS_ALTERADO.pdf**

Atenciosamente,

Os pesquisadores.