



GUIA DO PROJETO

Consultório de Rua



GUIA DO PROJETO

Consultório de Rua

SALVADOR-BA
2012

O conteúdo intelectual dos textos é de responsabilidade dos organizadores e não expressa, necessariamente, a posição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e/ou da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

VENDA PROIBIDA. Todos os direitos desta edição são reservados à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem autorização, por escrito, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Direitos exclusivos para esta edição:
Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
Esplanada dos Ministérios
Ministério da Justiça
Bloco T, Anexo II, Sala 205
Brasília-DF, CEP70064-900
Tiragem: 6.200 exemplares

EQUIPE EDITORIAL

Organizadores

ANTONIO NERY FILHO,
ANDRÉA LEITE RIBEIRO VALÉRIO,
LUIZ FELIPE MONTEIRO

Direção de Arte

JOSÉ ANTONIO SAJA

Concepção Gráfica e folha de guarda

LUZIA CRISTINA G.GOMES

Projeto Gráfico

WASHINGTON FALCÃO

Editoração

SUELEN TITO

Revisão

ELAINE CRISTINA OLIVEIRA SOUSA

Fotografia

ADENOR GONDIM

Catálogo na publicação - Ana Rita Cordeiro de Andrade CRB / 1049

G943 Guia do projeto consultório de rua / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério, Luiz Felipe Monteiro. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

160 p.

ISBN 978-85-60662-66-1

1. Drogas - Abuso - Bahia. 2. Consultório de rua - Bahia. 3. Crianças e adultos - Uso de drogas. 4. Adolescentes - Uso de drogas. 5. Idosos - Uso de drogas. 6. Política social. I. Nery Filho, Antonio. II. Valério, Andréa Leite Ribeiro. III. Monteiro, Luiz Felipe. IV. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. V. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. VI. Título.

CDD - 362.293

CDU - 615.099



SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

SUPERVISÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

DIRETORA DE ARTICULAÇÃO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
Carla Dalbosco

COORDENADOR GERAL DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REINserÇÃO SOCIAL
Aldo da Costa Azevedo

ASSESSORA TÉCNICA
Cintia Tângari Wazir

COLABORADORES

CONSULTÓRIO DE RUA DE SALVADOR

Adriana Munford, Adriana Prates Sacramento - Coordenadora
Amanda Marques dos Santos - Supervisora, América Carolina Brandão de Melo Sodré
Anselmo de Lima Chaves, Lícia Cristiane de Azevedo de Jesus Leony
Ricardo Caian de Mendonça Farias Santos, Rizia Maria dos Santos Eustaquio
Lucas Camões Batista Souza, Luceny Vilela dos Santos
Luiz Carlos Fernandes Vidal, Ione Silva dos Santos
Jucélia Ferreira de Jesus, Manoel dos Santos Filho

CONSULTÓRIO DE RUA/SAÚDE (DE CARA) NA RUA

Aline Soares dos Santos, Patrícia von Flach - Supervisora
Mabel Dias Jansen da Silva - Coordenadora, Rosângela Soares Boaretto
Daniela Duarte Lima, Jamile Soares dos Santos
Lívia Graziela Moreira Ribeiro, Juracy do Amor Cardoso Filho
Josemar Carvalho de Jesus

CONSULTÓRIO DE RUA DE LAURO DE FREITAS

Fernanda de Ataíde da Mota, Flávia Maria de Souza Nogueira - Coordenadora
Daphne Oliveira Soares, Eliete Teles dos Santos
Manoel Almerindo Almeida Lopes, Rebeca Rebolça Silveira
João Sampaio Martins - Supervisor, Luiz Felipe Monteiro - Supervisor
Leandro Anselmo de Deus, Rejane Cristina Vinhas Silveira

CONSULTÓRIO DE RUA DE CAMAÇARI

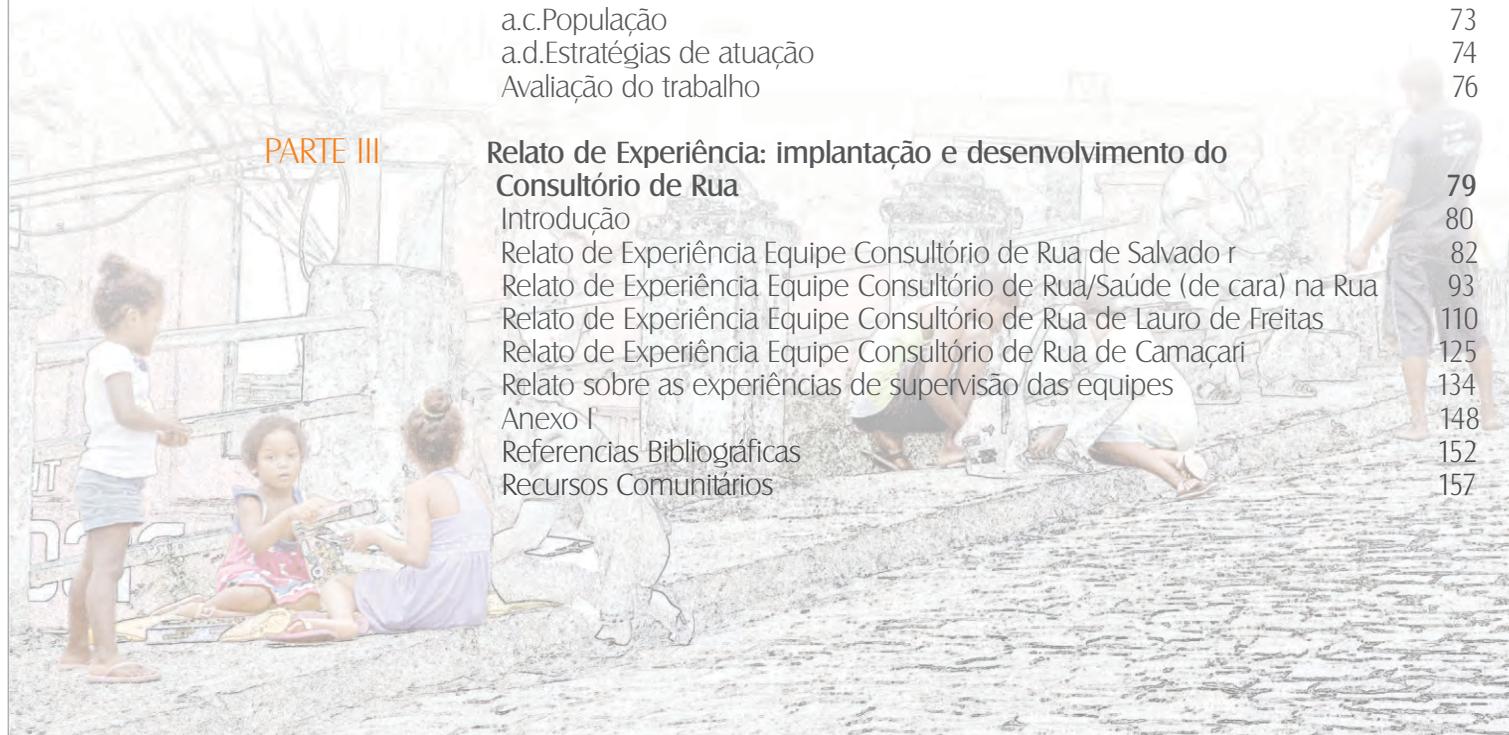
Alba Teixeira Borges - Coordenadora, Jovane Araujo Barbosa
Sueli Santos de Oliveira, Patrícia Rachel Gonçalves - Supervisora
Lujana Lima Fernandes, Bibiane da Rosa Simon
Eudaldo Freitas Medrado, Jenival Alves Pereira
Silvana França da Cruz





SUMÁRIO

	Nota dos organizadores	09
	Apresentação	
	Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas	11
PARTE I	Olhares Cruzados: a invisibilidade e o olhar do Consultório de Rua	13
	Introdução: da Invisibilidade ao olhar do consultório de rua	14
	O cenário e seus atores sociais	16
	Genealogia do consultório de rua: do banco de rua à primeira equipe	24
	Consultório de rua: definição e objetivos	31
	Princípios e diretrizes de uma prática	34
	1.Princípios éticos	35
	2.Diretrizes técnicas	37
PARTE II	Consultório de Rua: referenciais para uma prática	45
	Consultório de Rua e as Redes Sociais e de Saúde	46
	Recursos materiais	48
	Rotina de funcionamento do Consultório de Rua	52
	Quatro referenciais para uma prática	59
	a.Equipe	60
	a.b.Território	72
	a.c.População	73
	a.d.Estratégias de atuação	74
	Avaliação do trabalho	76
PARTE III	Relato de Experiência: implantação e desenvolvimento do Consultório de Rua	79
	Introdução	80
	Relato de Experiência Equipe Consultório de Rua de Salvador	82
	Relato de Experiência Equipe Consultório de Rua/Saúde (de cara) na Rua	93
	Relato de Experiência Equipe Consultório de Rua de Lauro de Freitas	110
	Relato de Experiência Equipe Consultório de Rua de Camaçari	125
	Relato sobre as experiências de supervisão das equipes	134
	Anexo I	148
	Referencias Bibliograficas	152
	Recursos Comunitários	157





NOTA DOS ORGANIZADORES



Prof. Antonio Nery Filho
Idealizador do Projeto Consultório de Rua no ano de 1995

Foto: Andréa Leite

Este Guia foi escrito a muitas mãos e vidas: mãos dos muitos técnicos que ao longo de vinte e seis anos contribuíram, dia a dia, para o que se reconhece, hoje, como “a prática do CETAD”, marcada pelo respeito à liberdade do usuário e respeito ao sofrimento das famílias. Uns e outros são acolhidos no Centro na perspectiva de aliviar o sofrimento e na esperança de poderem, juntos, construir pontes que conduzam a novas possibilidades. Nem sempre isto é possível.

Muitas crianças e adolescentes perderam, precocemente, suas vidas, quer nos acidentes ocasionados pelo uso quer pela violência associada ao tráfico. Assim é, também, a vida. Contudo, todos os que inventaram as diversas práticas do CETAD/UFBA não se renderam à miséria e exclusão social em razão das desigualdades e falta de oportunidades para todos.

Assim, este trabalho é dedicado aos que construíram e ainda constroem o CETAD/UFBA com seu trabalho e aos que a eles confiaram seus males, na surpresa do encontro que possa transformá-los.

OS ORGANIZADORES



APRESENTAÇÃO SENAD

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça, é o órgão responsável pela articulação das ações políticas nas áreas de prevenção do uso de drogas, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes. Cabe à SENAD assessorar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e da Política Nacional sobre o Alcool (PNA). Essa missão exige um esforço conjunto, no qual todos os agentes, governamentais ou não governamentais, podem contribuir muito.

Muitas iniciativas no Brasil para prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas merecem destaque. A Senad tem identificado boas práticas, investido na sistematização dessas metodologias e capacitação de equipes multidisciplinares nos municípios com a finalidade de disseminar experiências exitosas. É nesse contexto que se insere a disseminação do Consultório de Rua, desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O Consultório de Rua é reconhecido pela SENAD como uma prática bem sucedida de atenção, prevenção e redução de danos associados ao uso de drogas por crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. As principais características a serem destacadas nessa metodologia é a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra, levando em consideração suas condições de vida, facilitando o seu acesso à rede de serviços do município, oferecendo assistência multi e interdisciplinar, cidadania e dignidade.

Imbuída pelo espírito de cooperação e responsabilidade compartilhada, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas deseja que esse projeto se fortaleça nos municípios brasileiros e que, a parceria entre governo, sociedade e rede de serviços locais renda bons frutos, permitindo que experiências semelhantes se multipliquem e se consolidem em todo nosso país.

Bom trabalho!
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas



GUIA DO PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA



OLHARES CRUZADOS:
A INVISIBILIDADE E O OLHAR DO CONSULTÓRIO DE RUA

PARTE I



INTRODUÇÃO: DA INVISIBILIDADE AO OLHAR DO CONSULTÓRIO DE RUA

O Consultório de Rua é uma iniciativa de atenção à saúde de pessoas que vivem em situação de rua, expostas ao uso de substâncias psicoativas. Essa é a premissa básica do trabalho e surge da constatação das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e assistência social por parte dessa população, que inclui desde crianças e adolescentes a adultos e idosos. Outro aspecto que corrobora essa premissa é a comprovação dos riscos sociais e à saúde decorrentes do uso diversificado de drogas, fato marcante entre a população em situação de rua. Tais aspectos ganham ainda maior relevância caso coloquemos em pauta a questão da invisibilidade social relacionada à população em situação de rua.

A invisibilidade social é um termo utilizado para a compreensão das formas de reconhecimento que a sociedade realiza perante determinados grupos sociais. Refere-se às crenças amplamente marcadas por um estigma acerca de um grupo social específico. Essas crenças geram como consequência uma atitude de indiferença e, com isso, reforçam um processo de exclusão (SOARES; BILL; ATHAYDE, 2005).

A população em situação de rua não foge à marca da invisibilidade social, especialmente pelos preconceitos associados a essas pessoas. Sabe-se que elas existem, mas é como não tivessem um rosto, uma identidade própria, uma história de vida. São reconhecidas por meio das nomeações: “moradores de rua”; “meninos de rua”, como se apenas o fato de morar na rua lhes concedesse, de antemão, uma identidade já constituída. Os “moradores de rua” sequer constituem um grupo social propriamente dito. A nomenclatura acaba por forçar a ideia de tratar-se de um grupo coeso, bem delimitado. Em verdade, são pessoas das mais variadas idades e origens, que fazem da rua o seu lugar de moradia e subsistência.



Se há um ponto em comum entre essa pluralidade vista nas ruas, pode-se localizar na questão da exclusão social, que diz respeito não apenas à dificuldade de acesso pleno aos bens da cidadania (saúde, moradia, educação, trabalho). A condição de exclusão social é, fundamentalmente, reflexo do modo como a sociedade reconhece tais pessoas: um reconhecimento marcado intensamente pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria.

A crença de que são pessoas à margem da sociedade, reforça a invisibilidade social. Percebe-se, dessa forma, a constituição de pelos menos três posicionamentos por parte da sociedade: uma postura de indiferença, de hostilidade ou puramente assistencialista. Em nenhuma dessas posturas verifica-se o reconhecimento dessas pessoas para além dos estigmas sociais; são posturas que reforçam a condição de exclusão social da população em situação de rua.

A consequência para aqueles que vivem nos parques, nos becos escuros, embaixo das marquises é a sensação de serem estrangeiros no seu próprio país e isso é, para muitos, uma condição de vida insuportável. O que se verifica nesse contexto social, especialmente no uso abusivo de substâncias psicoativas e nos atos de violência, como roubos e furtos, é uma tentativa de lidar com essa invisibilidade social. Seja através de um entorpecimento que os afasta temporariamente do estado de consciência, seja através dos atos violentos que convocam a sociedade a tomar providências, o que tais pessoas buscam é um modo de cortar a dor de ser ignorado, de ser invisível. A história de vida de muitos que estão em situação de rua é marcada por uma série

de conflitos familiares que geram uma fragilização dos seus laços sociais (HUTZ; KOLLER, 1997).

É a partir dessa compreensão que o Consultório de Rua oferece atenção à saúde das pessoas em situação de rua. Trata-se, portanto, de um olhar diferenciado que pretende ir além dos estigmas, e reconhecer cada pessoa a ser atendida, em sua particularidade. Um olhar que se afasta da visão assistencialista apoiada na piedade ou salvacionista que vê, na saída das ruas, a única possibilidade de preservação da vida. O olhar do Consultório de Rua recai sobre a saúde de cada pessoa, por cumprir um direito garantido pela Constituição Federal – o acesso a serviços de saúde.

Parte-se do pressuposto que o reconhecimento do outro, em sua singularidade, é a condição de possibilidade do estabelecimento de um vínculo de cada um com a equipe. Vínculo que, por sua vez, é o meio através do qual serão possíveis as intervenções em saúde e em assistência social, as orientações sobre o autocuidado, a redução de danos e a prevenção de doenças contagiosas. Um vínculo que respeita a particularidade da vida de cada um e abre possibilidade para que a própria pessoa em situação de rua reconheça o seu valor como cidadão, sua dignidade humana, e que tem um futuro. Esse reconhecimento feito por cada um através do Consultório de Rua é o que permite o favorecimento de novas possibilidades no autocuidado com relação à saúde e uma reflexão sobre os modos de uso de drogas com a finalidade de reduzir riscos e danos. Por meio do trabalho do Consultório de Rua criam-se novas perspectivas para a atenção da pessoa para com sua saúde, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O CENÁRIO E SEUS ATORES SOCIAIS



Uma vez que o campo de atuação do Consultório de Rua tem como alvo o atendimento especializado em saúde à população em situação de rua, exposta a usos variados de substâncias psicoativas, cabe traçar um panorama de seus perfis, bem como apresentar dados sociodemográficos, a fim de caracterizar o cenário no qual se inserem os atores sociais para os quais o Consultório de Rua dirige sua atenção.

Primeiramente, há que se destacar a apropriação dos espaços da rua como um lugar de sobrevivência e moradia, como um fenômeno social existente desde o período da Revolução Industrial. Trata-se de um acontecimento eminentemente urbano e correspondente ao crescimento das cidades, através da economia de capital e dos processos de aumento populacional.

O crescimento urbano, decorrente da implantação das grandes indústrias e da expansão do comércio, traz com ele conseqüências, por vezes malélicas, para o desenvolvimento de uma parte da população que não tem acesso aos meios de produção de bens e serviços, especialmente, pela falta de emprego e de acesso qualificado à educação, saúde e moradia (CASTEL, 1997).

Na história do desenvolvimento das grandes cidades no Brasil, tradicionalmente, a rua era ocupada por mendigos, hippies, egressos do sistema penitenciário e portadores de transtornos mentais abandonados pelas famílias e/ou egressos de hospitais psiquiátricos. Porém, desde

o final do século XX, o espaço da rua passa também a ser ocupado por sem-teto, desempregados crônicos, imigrantes de outros estados e, especialmente, crianças e adolescentes com histórias de ruptura e conflito com os laços familiares (HUTZ; KOLLER, 1997).

Em comum, esse contingente populacional traz a marca de um conjunto de representações sociais associadas, principalmente, à marginalidade, à criminalidade, à ignorância e ao consumo de álcool e outras drogas. A resultante dessas representações amplamente difundidas e assentidas por grande parte da sociedade é a estigmatização, cuja denominação comum atesta o caráter de exclusão social: “eles são moradores de rua”... “são meninos de rua”.

Ainda que a expressão “exclusão social” seja marcada pela ambigüidade de significados, seu uso é pertinente para a compreensão da realidade vivida por aqueles em situação de rua, pois denota a extrema dificuldade da sociedade em reconhecer a dignidade humana e a cidadania dos que fazem da rua o seu habitat.

O estigma “de rua” recobre tal população de representações pejorativas que, por sua vez, para muitos, afastam a possibilidade de reflexão sobre os determinantes afetivos, sociais e econômicos envolvidos no contexto de vida da população em situação de rua.

Mesmo que a presença da desigualdade social e econômica e da insistência dos estigmas sejam fatores reforçadores para a continuidade de muitos indivíduos em situação de rua, não se

pode perder de vista o fato de que a ida para a rua e a conseqüente permanência, se faz mediante uma apropriação do espaço da rua. Tratam-se dos sentidos e das funções ocupadas pela rua, para cada um que faz dela o seu meio de sobrevivência e moradia. Estar na rua implica fazer dela lugar de ocupação de um espaço físico e, também, ocupação de um espaço simbólico ao conferir outras significações à rua, tida como um espaço da esfera pública. Muito do que é feito no âmbito privado passa a ser realizado no território público, na rua.

A apropriação da rua é um processo heterogêneo, vinculado à história pregressa de cada um e aos fatores de proteção e subsistência encontrados na rua. Ressaltar esse aspecto é importante para afastar a ideia de que são vítimas sociais, comumente associada a essa população. Tal noção, apesar de uma relativa pertinência é mantenedora de uma perspectiva, eminentemente assistencialista face às pessoas em questão.

As visões estigmatizantes da sociedade civil, e também do Estado, sobre a população em situação de rua costumavam restringir-se às pulsões assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de "higienização social". Essas perspectivas não poderiam dar conta do complexo processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e das tantas outras esferas de que estão apartadas. (BRASIL, 2008, p. 4)

Feitas essas considerações, é importante definir os conceitos de rua e de população em situação de rua nos

quais nossa prática se apoia para o desenvolvimento da experiência do Consultório de Rua.

Com relação à definição de rua, compreende-se, em um sentido amplo, os espaços públicos como praças, parques, vias de trânsito, calçadas, canteiros, praias e beiras de rio, bem como espaços privados como prédios, depósitos e galpões abandonados, terrenos baldios, espaços das marquises de prédios e estabelecimentos comerciais.

A rua pode se constituir num abrigo para os que, sem recursos, dormem circunstancialmente em logradouros públicos ou pode indicar uma situação na qual a rua representa seu habitat, propriamente dito, onde encontra-se estabelecida uma intrincada rede de relações. O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia. (BRASIL, 2008, p. 8)

A rua é, para além de suas vicissitudes, um espaço público e ao mesmo tempo um espaço privado. As atividades como higiene pessoal, alimentação, vida sexual e descanso noturno, tidas como essencialmente privadas na sociedade moderna, são vividas cotidianamente pela população citada em meio à exposição e à falta de fronteiras da rua.

Compreende-se, portanto, a apropriação da rua como expressão de aspectos subjetivos de cada indivíduo, onde muitos construirão seus referenciais de identidade, de sobrevivência e de relação com o outro. Assim, noções

de limite, de regras de conduta, de privacidade e de acolhimento são constituídas em meio à fragmentação, transitoriedade e vulnerabilidade que definem os movimentos, os sons e o tempo da rua. Na rua o tempo não para, não porque existe um futuro pela frente, mas porque há uma constante presença do presente.

Sobre a definição de população em situação de rua, utiliza-se a trazida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS):

A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência, por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular. (BRASIL, 2006, p. 24)

Cabe ressaltar que a partir dessa definição, o público-alvo de atendimento do Consultório de Rua é constituído por crianças, adolescentes e adultos em situação de rua com incidência do uso de substâncias psicoativas.

Dois pesquisas realizadas ao longo da última década trazem dados importantes sobre os perfis sociodemográficos da população em situação de rua, tanto entre adultos quanto entre crianças e adolescentes, e contribuem para uma compreensão mais precisa sobre quem são as pessoas em situação de rua dos grandes centros urbanos do Brasil na atualidade. A primeira é o Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes

em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, publicado em 2003; e a Pesquisa Nacional sobre a população em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, publicada em 2009.

Serão apresentados os dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua e os do Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, seguindo-se de discussão sobre os aspectos sociais e psicológicos associados ao uso de substâncias psicoativas por essa população. Na apresentação de ambas as pesquisas, serão considerados dados relativos ao sexo, idade, anos em situação de rua, educação, situação familiar, motivos para a situação de rua e onde costuma dormir.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua contou com uma amostra de 31.922 pessoas em situação de rua, tendo restringido a coleta de dados entre indivíduos com idade superior a 18 anos, em 71 cidades com população absoluta superior a 300.000 habitantes.

Com relação ao sexo, a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) constatou que 82% da população era do sexo masculino e 18% do sexo feminino. Entre os homens, 15,3% encontravam-se entre 18 e 25 anos e 53,4%

estão entre a faixa etária dos 26 aos 45 anos. Entre as mulheres, 21,17% estavam entre 18 e 25 anos e 54% entre 26 e 45 anos.

Sobre o nível educacional da população pesquisada, 74% sabiam ler e escrever, sendo que 17,1% não dominavam a escrita e 8,3% sabiam apenas escrever o próprio nome, 48,4% não concluíram o primeiro grau e 3,2% chegaram a concluir o ensino médio.

Os dados concernentes às características de onde costumavam dormir revelou que grande parte da população, 69,9%, dormia propriamente na rua, em locais como espaços de marquises de lojas e prédios, onde pudessem se proteger do frio e mesmo da violência. Dos entrevistados, 22,1% costumavam dormir em albergues, abrigos ou outras instituições e indicavam a violência como fator para evitar dormir na rua. Quando perguntados sobre há quanto tempo estavam em situação de rua, 48,4% responderam estar há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue.

Quanto à questão relacionada à situação familiar, ficou evidente o quão frágil é o laço entre a população em situação de rua e sua família de origem: “a maioria dos entrevistados, 51,9%, possui algum parente residente na cidade em que se encontra, mas há que se considerar também que 38,9% deles não mantêm contato com os parentes.” (BRASIL, 2009, p. 92).

Os dados referentes à relação das pessoas em situação de rua com os seus familiares (podendo ser esses familiares moradores de rua ou não) privilegiam as razões

porque passaram a viver e morar na rua. Três fatores são os mais prevalentes entre a população adulta. Dos entrevistados, 35,5 localizaram no seu problema com álcool e outras drogas o motivo para a situação de rua, 29,8% identificaram o desemprego como razão principal e 29,1% citaram as desavenças com pai, mãe e irmãos como causa associada à situação de rua.

O uso da droga compõe parte relevante de um quadro marcado por histórias de ruptura com os laços sociais e afetivos, levando à exclusão e à estigmatização: “O consumo abusivo de álcool e, em menor escala e frequência, de outras drogas, parece fazer parte do necessário ‘processo de anestesia’ para a permanência das pessoas em situação de rua.” (BRASIL, 2009, p. 112). Esse dado indica a necessidade de uma reflexão sobre a função psicossocial do uso de drogas entre a população supracitada.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), 70,9% das pessoas exercem algum tipo de atividade remunerada, ainda que de modo informal. Desse percentual destacam-se as seguintes ocupações: 27,5% trabalham como catadores de materiais recicláveis, 14,1% ganham dinheiro na atividade de “flanelinha”, 6,3% na construção civil, 4,2% na atividade de limpeza e 3,1% como carregadores ou estivadores.

Uma vez realizada a apresentação dos dados relativos à pesquisa com o público adulto (maior de dezoito anos), veremos os dados da pesquisa feita com o público específico de crianças e adolescentes até 18

anos. Trata-se do Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, e é fruto de uma continuidade de pesquisas desenvolvidas pelo CEBRID que, desde 1987, empreende levantamentos sociodemográficos sobre população específica de crianças e adolescentes em situação de rua e sua relação com o uso de substâncias psicoativas.

O Levantamento foi realizado no ano de 2003 e entrevistou 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua, apresentando os seguintes dados: 75,5% dos entrevistados eram do sexo masculino e 24,5% do sexo feminino. Os dados referentes à faixa etária foram divididos da seguinte maneira: 14,9% dos entrevistados tinham entre 10 e 11 anos; 37,3% tinham entre 12 e 14 anos e 47,6%, entre 15 e 18 anos de idade.

Segundo o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras (2004), 68,8% dos entrevistados, apesar de passar boa parte do dia na rua, moravam com a família. O restante do percentual, 31,2%, representava os indivíduos que não moravam com a família e ficavam na rua sozinhos ou em companhia dos “irmãos de rua”.

A distinção entre aqueles que moram ou não com a família é importante para desfazer a representação social que os consideram “menores abandonados”.

Designar a população de crianças e adolescentes que fazem da rua seu habitat, morando ou não com a família, através da nomenclatura “crianças e adolescentes em situação de rua” segue o sentido de abarcar a variedade de inserções possíveis no contexto de rua.

Dentre as crianças e adolescentes que não moram com a família, constatam-se como principais motivos para a situação de rua: as relações familiares ruins envolvendo conflitos e agressão (45%); diversão e liberdade encontradas na rua, falta de outra atividade (26,2%) e sustento para si e/ou família (24%).

Em relação às crianças que moram com a família, os motivos atribuídos à situação de rua se modificam em suas proporções: 50,1% dessa amostra específica atribuem à diversão, à liberdade e à falta de outra atividade os motivos associados à situação de rua, seguidos de sustento para si e/ou para a família (43,9%) e acompanhar parente ou amigo (24,4%).

A diversidade de apropriações do espaço da rua é tão significativa que, mesmo entre aqueles que responderam sobre onde costumam dormir, encontra-se uma variedade de situações. Por exemplo, dentre os que moram com a família, grande parte (83,8%) dormem na casa de parentes e amigos, e 18,7% afirmam dormir na rua. Já os que não moram com a família, 75,7% dormem na rua e 14,9% dormem em casa de parente(s) ou amigo(s).

As respostas concernentes há quantos anos estão em situação de rua, não estão distantes das

verificadas pela população com idade superior a dezoito anos. Entre os que não moram com a família, 45% viviam na rua com tempo variando entre um e cinco anos, 29,1% já viviam na rua há mais de cinco anos. Entre os que moram com a família, 46,1% estavam na rua entre um e cinco anos, 33,7% estavam a menos de um ano e 14% estavam na rua há mais de cinco anos.

Acerca das atividades diárias no contexto de rua, verificam-se padrões diferenciados entre as crianças e adolescentes que moram com a família e aquelas que vivem prioritariamente na rua. Sobre atividades gerais, que incluem brincadeiras, diversão e andar pelas ruas, constata-se que entre aqueles que não moram com a família, a principal atividade é andar pelas ruas (75,7%). Já entre os que moram com a família, as brincadeiras e diversões respondem por 67,1% das respostas acerca das atividades gerais. Em relação a atividades produtivas, os serviços gerais que incluem: vigilância de carros, engraxe de sapatos, limpeza de para-brisas de carros, malabarismos e distribuição de panfletos, são as atividades mais presentes entre toda a população pesquisada.

Quando perguntados sobre as atividades ilícitas, a predominância se encontra entre as crianças e adolescentes que não moram com a família. Nesse caso, 36,7% afirmaram praticar furto e roubo, 7,4% entrega e venda de drogas, 8,6% fazem sexo por dinheiro e 49,5% mencionam que fazem uso de drogas ilegais.

Nesse mesmo grupo os principais motivos atribuídos para o uso atual de substâncias psicoativas foram: porque acham “legal, gostoso, divertido” (19,8%), para esquecer a tristeza (8,9%), porque os amigos usam (8,8%), para se sentir mais solto (desinibido) (7,1%), para se sentir mais forte, poderoso, corajoso (5,9%), para esquecer a fome e o frio (3,7%). De acordo com o Levantamento (2003), caso se tome como parâmetro de uso o último mês, verifica-se que as drogas mais utilizadas são: o cigarro (44,5%), bebidas alcoólicas (43%), solventes (28,7%), maconha (25,4%) e os derivados da coca (12,6%).

Contudo, quando se verifica a história de uso de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de rua, destaca-se o fato de que grande parte desse grupo realizou o primeiro uso do álcool e tabaco antes de estarem em situação de rua. Ou seja, o acesso às drogas em geral é um aspecto da trajetória de vida desses jovens, e não está vinculado, necessariamente, ao fato de viverem em situação de rua.

Os modos de uso e a própria eleição das drogas de consumo são determinados por diversos fatores, que vão desde a identidade do grupo ao qual o jovem está vinculado à facilidade de acesso a uma droga em relação à outra e aos significados e sensações associados às diferentes substâncias. O Levantamento (2003) aponta que entre aqueles que não moram com a família 72,5% fazem uso diário de alguma substância psicoativa (incluindo álcool

e tabaco) sem que, necessariamente, desenvolvam padrão de uso dependente ou intenso.

Haverá sempre um contingente que fará um uso experimental ou eventual de substâncias psicoativas. Isso contribui para uma compreensão ampliada sobre o fenômeno do uso de drogas, no qual está incluída a noção de que os modos de uso são determinados pela dinâmica das interações sociais e da relação com o próprio corpo. Essa dinâmica, por sua vez, é determinada pela constante interação entre fatores de risco associados à droga eletiva, ao modo de uso e aos fatores de proteção que contribuem para que o uso da droga não comprometa definitivamente a vida dos jovens em questão.

Dessa maneira, a compreensão dinâmica sobre o uso entre a população em situação de rua concebe a droga para além simplesmente da busca pelas sensações de entorpecimento e prazer vividas no corpo. O uso de droga possui uma função e significado na vida dessas crianças e adolescentes, tal como há uma apropriação simbólica da rua e essa passa a desempenhar um papel importante na própria identidade dos jovens em questão. Há também uma apropriação simbólica acerca do uso, que cumprirá muitas vezes uma função de preservação e proteção contra contextos de vida marcados pela exposição a uma série de riscos, que vão desde doenças físicas (infecções, desnutrição etc.), sociais (ambientes violentos e de exposição a drogas) e de ordem psicológica (efeitos do abuso, negligência ou exploração).

Ainda que haja a existência de riscos à saúde, por meio da possibilidade de uma dependência, de contrair doenças e fragilizar sua inserção social, o uso da droga, em seus efeitos de entorpecimento e anestesia, produz no indivíduo um recolhimento e reserva frente a um ambiente muitas vezes ameaçador. Os autores do Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras destacam esse caráter paradoxal do uso:

a alteração da percepção da realidade pode adquirir um caráter lúdico, com a vivência de momentos mágicos, sensações de poder e/ou euforia. Ao aliviar o enfrentamento da realidade, o uso de drogas também pode representar uma forma paradoxal de preservação mental. (BRASIL, 2003, p. 32)

Tais reflexões sobre o uso de drogas deixa patente que, apesar de a rua ser um local de risco para essa população, é também um local onde encontram algum tipo de compensação diante de uma trajetória de vida marcada pela fragilização dos laços familiares e das condições de educação, saúde e proteção. Portanto, é possível pensar sobre a manutenção dos modos de vida dessas pessoas como uma tentativa de organização relacional com o mundo e com as pessoas ao seu redor.

GENEALOGIA DO CONSULTÓRIO DE RUA:
O BANCO DE RUA, A PRIMEIRA EQUIPE.



Traçar uma genealogia do Consultório de Rua é, em outras palavras, refazer o percurso histórico da origem desse trabalho para, com isso, compreender quais as condições sociais e de assistência à saúde que possibilitaram a criação da estratégia de intervenção do Consultório de Rua. Nesse sentido, contamos com participação do Prof. Antonio Nery filho¹, que, através de uma entrevista concedida à equipe editorial, nos relatou o percurso histórico desde o nascimento da ideia do Consultório de Rua até a formação da primeira equipe de atuação.

O primeiro ponto a destacar sobre a história do Consultório refere-se ao próprio desenvolvimento desse trabalho. O Consultório de Rua, tal como o conhecemos atualmente, não surgiu pronto, mas é na verdade fruto de anos de amadurecimento de uma ideia simples: oferecer atenção à saúde daqueles que não chegam aos serviços de atendimento a usuários de substâncias psicoativas.

Em entrevista, o Prof. Antonio Nery Filho nos contou que a ideia surgiu a partir de sua visita à sede dos Médicos do Mundo (Médecins du Monde), em Paris.²

A primeira vez que pensei em um trabalho dessa natureza, foi em uma visita ao trabalho de rua desenvolvido pelos Médicos do Monde (Médicos do Mundo) em Paris. Em um ônibus, imaginaram um dispositivo de trabalho na rua com pessoas desvalidas, os “invisíveis” franceses: gays, prostitutas e toxicômanos, sobretudo em razão do surgimento da SIDA/AIDS. De volta à Bahia, mantive por muito tempo este propósito buscando meios para torná-lo possível.

Além desse contato, outro aspecto foi determinante para criar assistência a essa população na Bahia: o fato de um grande número de pessoas, especialmente crianças e adolescentes em uso de drogas e situação de rua, não chegarem aos serviços de atendimento em saúde.

Nesse período, em 1989, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)³, funcionando desde 1985 na cidade de Salvador, era um dos poucos serviços de saúde pública de atenção especializado aos usuários de substâncias psicoativas e respectivos familiares. Chamava a atenção dos técnicos a dificuldade que tinham as crianças e adolescentes, em situação de rua, de chegarem até o Centro para atendimento, quer por não o conhecerem, quer por não terem condições

¹ Médico, psiquiatra, fundador do Centro de Estudos e Terapia de Drogas, na Universidade Federal da Bahia (1985) e idealizador do “Banco de Rua” em 1989 (que deu origem a sua tese de Doutorado em Sociologia e Ciências Sociais, “A vida na marginalidade ou a morte na instituição” Universidade Lyon 2 - França, 1993), e ao primeiro Consultório de Rua em 1995 (Salvador- Ba, 1995-2006), reiniciado em 2010 com o apoio da SENAD/ MJ, em Salvador, Camaçari e Lauro de Freitas.

² Fundado em 1980, na França, os Médicos do Mundo (Médecins du Monde) é uma organização não governamental formada por profissionais da saúde que levam ajuda humanitária a populações vulneráveis na França e no mundo.

³ O CETAD/UFBA, desde a sua fundação desenvolve atividades clínicas em caráter ambulatorial, em especial atendimentos psiquiátricos e psicoterápicos.

mínimas de frequentar regularmente um serviço, ou ainda pelo fato de estarem imersos em uma condição de exclusão social que dificultava o acesso à saúde.

Assim, um grupo de técnicos propõe ao então Ministério da Criança um projeto voltado para o reconhecimento e estudo de quem eram aquelas crianças e adolescentes que não chegavam ao serviço. O projeto denominou-se Banco de Rua e caracterizou-se por uma observação participante de crianças e adolescentes em situação de rua que se concentravam em uma praça do centro da cidade, a Praça da Piedade⁴. O objetivo desse projeto era conhecer o universo simbólico e afetivo dessa população em condição de vulnerabilidade social, em uso de substâncias psicoativas e que não chegavam aos serviços de saúde, incluindo o CETAD. Sobre os resultados desse trabalho embrionário do Consultório de Rua, o Prof. Nery Filho diz:

Existiam duas categorias de crianças e adolescentes em situação de rua: uma “de” e outra “na” rua. Em geral falava-se de meninos de rua sem qualquer distinção entre aqueles que frequentavam as ruas e retornavam às suas casas e aqueles que se apropriavam do espaço público e ali permaneciam definitivamente tornando o espaço público um espaço privado. Mesmo que tivessem família, mesmo que tivessem um lugar para onde ir, permaneciam na rua. Eles se tornavam “de rua”. E os “meninos na rua” eram meninos e meninas que passavam na rua um tempo de suas vidas e que retiravam das ruas uma parte do sustento familiar. Então esses

meninos estavam nas ruas para vender doces, picolés, frutas, fazer algum malabarismo nas sinaleiras e retornavam às famílias. Eles estavam na rua muito mais por uma imposição da família, do que por vontade própria, diferentemente dos outros que não portavam nada à família. Estes haviam rompido com a família, geralmente porque a casa e a família se tornavam um lugar impossível para se viver.

Os resultados obtidos com o trabalho do Banco de Rua entre 1989 e 1991 constituíram a base para a proposição do que veio a ser chamado, mais tarde, de Consultório de Rua e expressão que, além de conferir uma conotação de movimento de um consultório que sai da sala e vai para a rua, estende também o campo de atuação da equipe que vai à rua. Se com o Banco de Rua o objetivo inicial centrava-se na observação participante para uma leitura do universo das crianças e adolescentes em situação de rua, com o Consultório de Rua o objetivo passa a ser a atenção à saúde dessa população, especialmente no que se refere à associação entre vulnerabilidade social e uso de substâncias psicoativas.

Por meio de uma iniciativa nascida no CETAD, parte-se para o estabelecimento de parcerias institucionais com órgãos governamentais, em vista do provimento dos recursos humanos e materiais para a consolidação do Projeto Consultório de Rua. Desse modo, a busca por recursos para a implantação do projeto, focou-se exatamente no órgão do governo responsável pelos cuidados

⁴ Participaram desta atividade: Nivia Moreira Chagas, Jane Montes, Margareth Leonelli, Gey Espinheira e Antonio Nery Filho.

com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e em conflito com a lei, que naquele momento era a Secretaria de Trabalho e Ação Social. Essa era a Secretaria responsável pela administração da Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC), órgão que executava a política de atendimento ao adolescente em conflito com a lei no Estado da Bahia. A FUNDAC por sua vez, recebia uma quantidade elevada de crianças e adolescentes em situação de rua que cometiam algum tipo de delito.

Procurar a Secretaria de Ação Social para apresentar e propor a implantação do Consultório de Rua constituiu-se uma maneira de oferecer outro tipo de atenção à população em questão, um cuidado que passava pelo olhar da saúde, em contraposição a um olhar focado apenas na criminalidade e na marginalidade.

Transcorrido certo período depois das primeiras propostas de implantação do Consultório de Rua, em 1995 inicia-se o trabalho da primeira equipe do projeto, que se estende até 2004, por meio de convênios do CETAD com instâncias governamentais estaduais e municipais. Naquele primeiro instante a equipe era formada por duas psicólogas, uma assistente social, um antropólogo, um motorista e dois estagiários de Psicologia. No fragmento que segue temos com clareza a definição do que era a proposta do Consultório de Rua e que, até hoje o fundamenta:

Nós íamos encontrar essas pessoas. A lógica era a seguinte: se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé. Se os

meninos e as meninas, os adolescentes e os familiares excluídos não vêm ao centro, por que não sabem, ou por que não têm dinheiro, ou por que não podem, ou por que não querem, ou por que têm medo; porque a gente não vai até eles como tínhamos ido à Praça da Piedade? Tendo em vista que tudo o que essas pessoas querem é um encontro com alguém que não diga que eles são ruins, nem bons; que eles não são malucos e que a sua história tem valor; que seu conhecimento vale a pena ser reconhecido; que eles não estão ali por serem idiotas e que eles estão ali por uma estratégia de sobrevivência; que eles estão ali por que as famílias os colocou lá. Ir até onde estão os que não podem vir. Essa era a idéia. Precisávamos ir até onde eles estavam, por que eles não tinham a possibilidade de vir até onde nós estávamos. Tratava-se de dar atenção a pessoas “de” e “na” rua, em função do “consumo de drogas” e para tratar das questões relacionadas às drogas, à vida, à saúde, à doença, à morte e à sua família....

Tendo como base do trabalho a posição de profissionais da Saúde oferecendo cuidados à saúde dessa população, a equipe do Consultório de Rua apresentava-se de uma maneira muito diferente daquela que essas crianças e adolescentes estavam acostumados a ver. Quando algum grupo se dirigia a eles, geralmente o faziam como até hoje se verifica, pela via do assistencialismo, da religião ou da marginalização. O fato de a equipe apresentar-se com outra proposta de atenção às suas vidas e o reconhecimento de um sentimento implicado em estarem na rua favoreceram o estabelecimento do vínculo com esses profissionais. Esse vínculo constitui a base de sustentação do trabalho do Consultório de Rua, pois é por meio dele que as

informações sobre saúde, preservação, cuidados de higiene, ações de cuidados imediatos, de redução de danos, de atendimentos psicológicos e sociais ganhavam importância e reverberavam em suas vidas.

Um dos pontos destacados na entrevista do Prof. Nery Filho sobre a história da constituição dessa primeira equipe é a relevância dos olhares cruzados, isto é, da capacidade dos membros dessa equipe destituírem-se de suas visões sobre aquela realidade, determinadas por suas formações específicas, para darem lugar ao olhar do outro sobre a mesma realidade. Ou seja:

...que cada um se destituisse do seu olhar técnico e pudesse conhecer a rua através do olhar do outro. Isto é, que o antropólogo pudesse olhar através do olhar do psicanalista, e que o psicanalista pudesse olhar do lugar do motorista, e o motorista do lugar da assistente social, e assim por diante, numa permanente desconstrução-reconstrução de olhares sobre um mesmo objeto...

Essa proposta de “olhares cruzados” imprimiu na equipe do Consultório de Rua uma metodologia de atuação permeada por um espírito de interdisciplinaridade, no qual os conhecimentos específicos têm a sua importância desde que possam ser trocados mutuamente entre os membros da equipe. Essa pluralidade de olhares é correspondente à pluralidade de fenômenos experimentados na rua, um espaço da vida humana marcado pelo dinamismo dos acontecimentos, pela transversalidade de situações, pela fragmentação das distinções entre o público e o privado. Para aqueles que atuam nesse universo, a manutenção de apenas um

olhar sobre essa realidade tem a mesma conotação de um fechar de olhos para o que se lhe apresenta. Por isso, o trabalho na rua pede, necessariamente, por esse cruzamento de olhares, cruzamento de leituras sobre o fenômeno humano transcorrendo no movimento incessante das pessoas, dos carros e dos acontecimentos.

Quando um trabalho como o Consultório de Rua opera com as sutilezas inerentes à dinâmica da rua, é natural advir uma série de desafios para a equipe no sentido de encontrar a melhor maneira de oferecer atenção à população em questão e de oferecer condições de atuação nesse contexto. Uma das dificuldades iniciais da primeira equipe foi precisar as características da localização, na cidade, para a implantação do Consultório de Rua. A diversidade de ambientes urbanos onde há uma concentração de população em situação de rua é tão grande que escolher uma área de atuação não foi uma tarefa simples. É importante salientar que a rua – onde as crianças e adolescentes passam boa parte de suas vidas – não tem o mesmo significado que a rua daquele que tem sua casa, que transita durante o dia a trabalho ou a passeio, que transita para chegar a algum lugar. A rua das crianças e adolescentes que nela vivem possui outra qualidade, e isso traz consequências para o trabalho da equipe do Consultório de Rua. Neste trecho da entrevista, fica clara essa peculiaridade da rua das crianças e adolescentes, bem como da outra rua para a equipe:

a rua não tem limite, quer dizer, na rua tudo é possível, na rua tudo expande. A rua não é o universo da instituição fechada, na rua todos

passam, na rua todos falam, na rua tudo é possível, a rua é um lugar mágico, a rua é um lugar de vida e de morte. E a equipe vai para o mundo da rua, diferente do mundo da instituição; bastante conhecido. O mundo da rua era desconhecido. E ainda, a equipe vai para rua para olhá-la sob a perspectiva do olhar do outro, através do olhar do outro.

Fica claro como o desenvolvimento do trabalho do Consultório de Rua implica uma constante reflexão sobre a equipe e sobre a população-alvo, mesmo tendo os referenciais para a prática e os objetivos estabelecidos, a metodologia de intervenção na rua foi algo construído mediante o contato com a população. As intervenções eram previamente concebidas pela equipe, porém a maneira como eram feitas foram delineadas pelo contato com a população. Levar uma estratégia antecipadamente pronta e fechada não correspondia à realidade da dinâmica da população em questão e da própria rua. Essa metodologia de atuação é vista, de modo especial, quando se trata da questão da redução de danos.

Haja vista a educação sobre doenças sexualmente transmissíveis, a distribuição de preservativos e a informação acerca dos riscos associados ao modo de uso de determinadas drogas serem intervenções no campo da redução de danos, essas não são compreendidas como o objetivo final de atuação do Consultório.

As intervenções em redução de danos compõem o enredo de intervenções com a população, que tem como centro a ênfase no vínculo com a equipe. Esse

vínculo diz respeito ao posicionamento ético da equipe frente a tal população. Um posicionamento que visa um encontro privilegiado com cada um deles. Um encontro que possibilite que se sintam reconhecidos para além dos estigmas pelos quais estão marcados, conforme trecho citado abaixo pelo Prof. Nery Filho

Nós reconhecemos que, dentre as práticas do Consultório de Rua, se incluía a de reduzir danos, mas nós não estávamos na dimensão da redução de danos no sentido de um programa que estava ali para reduzir danos, como uma máquina de reduzir danos. Nós éramos uma máquina de encontrar pessoas, de assistir essas pessoas, de construir uma história. A espinha dorsal do Consultório de Rua é trabalhar na rua reconhecendo a rua como um lugar de vida e não, necessariamente, ou exclusivamente, um lugar de morte, reconhecendo o saber das pessoas que nós encontramos na rua.

Considerações como essas esclarecem a dimensão da atenção que o Consultório de Rua pode desempenhar com uma população exposta à vulnerabilidade física e social que inclui, sobretudo, o estigma sobre quem são.

Para além das condições concretas de escassez de recursos financeiros e materiais, bem como da fragmentação social por um rompimento ou abalo das relações com os cuidadores, essas crianças e adolescentes são marcadas pelos estigmas da marginalidade e da droga. São formas de serem identificadas na sociedade que produzem, como consequência, uma exclusão maior. Por esse motivo, o campo de atuação do Consultório, antes de ser o dos cuidados imediatos para os desvalidos, é um campo onde se confere um olhar para além dos estigmas.

Trata-se da possibilidade de um encontro que favoreça essa população de se ver reconhecida pelo que são, na dignidade que possuem por estarem vivas, e por terem, dessa maneira, possibilidades de existir menos expostas a situações e sofrimentos que aproximam da morte. Percebe-se que o trabalho alcançou seus objetivos quando, por meio das intervenções do Consultório de Rua, abre-se no horizonte dessas pessoas uma possibilidade de se verem reconhecidas de outro modo:

Quando o consultório de rua vai à rua, e algumas pessoas dizem: 'você nunca mais vieram aqui'; 'você estão fazendo falta'; 'eu estava esperando vocês chegarem', essas frases dizem que alguém não tinha um interlocutor, passou a ter, e reconhece esse interlocutor. Então, eu só posso dizer que uma coisa tem valor para outra, quando a outra diz: 'que bom que você veio', 'que pena que você faltou'. O que é fundamental mesmo é você ouvir de alguém lá na rua, desvalido, sem futuro - eu diria, que não tem nem passado, nem futuro, só o presente - e essa pessoa diz: 'que bom que você veio', 'que pena que você faltou'.

Ao colocarmos em perspectiva a dimensão desse encontro privilegiado – favorecedor do estabelecimento de um vínculo da população com a equipe –, as intervenções em saúde e na atenção psicossocial passam a ter uma consequência real em suas vidas. A retirada de uma carteira de identidade para aquele que não a possui, o encaminhamento para algum serviço público de saúde para o tratamento de doença, a distribuição de preservativos e de informações sobre o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, dentre

outras, são apenas alguns exemplos de atividades do Consultório de Rua que têm uma repercussão em suas vidas por serem desempenhadas pelos técnicos com quem têm uma vinculação afetiva, muito diferente de uma vinculação eminentemente burocrática ou rotineira.

Esse caráter que a atuação do Consultório de Rua imprimiu ao trabalho que desenvolve desde o seu nascimento até hoje é destacada na seguinte frase:

O uso de drogas não é um ato de morte, é um modo do sujeito reduzir a dor. Quando se chega lá com essa possibilidade, reconhece-se que o sujeito usa drogas, não para morrer, mas para viver”.

Aqui, o Prof. Antonio Nery deixa claro a concepção sobre o uso de drogas por tal população. Trata-se de uma leitura que reconhece no ato de se drogar, um ato humano portador de um sentido na vida dessas pessoas. Desse modo, a conduta da equipe perante o uso da droga é uma conduta que leva em consideração os sentidos associados à droga, sentidos relacionados à história de vida de cada um e ao contexto de vida atual. Esse é o olhar que marca o trabalho do Consultório de Rua.

CONSULTÓRIO DE RUA: DEFINIÇÃO E OBJETIVOS



O percurso realizado até o momento, no qual foi caracterizada a população em situação de rua e a história do Consultório de Rua permitiu destacar questões sobre as condições de vida dessas pessoas e das deficiências quanto ao acesso a requisitos básicos para o pleno exercício da cidadania.

Dentre as deficiências vividas por essa população, a dificuldade de acesso aos recursos de atenção à saúde tem um lugar de destaque, retrato da condição de exclusão social que, para além da precariedade de serviços em saúde, é visto de modo especial no estigma de muitos profissionais que atuam em ambulatórios, hospitais e em postos de saúde.

O Consultório de Rua, como estratégia de atenção à saúde realizada no próprio local onde vive a população de rua, é uma iniciativa que estabelece um paradigma diversificado nos cuidados à saúde global dessas pessoas, amplamente expostas a situações de “risco de vida”.

Compreende-se aqui “riscos de vida” como qualquer ação do indivíduo ou exposição a um ambiente que implique a possibilidade da perda da vida ou o comprometimento significativo das faculdades vitais. Desse modo, localizam-se como fatores de risco nessa população: a violência, a desnutrição, o contágio de doenças sexualmente



transmissíveis e outras doenças contagiosas e o próprio uso diário de substâncias psicoativas.

Dessa forma, qualquer intervenção em saúde com essa população deve, necessariamente, focar suas intervenções e seu olhar nesses fatores de risco à vida, no sentido de favorecer novas possibilidades de lidar com tais aspectos de suas vidas, de modo a reduzir o sofrimento e o próprio risco à vida.

Nesse sentido, o Consultório de Rua nasce na perspectiva de uma atenção à saúde, em especial para os riscos associados ao uso de álcool e outras drogas e aos riscos relacionados ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Perspectiva que, por sua vez, está alinhada com as premissas constitucionais de nosso país. No artigo 196 da Constituição Federal (1988), a saúde está posta como um direito universal e está vinculada à redução dos riscos à vida:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A atenção à saúde, tal como sustentada pelo Consultório de Rua, vai além dos cuidados imediatos ao corpo físico e amplia-se para uma atenção aos aspectos biopsicossociais do indivíduo. Os riscos à vida mencionados anteriormente não tratam apenas da ocorrência ou não de doença orgânica,

dizem respeito à interação do indivíduo consigo e com o meio espacial, cultural e social no qual está inserido. A escolha por uma atenção à saúde em seu aspecto biopsicossocial segue, necessariamente, a complexidade envolvida com os sofrimentos vividos no contexto da vida na rua.

O Consultório de Rua vale-se, portanto, de estratégias que visem a promoção da saúde, da cidadania e da dignidade humana e define-se como um dispositivo clínico de atenção à saúde biopsicossocial de pessoas em situação de rua, expostas a riscos de vida relacionados ao uso de substâncias psicoativas e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

Sua atuação conta com um veículo adaptado e equipado para as finalidades de intervenção na rua nas modalidades de atendimento psicológico, atendimento em assistência social, cuidados imediatos à saúde, redução de riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas, educação para a saúde e higiene, atividades lúdicas, oficinas criativas, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças contagiosas e encaminhamento para a rede social e de saúde.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DE UMA PRÁTICA



Estabelecer princípios e diretrizes de uma prática como o Consultório de Rua pressupõe a compreensão de não tratar-se de um trabalho mecânico e burocrático, com base apenas em protocolos de atuação.

Recorrer a uma reflexão dos princípios éticos e diretrizes técnicas respaldam o trabalho do Consultório de Rua e são prova do reconhecimento das sutilezas implicadas em uma atuação em saúde fora dos muros institucionais e com uma população envolta a fragilidades sociais, econômicas e de saúde.

Quanto mais claros estão os princípios e diretrizes que governam a prática, maiores serão as possibilidades de lidar com situações que extrapolam o habitual. O trabalho do Consultório de Rua apenas reforça essa qualidade de apoiar-se nos princípios, pois no contexto de rua o habitual muitas vezes é a surpresa e o inesperado relacionado à velocidade dos acontecimentos, à fragmentação dos limites entre o público e o privado, e ao próprio contato com as pessoas que fazem da rua o seu habitat.

Os pressupostos do Consultório de Rua estão compreendidos em duas categorias: princípios éticos, que dizem respeito às questões mais amplas sobre o posicionamento da equipe frente à especificidade do trabalho; e as diretrizes técnicas, que recaem mais diretamente à prática cotidiana da equipe.

1. PRINCÍPIOS ÉTICOS

Os princípios éticos aqui expostos respaldam o trabalho do Consultório de Rua na medida em que explicitam premissas e valores que não podem ser descartados; caso contrário, invalida qualquer intervenção técnica por parte da equipe. Trata-se de três prerrogativas relativas a uma compreensão sobre a posição ética do profissional frente à sua conduta e a conduta do outro.

Esses princípios éticos não visam esgotar as possibilidades de conduta ética no Consultório de Rua. Têm como objetivo constituírem-se como referências claras para a garantia dos valores da dignidade humana, da responsabilidade e da liberdade.

Ademais, é importante salientar que os profissionais do Consultório de Rua são também regidos pelos códigos de ética de suas respectivas profissões. Dessa forma, os códigos de ética profissionais também passam a compor o conjunto de princípios éticos do Consultório de Rua.

Os princípios éticos que sustentam o trabalho do Consultório de Rua são:

- **Toda conduta humana é portadora de significação pessoal**

Postular a premissa de que toda conduta humana é portadora de significação tem uma implicação ética, pois afasta a possibilidade de interpretações dogmáticas e unilaterais sobre os fenômenos humanos como o

uso abusivo de drogas, a marginalidade e a própria situação de rua. Tradicionalmente, esses fenômenos são interpretados pela sociedade sem levar em consideração as significações pessoais relativas ao fato de drogar-se, morar na rua e cometer crimes. A consequência é a progressiva estigmatização desses atos que encobre as determinações sociais e pessoais envolvidas nessas práticas.

Partir do pressuposto que toda conduta humana, seja ela qual for, responde por uma significação pessoal é a condição para poder reconhecer tais atos para além do estigma, na sua particularidade (VAISBERG, 2004). Quando reconhecidos em sua particularidade, abre-se, portanto, a possibilidade do estabelecimento do vínculo entre o usuário e o profissional e, assim, a possibilidade de um autocuidado, uma preservação dos efeitos nocivos relacionados ao uso de substância psicoativa.

- **Respeito ao sofrimento e ao ethos humano**

O respeito ao sofrimento e ao ethos humano é consequência do princípio da significação das condutas humanas. Tomar o respeito ao sofrimento e ao ethos humano como princípio ético é, primeiramente, estar atento às razões pessoais implicadas nos atos e nas circunstâncias de vida de qualquer pessoa. Ou seja, trata-se de levar em consideração as significações pessoais de alguém perante o que faz, antes de propor qualquer intervenção com essa pessoa. Refere-se, portanto, a uma atitude reflexiva diante da conduta do outro

e, em seguida, uma postura reflexiva perante a própria conduta.

A referência à palavra *ethos*, de origem grega, é importante. *Ethos* é uma das raízes da palavra ética e diz respeito à morada dos homens (SAFRA, 2004). Morada entendida não apenas como o lugar onde alguém vive, mas também aos valores e significações dos costumes e hábitos de alguém ou algum grupo. Respeitar o sofrimento e o *ethos* humano é considerar e estar atento às significações do outro em relação ao que faz e a onde vive.

Realizar qualquer intervenção médica, psicológica, social e/ou lúdica com alguém sem antes considerar as significações pessoais envolvidas nas práticas desse outro é posicionar-se de modo a supor previamente o que é melhor para o outro. Esse aspecto ganha maior relevância quando é a equipe multidisciplinar quem vai até os “pacientes”. Se, de antemão, pressupõe-se que a vida na rua é algo essencialmente ruim, e que as pessoas que aí vivem deveriam querer voltar para as suas casas, a postura do profissional só levará em consideração o que pretensamente pensa conhecer sobre a vida do outro.

Como visto anteriormente sobre o contexto de vida da população em situação de rua, muitos escolhem viver na rua como forma de lidar com uma história de vida marcada por conflitos familiares e dificuldades financeiras. A situação de rua está associada à apropriação do espaço da rua, essa apropriação é

feita por meio de significações pessoais que cada um faz com o espaço que escolhe para viver.

O mesmo vale para a questão do uso de drogas entre a população. Se há um uso abusivo de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas, não é simplesmente porque conferem uma sensação de entorpecimento e anestesia. Se há uma busca quase incessante por essas sensações é porque o uso das drogas ocupa alguma significação em suas vidas. Buscar compreender essas significações e manter uma postura distante de um posicionamento moral e preconceituoso sobre o indivíduo são requisitos para uma abordagem ética e técnica sobre os casos de uso abusivo de drogas.

- **Responsabilidade dos atos**

A responsabilidade como princípio ético do Consultório de Rua arremata o aspecto reflexivo presente nos outros princípios detalhados anteriormente. Sustentar a responsabilidade pelos atos é a condição para uma equipe apresentar-se comprometida com a sua prática. A responsabilidade como princípio ético é a capacidade de responder pelas próprias ações; pressupõe, portanto, que as mesmas se apoiem em razões ou motivos. Responder pelas ações é também refletir sobre as razões implicadas nos atos.

Tal princípio se aplica tanto à equipe, com relação ao seu próprio trabalho, quanto ao usuário de droga, perante o seu ato, por exemplo. Compreender

a conduta humana pela perspectiva da responsabilidade permite uma abordagem com o usuário que possibilite a ele responder pelos seus atos e, com isso, refletir sobre suas razões, a fim de poder decidir – com mais propriedade – como lidar com os danos associados ao uso abusivo de álcool ou droga. A responsabilidade como princípio ético afasta-se de uma perspectiva assistencialista que visa o resgate do outro sem que esse se responsabilize por sua mudança.

2. DIRETRIZES TÉCNICAS

Diferente dos princípios éticos que respondem por questões mais amplas e reflexivas sobre a prática, as diretrizes técnicas do Consultório de Rua estabelecem parâmetros conceituais claros para o estabelecimento do trabalho da equipe.

São diretrizes que caracterizam a especificidade do trabalho do Consultório de Rua e apresentam-se de modo indissociável dos princípios éticos expostos acima. As diretrizes técnicas são:

- **Oferta programada**

A oferta programada diz respeito ao modelo de proposição de atendimento à população e apresenta-se como uma resposta ao modelo de atendimento em saúde no qual é o paciente quem vai em busca do serviço. Nesse modelo tradicional, trata-se a demanda espontânea, e tem origem na clínica médica, onde a assistência em saúde estava amplamente atrelada



ao hospital e à figura do médico, como principais vetores para o tratamento. Contudo, o crescimento das grandes cidades e o aumento populacional são fatores que comprometem a sustentação do modelo de demanda espontânea.

A oferta programada surge como um modelo que propõe a antecipação dos cuidados em saúde, com base em pesquisas epidemiológicas e sociais. Trata-se de localizar a demanda de tratamento antes que essa chegue aos serviços de saúde, constantemente lotados (OLIVEIRA, 2009).

No que tange o trabalho do Consultório de Rua, a oferta programada é uma das diretrizes de sustentação do trabalho. A proposição do Consultório surge exatamente da constatação de que grande parte da população em situação de rua não possui pleno acesso aos serviços de saúde. Tal fato supõe uma demanda de atenção à saúde nessa população que é localizada por meio do mapeamento e da pesquisa de campo, onde são estudados o perfil populacional de regiões da cidade com concentração de pessoas em situação de rua.

O modelo de oferta programada, tal como sustentado pelo Consultório de Rua, está em consonância com os princípios – do Sistema Único de Saúde (SUS) – da universalidade e equidade. Trata-se de uma proposta que amplia o acesso à saúde universal e igualitário, especialmente para aqueles expostos a maiores riscos à vida.

- **Territorialidade**

O pressuposto técnico da territorialidade é um sucedâneo do princípio do respeito ao ethos humano. Aqui a noção de territorialidade se confunde com a noção de ethos, quando ambas apontam para os aspectos físicos, espaciais, culturais, valorativos e simbólicos do lugar onde se vive.

A consideração desses aspectos na escolha das áreas de atuação do Consultório de Rua é o que permite que a equipe alcance a população alvo, sem violar os códigos da rua, sem violar as significações atreladas à ocupação do espaço da rua. Na prática, isso se refere a uma atenção ao modo de abordagem da equipe, aos seus horários de chegada e saída e ao contato com os informantes da comunidade da área de atuação do Consultório de Rua.

Finalmente, a atenção no aspecto da territorialidade permite à equipe explorar as possibilidades físicas do local de atuação do Consultório, bem como a possibilidade de articulação com a rede social informal do local para o fortalecimento e desenvolvimento das atividades do Consultório de Rua. Como se percebe, a territorialidade está intrinsecamente relacionada com o princípio da oferta programada.

- **Redução de Riscos e Danos**

A estratégia redutora de riscos e danos se apoia, primeiramente, na constatação da carência de acesso aos serviços da rede de saúde por parte da população em situação de rua. Esse fato configura-se como um

aspecto que aumenta os riscos dessas pessoas em contrair alguma doença ou agravo físico, sem poder ter um acompanhamento necessário para o alívio dos sintomas.

Quando verificamos os comprometimentos sociais e físicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, os riscos à saúde tornam-se ainda maiores, especialmente por tratar-se de pessoas expostas, frequentemente, a situações de vulnerabilidade social, ferimentos e desnutrição, por exemplo.

Nesses casos, a reunião de condições desfavoráveis dificulta ainda mais a procura por serviços de saúde e colocam tais pessoas em uma situação na qual se vêem mais necessitadas da droga para poderem enfrentar sua condição de vida.

São casos em que a pessoa não está em condições de abster-se do uso da droga, seja porque não quer, seja por que não suportaria viver sem o uso da substância. Contudo, isso não impede que essas pessoas possam contar com ações de autocuidado e controle que visem a diminuição da incidência dos efeitos nocivos à saúde decorrente do uso de drogas. Tais ações de autocuidado e controle a respeito do uso da droga constituem o que denominamos de redução de riscos e danos (OLIVEIRA, 2009).

Tomar a redução de riscos e danos como pressuposto para uma prática é colocar-se em uma postura perante a população-alvo do Consultório de Rua, de modo a favorecer que essas pessoas desenvolvam as ações de



autocuidado, controle e proteção a respeito dos riscos sociais e danos à saúde relacionados ao modo de uso das drogas. Com isso, abre-se a possibilidade do próprio usuário desenvolver uma atenção sobre sua saúde física e mental.

Na prática, a redução de riscos e danos é uma oferta feita pela equipe aos usuários para que possam se apropriar dos efeitos de suas próprias ações e, com isso, se protejam e cuidem-se mais apropriadamente. Isso é realizado por meio de orientações acerca dos riscos sociais a que podem estar expostos no momento do uso, orientações sobre modos de uso menos perigosos, sobre ações a serem tomadas após o uso da substância, além de distribuição de preservativos, seguida de instruções sobre modo de uso e orientações sobre doenças contagiosas e doenças sexualmente transmissíveis.

A consequência do autocuidado relativo aos riscos e danos relacionados ao uso de droga se manifesta no desenvolvimento de uma maior responsabilidade do usuário perante o uso e às situações a que se expõe. A perspectiva de uma maior responsabilidade sobre si abre caminho para a busca de tratamento e acompanhamento que pode começar pelo Consultório de Rua e estender-se para a rede de saúde.

- **Interdisciplinaridade**

A interdisciplinaridade como diretriz para o trabalho do Consultório de Rua surge da própria complexidade

de aspectos sociais e pessoais que marcam as condições de vida da população em situação de rua. A caracterização dessa população revelou a justaposição dos vários fatores que participam para a manutenção da situação de rua, dentre os quais podem ser citados: a história de vida marcada por algum conflito familiar, as dificuldades econômicas de inserção no mercado de trabalho, as deficiências quanto ao acesso à saúde e a educação, a estigmatização social da própria sociedade, o uso de substâncias psicoativas, bem como as características de fragmentação da própria rua.

Percebe-se, dessa maneira, que a variedade de fatores implicados na situação de rua pede, necessariamente, um olhar por parte da equipe do Consultório de Rua que contemple essa complexidade. Uma única perspectiva teórica nunca seria suficiente para a compreensão dessa realidade nem para a sustentação de um trabalho efetivo com a referida população. É por essa razão que o trabalho do Consultório se apoia no paradigma da interdisciplinaridade.

Isso quer dizer que a atuação da equipe, constituída por uma variedade de profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e educadores sociais, está alicerçada na integração dos distintos saberes, a fim de responder tanto pelos objetivos do Consultório de Rua como também pelos desafios e impasses provocados por uma prática tão específica quanto é a do atendimento no contexto de rua.

A interdisciplinaridade no Consultório de Rua é uma permanente cooperação dos diferentes profissionais na atuação de todas as atividades do Consultório.. Essa cooperação ocorre de modo prático na participação de todos na discussão sobre as atividades a serem desenvolvidas, na atenção permanente de cada membro da equipe no trabalho do colega na situação de rua, na construção conjunta de soluções para impasses e desafios da prática cotidiana do trabalho em rua.

A contribuição de cada profissional de um campo específico do saber é a garantia de um olhar e uma intervenção plural em um contexto de vida pleno de demandas dos mais diversos tipos. A interdisciplinaridade, portanto, estimula uma postura solidária entre os membros da equipe e uma participação ativa de cada membro nos processos decisórios que envolvem o trabalho. Como consequência, tal postura favorece uma responsabilidade dos membros não apenas sobre o que fazem individualmente, mas também do que a equipe faz conjuntamente.







GUIA DO PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA



CONSULTÓRIO DE RUA: REFERENCIAIS PARA UMA PRÁTICA

PARTE II



1. APRESENTAÇÃO

Considerando a possibilidade de o trabalho do Consultório de Rua ser replicado em outras localidades e por outras equipes, entende-se a necessidade de prover informações norteadoras para a implantação do projeto. Assim, esse módulo tem por objetivo fornecer orientações técnicas aos profissionais e instituições sobre as etapas de implantação dessa metodologia desenvolvida pelo CETAD/UFBA, na cidade de Salvador/BA.

Após ter uma compreensão dos fundamentos teóricos que norteiam o projeto, o leitor terá, nesse capítulo, informações sobre o processo de formação da equipe, as características de sua estrutura, bem como formas de acompanhamento e gestão de dados que possibilitem um estudo sobre o desenvolvimento do trabalho.

Vale ressaltar que as diretrizes aqui contidas, deverão ser implementadas levando em consideração a necessidade de adaptações de acordo com o perfil da localidade em que o Projeto Consultório de Rua será implantado, bem como as características socioeconômicas e culturais da região.

2. CONSULTÓRIO DE RUA E AS REDES SOCIAIS E DE SAÚDE

Tendo como princípio o fato de que o Consultório de Rua atende a usuários de drogas lícitas e ilícitas, em especial crianças, adolescentes e adultos jovens que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social e à saúde, tendo seus direitos sociais, culturais e de saúde violados, a metodologia ora apresentada propõe uma nova forma de abordagem ao usuário, fora dos locais de tratamento habituais; sejam as salas de ambulatório, sejam as clínicas ou as comunidades de internação.



Trabalhando na perspectiva da inclusão social daqueles que estão em situação de exclusão devido à ausência de acesso à rede de serviços básicos de saúde e sociais, o Consultório de Rua busca resgatar essas redes, compreendendo que são compostas por pessoas e instituições para que, assim, os atendidos pelo Consultório de Rua possam assumir a sua posição de cidadãos agentes das suas próprias vidas.

Para o desenvolvimento do trabalho de inclusão social é necessária a construção de uma articulação dos atores envolvidos no processo por meio do diálogo e do respeito às singularidades. Para a Trck (2002), devemos considerar a existência de dois tipos de rede: a rede interna e a rede social. Na rede interna os profissionais de uma mesma instituição fortalecem as relações e se articulam entre si através do diálogo, do respeito e do comprometimento, exercitando a flexibilidade e a

capacidade de compartilhar conhecimento, viabilizando a construção de uma práxis interdisciplinar. A autora concebe rede social como uma política de atendimento que apresenta uma lógica que traz uma forma diferente de atuação, com o objetivo de favorecer a população para a qual desenvolve ações, atendimento qualificado e integrado, com base na “responsabilidade coletiva da sociedade e de suas instituições, governamentais ou não (...)” (Truck, 2002, p. 23).

Diante do exposto, o desenvolvimento do trabalho do Consultório de Rua tem como base as ações comunitárias através de redes sócio assistenciais, visando alcançar os aspectos biopsicossocial ao público-alvo, cuja articulação a partir desta rede é de fundamental relevância, podendo esta se constituir como propiciadora da reinserção dos atendidos. Assim, considera-se que a ação do Consultório de Rua,



apesar de ser uma atividade autônoma, está inserida no âmbito da rede social e de saúde do município. Observa-se em estudos empíricos e na prática do Consultório de Rua na Bahia, que as instituições de saúde, de educação e social, em especial, estão pouco preparadas para realizar o acolhimento e o atendimento a pessoas que possuem uma forma de se portar no mundo diferente daquelas que a sociedade impõe como padrão.

Aliada a essa questão, existe o preconceito e o estigma criados em torno do sujeito usuário de drogas, principalmente as ilícitas, influenciando no modo de tratamento dispensado a eles, desconsiderando o fato de que a cidadania e seus direitos independem da condição social na qual se encontram.

A dificuldade das pessoas para acessar os serviços de saúde e sociais justifica plenamente a existência do Consultório de Rua que, indo aos locais de permanência dos usuários, reconhece os limites impostos pelas circunstâncias e trabalha na construção de estratégias envolvendo os diversos setores sociais. Assim, em uma posição de flexibilidade para trocar e compartilhar novos conhecimentos, o projeto sempre inicia as suas atividades com o reconhecimento da rede de suporte social existente no local (unidades de saúde de diferentes níveis de atenção e complexidade, instituições sociais governamentais e não governamentais, unidades educacionais etc.)

3. RECURSOS MATERIAIS

Considerando que a equipe vai até a rua para os atendimentos, é necessário pensar na estrutura básica para

que seja possível realizar as intervenções, atendimentos, encaminhamentos e oficinas no local em que estão. Em geral, os locais em que o público-alvo se concentra oferecem higiene precária e poucos espaços de suporte, tendo sido necessário o desenvolvimento de estratégias sociais e materiais, como veremos.

Apesar dos recursos materiais serem importantes, vale ressaltar que o mais valioso instrumento de intervenção do projeto consiste no favorecimento do encontro entre os profissionais da saúde e os usuários de Substância Psicoativas (SPAs) em situação de rua, que o professor Antonio Nery Filho nomeia, respectivamente, de “incluídos visíveis” e “excluídos invisíveis”. Assim, qualquer dispositivo utilizado é secundário a esse encontro e deve servir apenas de apoio para o favorecimento das relações interpessoais (transferenciais), a exemplo da música, oficinas lúdicas e/ou artísticas. Os objetos servem como apoio ao encontro e não como condição para o encontro.

O consultório dos profissionais que atendem na rua é o veículo. Esse deve ser do tipo van, adaptado internamente, tendo em vista o transporte da equipe, a guarda de objetos pessoais, de instrumentos, de material informativo e preventivo (seringas, preservativos, material para curativos etc.), conforme fotos que serão apresentadas no decorrer.

A seguir, apresentaremos, de forma sintética, os instrumentos/materiais necessários para implantação e desenvolvimento das atividades do Consultório de Rua:



1. Material permanente:

ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Carro tipo van ou furgão	Com capacidade mínima para 10 passageiros.
Computador com leitor de DVD	Para rodar o programa de acompanhamento do projeto, suporte digital à equipe e para a exibição de filmes no campo.
Micro System	Para apresentações musicais.
Câmera Digital	Para registros das atividades.
Mesa (01) e cadeira dobrável (02)	Para os locais mais desprovidos de suporte.
Projetor	Para a exibição de filmes.

2. Fardamento da equipe

ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Camisa dos profissionais	A camisa deverá ter o logotipo do projeto em local visível e o(s) nome(s) da(s) instituição(ões) apoiadora(s).
Bolsa com alça tiracolo	Deverá ter o logotipo do projeto e deve oferecer espaço para a colocação de canetas, diário de campo, pranchetas, preservativos e material informativo.
Diário de campo	No diário de campo o profissional registra dados importantes para posteriores atendimentos e/ou encaminhamentos de casos, além de impressões sobre o dia. Nele também são registrados contatos com a rede de suporte social local.
Crachá	Identificação individual dos técnicos, fundamental para a sua circulação na área.

3. Material Informativo

ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Folders	(1) Institucional, com informações sobre o projeto, para o trabalho com a rede e de formação de profissionais. (2) Técnicos, com informações sobre prevenção, cuidado com a saúde, redução de danos e sobre a rede, para ser trabalhado junto aos usuários.
Banner em lona, com ponteira bastão e corda para pendurar.	Para ser utilizado como suporte didático e identificação da área de atendimento quando da realização da intervenção.

4. Materiais de campo

ESPECIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Material de papelaria (cartolina, papel metro, papel crepom, tesoura, cola, tinta guache, pincel, fita adesiva, argila, lápis de cor, hidrocor, lápis, caneta, grampeador, borracha, folha de ofício).	Materiais a serem utilizados em oficinas e atendimentos individuais, quando necessários.
Materiais médicos e de enfermagem (algodão, swab, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, glicosímetro, material para curativo etc.)	Necessários para as intervenções médicas e de enfermagem
Jogos e brinquedos (jogos de memória, tabuleiro, cartas, educativos, fantoche)	Materiais a serem utilizados em oficinas e atendimentos individuais com o objetivo de formar vínculo, entreter, discutir e trabalhar limites, potencialidades, concentração etc.
Instrumentos musicais	De preferência aqueles da própria cultura local. Em Salvador os instrumentos de percussão e o berimbau são muito apreciados pela população.

4. ROTINA DE FUNCIONAMENTO DO CONSULTÓRIO DE RUA

O trabalho nas ruas é caracterizado pelo inusitado, tal característica exige da equipe aptidão para lidar com as adversidades, devendo estar apta para responder ao imediato. A experiência desenvolvida na Bahia permitiu reconhecer uma trajetória mais ou menos constante que descreveremos a seguir, a título de subsídio para outras regiões onde o Consultório de Rua venha a ser implantado.

É fundamental que a equipe esteja instrumentalizada teoricamente para a realização do trabalho. Assim, está disponibilizado no OBID: (<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328365.pdf>) o Módulo de Formação para Profissionais do Projeto Consultório de Rua, com textos norteadores de discussões sobre temas relacionadas com a prática do trabalho, que podem servir de apoio para a realização de seminários internos e de grupos de estudos que a equipe deve realizar periodicamente.



Capa Módulo

Como já foi sinalizado, o trabalho desenvolvido pelo Consultório de Rua se dá articulado com instâncias

locais: formais (unidades de saúde, educacionais, sociais, religiosas etc.) ou informais (lideranças comunitárias, curandeiras etc.).

Para pensar a articulação com as redes, é necessário ter claro que o território é formado por pessoas e instituições que compõem a rede formal e informal, sendo necessário fazer a distinção entre as duas. Conforme Valério (2010, p. 74), as instituições legalizadas e formalmente institucionalizadas, como as instituições religiosas, a rede básica de saúde, a de educação, a de assistência social, a jurídica e a de segurança pública, por exemplo, fazem parte da rede formal. Enquanto que a rede informal é constituída por equipamentos que proporcionam a formação de laços sociais dentro da comunidade. Essa distinção e articulação com a rede possibilita conhecer as instituições que podem servir de suporte ao Consultório de Rua (CR), apresentar a proposta do CR, debater os princípios norteadores do mesmo, encaminhar e discutir casos em conjunto e, finalmente, em decorrência desta convivência profissional entre a equipe do CR e os profissionais da rede, estigmas e preconceitos relacionados à população de rua vão sendo desconstruídos. Desta forma, toda a rede compõe a retaguarda para as ações da equipe no município.

No primeiro momento deve ser realizada a identificação dessa rede para, em seguida, iniciarem-se os contatos e encontros presenciais.

A carga horária mínima sugerida para a realização do trabalho do Consultório de Rua é de 25 horas/semanais,

distribuída em cinco turnos de trabalho da seguinte forma: um para a realização de reunião geral de equipe, um para a articulação com a rede e encaminhamentos necessários a partir do campo e três dias de ida a campo, preferencialmente à noite. Contudo, cada equipe deve encontrar a melhor conformação para o trabalho, em razão das circunstâncias sociais e administrativas em que se encontra.

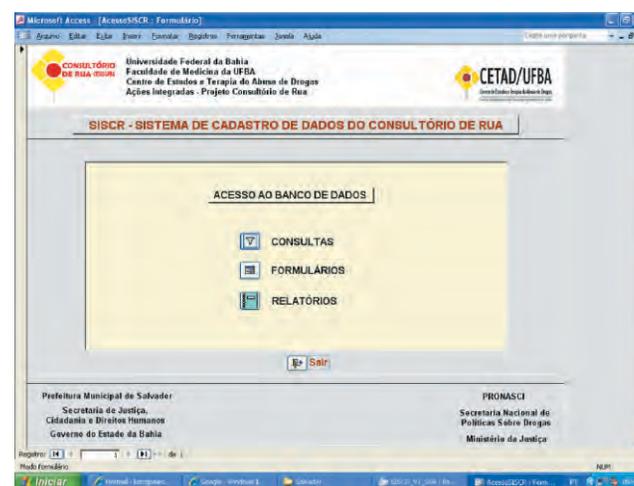
Para cada ida a campo é necessário que a equipe discuta as circunstâncias envolvendo as atividades imediatamente anteriores, o que possibilita a socialização das dificuldades e o adequado planejamento das intervenções futuras. O mesmo ocorre após a realização das atividades; aqui, porém, o objetivo é avaliar e registrar as ocorrências imediatas, e direcionar as próximas ações a serem desenvolvidas.

Compreendendo que a maioria dos usuários passa parte do tempo ocupado na busca de renda para a compra da droga, o turno sugerido de trabalho é o final da tarde e a noite. Contudo, o mesmo poderá ser adaptado à realidade local, de acordo com o fluxo da população. O tempo sugerido para a realização das atividades no campo, por dia, é de, no mínimo, quatro horas; porém, é a dinâmica da rua que indica se a atividade será estendida ou reduzida. Existe um tempo regular, entretanto, as adversidades podem fazer com que a equipe tenha que se retirar da área, a exemplo de atividades repressivas realizadas por policiais ou confronto entre traficantes. É necessário que a equipe esteja atenta para os códigos e sinais que são dados na dinâmica da rua.

REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

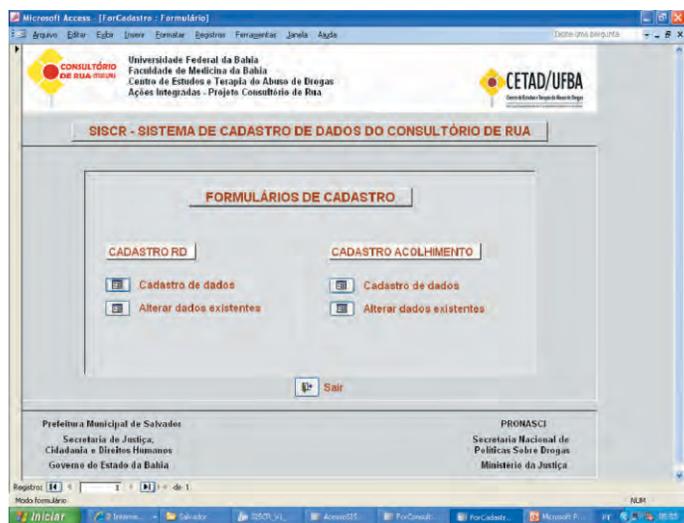
Uma das maiores dificuldades para o desenvolvimento das atividades do Consultório de Rua é a obtenção de informações junto ao público-alvo, uma vez que os atendidos, compreensivelmente, são desconfiados e por vezes mudam seus nomes, apelidos e dados.

Para sanar o problema, foi criado um Sistema de Cadastro de Dados do Consultório de Rua, com a finalidade de ser um banco de dados das ações desenvolvidas pelo projeto. Vale ressaltar que em todas as imagens do banco de dados e dos formulários utilizados no projeto, encontram-se no cabeçalho o nome do correspondente local, que é a sede do projeto. Por exemplo, o CETAD/UFBA, é a sede da equipe de Salvador.



Página inicial do banco de dados.

O banco de dados foi elaborado com o apoio dos profissionais que atuam no Projeto Consultório de Rua nas cidades de Salvador, Lauro de Freitas e Camaçari e foi construído de forma empírica, utilizando-se do programa de dados Access. Nele é possível fazer consultas de atendimentos realizados, registrar dados e evoluções do campo e do usuário atendido, imprimir formulários e relatórios de acordo com as necessidades.



Tela de cadastros.

O primeiro formulário utilizado para o registro em campo é a ficha de acolhimento. Ela é utilizada por qualquer profissional que tenha o primeiro contato com o usuário no campo. Essa ficha deve ser preenchida de acordo com a progressão do acolhimento, não sendo a prioridade no primeiro ou nos primeiros encontros com o usuário. As informações poderão ser completadas

na medida em que as relações (transferenciais) se fortalecem. Vale ressaltar que as atividades burocráticas, por mais que sejam importantes, não são, em hipótese alguma, a prioridade no campo. O mais importante é o fortalecimento dos vínculos e a realização de intervenções que visem à saúde dos atendidos. A seguir, apresenta-se a ficha de acolhimento dos usuários com os dados que possibilitarão melhor compreensão dos atendidos.

Formulário de acolhimento de usuário. 1

No primeiro atendimento realizado pelos técnicos do projeto pode ser identificada a necessidade de encaminhamento do usuário para a rede de suporte social; para isso, utiliza-se o formulário apresentado abaixo. Vale ressaltar que essa informação também é inserida no banco de dados, que será utilizado para a realização do matriciamento do caso, ou seja, acompanhamento dos encaminhados nas instituições, com discussão do caso entre as partes envolvidas, como por exemplo, encaminhamento para a realização de pré-natal. O profissional responsável pelo encaminhamento deverá acompanhar a assistência prestada pela unidade para a qual o usuário foi encaminhado.

Além do matriciamento, em algumas situações é necessária a utilização de cuidados intermediários, que consistem no encaminhamento e acompanhamento de casos para centros e serviços especializados, devido à impossibilidade do atendimento ser realizado pela equipe do Consultório de Rua. Quando constatada a dificuldade do paciente de se dirigir sozinho ao local para o qual foi encaminhado, a condução deve ser realizada, preferencialmente, pelo profissional de referência⁵. Muitas instituições, apesar da realização do trabalho de articulação com a rede, oferecem resistência e por vezes dificultam o acesso do usuário ao atendimento; assim, esse acompanhamento busca favorecer ao usuário um acolhimento digno na instituição à qual se dirige.

Formulário de Encaminhamento

Encaminhamos o(a) Sr.(a)

Para:.....

Endereço:.....

Solicitação:

Motivo do Encaminhamento:

Atenciosamente,

Salvador, / / Hora: Técnico responsável

Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - Ações Integradas - Projeto Consultório de Rua
Universidade Federal da Bahia

Formulário de Encaminhamento

Nome do Paciente: _____

Encaminhado para o Serviço: _____

Salvador, / / Técnico Responsável

Prefeitura Municipal de Salvador
Governo do Estado da Bahia
Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos

PRONASCI
Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
Ministério da Justiça

Formulário de encaminhamento

⁵ Trata-se do profissional que acompanha o caso de forma mais próxima, a partir do vínculo que foi construído entre usuário e equipe, com o objetivo de tentar garantir a conclusão do encaminhamento, facilitando o seu deslocamento e acesso ao sistema de saúde.



REDUÇÃO DE DANOS

Na dinâmica da rua a carência de tudo é dominante, qualquer oferta desperta interesse. Nesse sentido, o preservativo é um importante insumo utilizado na prevenção efetiva das DST/AIDS, na discussão dos comportamentos sexuais de risco social e para a saúde, bem como na aproximação com os usuários. No campo, todos solicitam preservativo e se aproximam dos profissionais ao perceberem que esse está sendo distribuído, seja feminino ou masculino (esse último mais utilizado). Tal distribuição deve ser realizada preferencialmente pelo redutor de danos, que no momento da entrega orienta o atendido para a importância do seu uso. Isso porque os redutores de danos possuem atributos que facilitam a disseminação da informação, bem como o favorecimento do vínculo com o usuário. Assim, foi elaborado um formulário para registro das intervenções redutoras de riscos e danos relacionadas com as práticas sexuais.

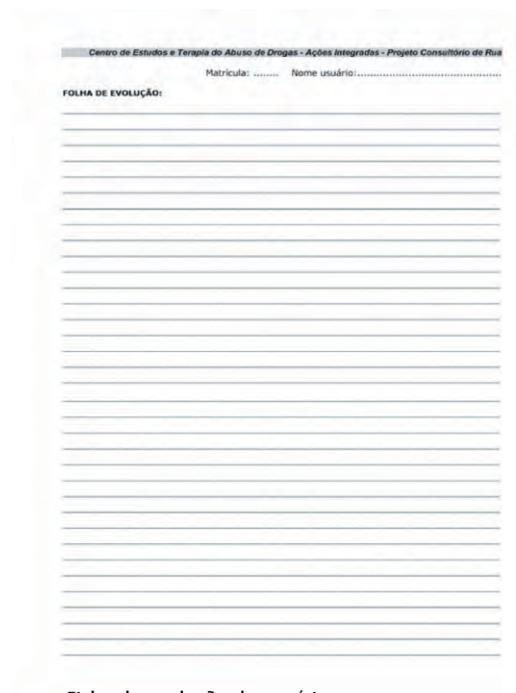
Muitos usuários são acompanhados pelos profissionais na medida em que passam a frequentar regularmente as atividades do Consultório de Rua. O retorno



Formulário de Cadastro de Usuário Redutor de Danos. O formulário contém campos para Data, Área Intervenção, Nome, Apellido, Usuário, Sexo, Idade, Onde mora?, Observação, e uma tabela com 10 colunas e 20 linhas para registro de dados.

Nome	Apellido	Usuário	Sexo	Idade	Onde mora?	Observação				

regular às atividades sinaliza uma continuidade do atendimento, bem como um fortalecimento do vínculo com a equipe, daí a necessidade dessa identificar ações que favoreçam biopsicossocialmente esse usuário. Além da escuta necessária e fundamental para esse acompanhamento, o técnico que realiza os atendimentos subsequentes (qualquer que seja esse e independentemente de ser um profissional ou mais a atender o mesmo usuário) utiliza uma ficha de evolução. Essa ficha é individual e apresenta as principais questões trabalhadas com o usuário, sem ferir a confidencialidade nem romper com a ética profissional. Trata-se de informações gerais que possibilitem o estudo do caso pela equipe.



Ficha de evolução do usuário. O formulário contém campos para Matrícula e Nome usuário, e uma seção intitulada 'FOLHA DE EVOLUÇÃO:' com 20 linhas para registro de dados.

Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - Ações Integradas - Projeto Consultório de Rua

Matrícula: Nome usuário:

FOLHA DE EVOLUÇÃO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

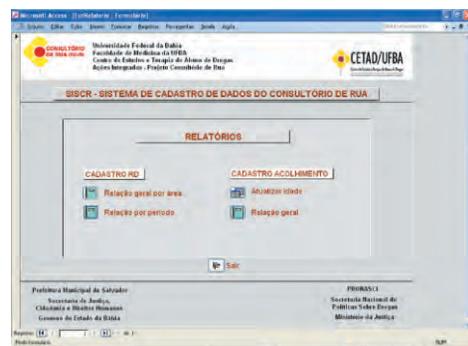
Ficha de evolução do usuário.

Várias são as ações desenvolvidas pelos técnicos no campo e, para que seja possível avaliá-las e acompanhá-las quantitativamente, foi desenvolvido um formulário preenchido a cada ida a campo, pelos técnicos:

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PRIMEIRA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCEIRA SEMANA	QUARTA SEMANA	QUINTA SEMANA	TOT
OFICINAS						
Atividade de educação em saúde						
Presença ECT/CEH						
Orientação para uso de preservativo						
ATIVIDADES LÚDICAS						
Jogos de tabuleiro						
Jogos de movimento						
Capacitação						
Música						
Dança						
Pintura						
Organi						
Contar histórias						
Fantoches						
ENLARGAMENTOS						
Unidades de Saúde						
Assistência Social						
Assistência em AD						
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM						
Cuidado						
Gestões						
Atenção de primeira atenção						
ENFERMAGEM PREVENTIVA MASCULINO/FEMININO						
Masculino						
Feminino						
ACOMPANHAMENTOS						
Escola						
Acompanhamento psicológico						

Mapa mensal de atividades.
Mapa de atividades mensais por técnico.

Os relatórios são importantes fontes de avaliação constantes do trabalho. Eles estão disponibilizados no banco de dados para que seja possível o acesso a qualquer tempo, utilizando-se das diversas variáveis, tais como sexo, idade, área de intervenção etc.



Página de solicitação de relatório.

Vale ressaltar que cada profissional possui um diário de campo que é utilizado individualmente pelo técnico e cujas informações não são, necessariamente, compartilhadas, salvo em circunstâncias indispensáveis para benefício do atendido. O diário serve também de base para a alimentação dos dados no programa que permite ter informações qualitativas e quantitativas dos atendimentos da equipe.

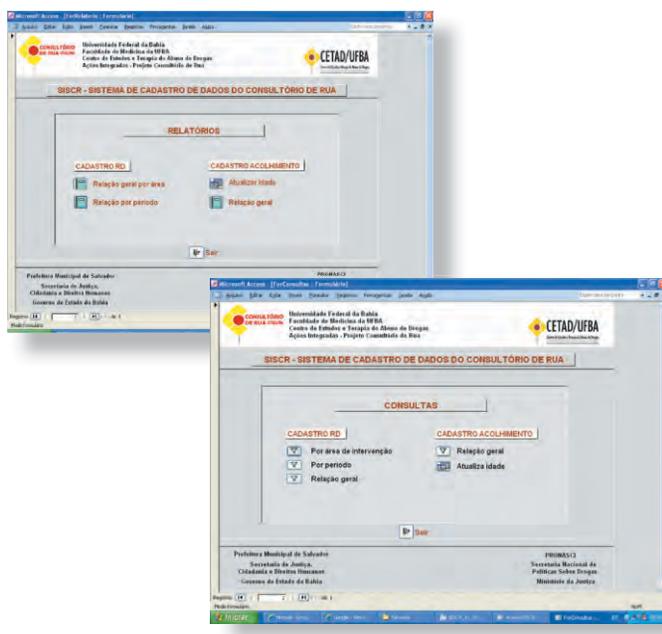


Diário de campo - Capa frente

Outra fonte de acompanhamento do desenvolvimento do trabalho da equipe são os relatórios mensais com informações sobre:

- Articulação com instâncias governamentais (reuniões realizadas com coordenações e secretarias de governo para o desenvolvimento do trabalho no município).
- Articulação com a rede e ações intersetoriais.
- Mapeamento de áreas de intervenção (contendo pontos positivos, pontos negativos e parecer sobre o local), o que permitirá avaliação acerca da necessidade de buscar outro local para a intervenção.
- Atividades desenvolvidas no campo.

- Pontos discutidos nas reuniões de equipe.
- Estudos dirigidos.
- Participação de membros da equipe em seminários ou eventos como ouvinte ou palestrante.



É fundamental que a equipe do Consultório de Rua esteja interagindo e inserida em uma instituição de saúde e de referência para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas do município, a exemplo de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), pois assim os técnicos poderão referenciar os seus atendidos na rua.

5. QUATRO REFERENCIAS PARA UMA PRÁTICA.

O trabalho com população de jovens usuários de drogas que vivem nas ruas exige do profissional tanto capacitação técnica quanto inteligência emocional, enquanto aptidão para lidar com aspectos sociais e psicológicos. Para ser um profissional da equipe de rua é necessário ter sensibilidade, criatividade e capacidade para estabelecer vínculos, ser acolhedor, flexível, persistente, gostar de desafios, saber lidar com frustração, bem como estar motivado para o trabalho de rua, para além dos limites da instituição.

São características basilares para o profissional fazer parte da equipe do Consultório de Rua: sensibilidade e cuidado com o público atendido, ser comunicativo, ter criatividade para lidar com as adversidades que a rua apresenta, bem como com a especificidade do público atendido, flexibilidade, compromisso, responsabilidade, respeito pela diversidade e multiculturalidade, ter ética profissional e capacidade de trabalhar de forma interdisciplinar.

A frustração e o sentimento de impotência são frequentes nas atividades de rua; entretanto, não devem ser paralisantes e sim um desafio a ser enfrentado. A base do trabalho do Consultório de Rua está no vínculo de confiança que os usuários estabelecem com a equipe. O comportamento e o modo técnico como a equipe trabalha são de grande importância, pois significam os códigos de aceitação e do verdadeiro interesse da equipe por esses usuários.

Contudo, a própria condição de trabalho, com precária estrutura física, a céu aberto, sem as devidas acomodações físicas, facilmente sobrecarregam os técnicos. Tal aspecto deve ser considerado pela coordenação, enquanto cuidado com a equipe. O trabalho se dá, quase sempre, em condições materiais difíceis. Por isso, faz parte da dinâmica do trabalho – principalmente do coordenador – estar atento à equipe, fornecendo cotidianamente suporte técnico, teórico e também emocional.

Para lidar com a complexidade das situações enfrentadas, a equipe de profissionais das diferentes especialidades do Consultório de Rua é capacitada continuamente e sistematicamente. A capacitação contempla o estudo de temas pertinentes à realidade vivenciada pela população de rua, a supervisão direta das atividades que são discutidas em reuniões diárias, que antecedem a entrada em campo, além das reuniões semanais.

Enquanto referencial teórico, o Consultório de Rua utiliza-se dos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, sexualidade, adolescência, delinquência e exclusão, oriundos da antropologia, da sociologia, da psicologia, da psicanálise e da medicina.

EQUIPE

Indiscutivelmente, a tecnologia mais importante do trabalho é a equipe. É através dela que os encontros ocorrem e dão lugar a muitas possibilidades, desde a formação de vínculos até os encaminhamentos

para serviços de grande complexidade. As escutas individualizadas, oficinas, jogos, dentre outras atividades, ocorrem mediante a atenção, cuidado e força de trabalho que cada profissional emprega. O fazer profissional é fundamental para o desenvolvimento das atividades do projeto. Os instrumentos musicais, insumos, materiais lúdicos e de enfermagem não possuem utilidade se os profissionais não estiverem imbuídos da premissa de favorecer o encontro e o vínculo:

O trabalho realizado pela equipe do projeto Consultório de Rua está ligado a uma inter-relação, cujos resultados serão construídos, dia a dia, pelas partes envolvidas no processo, o que resguarda o respeito à liberdade do outro e, portanto, o caráter ético das intervenções. (Gonçalves e Braitenbach, p. 45, 2010).

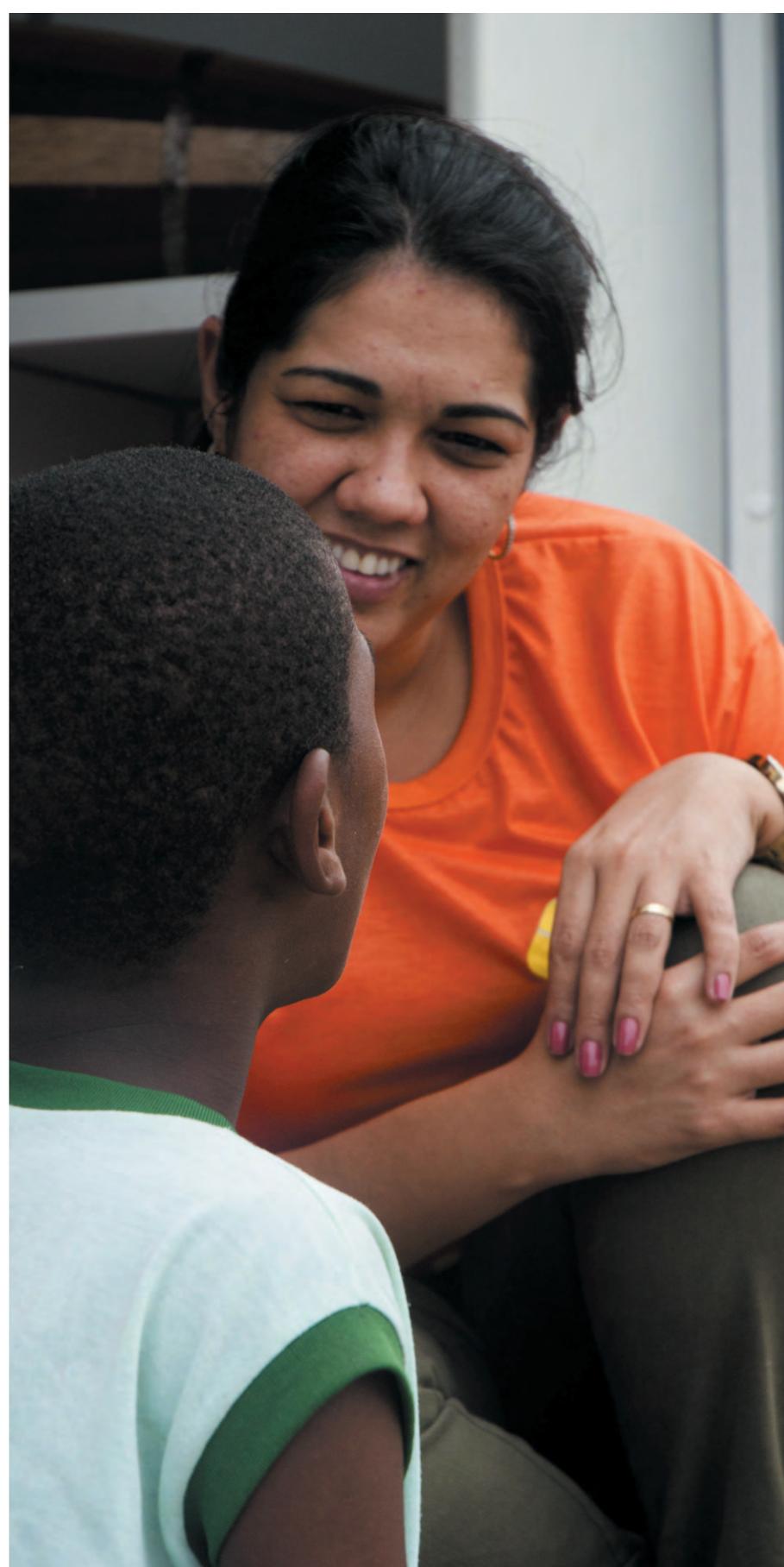
A interdisciplinaridade é a característica que marca a equipe do Consultório de Rua. Essa característica permite que os profissionais transitem por outras disciplinas para somar o seu saber específico ao do outro profissional, para uma intervenção mais eficaz junto ao usuário. Importante salientar que esse saber específico que cada profissão detém não é utilizado como imposição para a realização de intervenção junto ao usuário. A construção dessa intervenção é realizada em conjunto, valorizando o conhecimento daqueles que estão nas ruas, em uma constante relação de troca. Conforme Gonçalves e Braitenbach (2010), o trabalho desenvolvido pela equipe do Consultório de Rua consiste em ir às ruas resgatar a dignidade através dos olhos dos que veem. Assim, a singularidade dessa metodologia está na capacidade dos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar de:

Deslocar-se do lugar de quem olha para esse fenômeno, a partir das condições institucionais, para o lugar de quem olha de perto, in loco, de dentro do contexto sociocultural [...] (Gonçalves e Braitenbach, p. 44, 2010).

As condições em que o trabalho do Consultório de Rua é desenvolvido requerem uma equipe com profissionais capazes de estabelecer inter-relações com os demais membros da equipe e que compreenda a proposta do projeto. Apesar de serem profissionais de categorias distintas, é necessário que o profissional que atua no projeto tenha a disponibilidade de interagir com as demais disciplinas e se distancie do seu suposto saber para dar lugar a uma construção conjunta na qual os olhares técnicos se cruzam. Esse procedimento é necessário também na dinâmica cotidiana de trabalho, na qual se impõe a atenção de cada um com seu companheiro(a) de trabalho.

O respeito ao colega de trabalho, bem como à singularidade da população usuária de drogas lícitas e ilícitas, em situação de rua, são fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção ou de redução de danos. Para isso, os profissionais devem valer-se dos vínculos estabelecidos com a população atendida como estratégia primordial no favorecimento do cuidado em saúde.

As equipes são compostas de especialistas das áreas de Psicologia, Serviço Social, Medicina, Enfermagem, por agente de saúde com capacitação



em redução de danos e instrutores de oficinas. A equipe **mínima** para realizar as intervenções é composta por:

- **01 Coordenador de equipe**
- **01 Supervisor**
- **01 Secretária**
- **01 Médico(a) generalista**
- **01 Enfermeiro(a)**
- **01 Psicólogo(a)**
- **01 Assistente social**
- **01 Agente de rua** (redutor de danos, oficineiro ou educador social, com capacitação para a prática redutora de danos)
- **01 Motorista** (com capacitação para agente de saúde)
- **Supervisor:** Profissional de nível superior, com formação no campo da Saúde ou das Ciências Sociais. Entre as suas atribuições constam: (1) supervisionar as questões operativas e administrativas da equipe; (2) acompanhar a evolução do trabalho da equipe; (3) decidir os encaminhamentos a serem dados a partir da rua e, sempre que possível, de acordo com a equipe; (4) coordenar discussão de casos; (5) orientar teoricamente a equipe, fornecendo e/ou indicando bibliografia e discutindo textos; (6) fomentar a produção escrita a partir da prática, tendo em vista publicação e apropriação teórica da equipe.⁶
- **Coordenador:** Profissional de nível superior, com formação no campo da Saúde ou das Ciências sociais. Suas responsabilidades são: (1) Coordenar o trabalho em equipe; (2) realizar articulações com a rede de suporte social e com as instâncias governamentais; (3) organizar e coordenar reuniões semanais, pré e pós campo; (4) ir a campo periodicamente para avaliação das atividades; (5) elaborar relatórios mensais sobre as atividades; (6) gerenciar o funcionamento e a rotina da equipe.
- **Médico generalista e/ou Enfermeiro:** A principal função desse profissional é avaliar o comprometimento físico do usuário, orientando-o e encaminhando-o, se necessário, para a rede básica de saúde, atentando para os aspectos psicossociais envolvidos no processo. A rotina pode incluir a distribuição dos preservativos, precedida de orientação sobre sexo seguro e as formas de prevenção das DST/AIDS. Frequentemente os pacientes de rua desejam atendimento integral imediato, no

⁶ Vide parte III. Tópico: desenvolvimento do trabalho do supervisor.

local, ou têm a expectativa de que o técnico irá intervir para facilitar seu acesso ao serviço para o qual deva ser encaminhado. Querem assistência, mas não querem ir até o serviço, em geral por receio de não serem atendidos por preconceito. Devido às queixas relatadas por usuários – e para favorecer o atendimento integral na rede de saúde –, faz parte da rotina da equipe do Consultório de Rua desenvolver a articulação com a rede de serviços de saúde pública. A realização de pequenos curativos também faz parte da rotina do médico e/ou enfermeiro, sendo uma atividade que atrai as pessoas e propicia um momento de cuidado especial e de troca, pois o usuário pode falar sobre sua vida envolvendo saúde, violência e exclusão. Quando há situações clínicas que exijam procedimentos mais complexos, são orientados ou auxiliados na busca de serviços de emergência. Considerando que é importante realizar orientações que possibilitem melhoria da qualidade de saúde da população de rua, as atividades de promoção da saúde também fazem parte da proposta de atendimento, embora muitas sejam as dificuldades para sua implementação em função do alto grau de miséria em que vive a população alvo.

- **Psicólogo:** A função do profissional de Psicologia volta-se para a avaliação e manejo relacionados aos aspectos subjetivos envolvidos no uso e abuso de substâncias psicoativas (SPA's). Tendo como a sua base de trabalho a escuta qualificada, a sua intervenção visa favorecer o reconhecimento



do próprio indivíduo quanto aos fatores de risco e de proteção a que cada um possa estar sujeito, seja no que tange o uso de substâncias psicoativas, seja em relação à situação de rua. Os próprios usuários, ao saberem da existência de um psicólogo na equipe, demandam um espaço para falar de seus problemas, o que é feito individualmente. Cabe aos psicólogos delimitarem o espaço para essa escuta, considerando as circunstâncias da rua e a dificuldade ou impossibilidade de privacidade. Os atendimentos podem ser pontuais ou podem gerar acompanhamentos demarcados pelos próprios atendidos. Vale ressaltar que na dinâmica do Consultório de Rua todos os profissionais da equipe podem, em algum momento, ocupar esse “lugar do psicólogo”, no sentido de poder ouvir, sem substituí-lo. Aliás, essa é a característica marcante do Consultório de Rua: o cruzamento de olhares e uma movimentação topológica dos atores, isto é, dentro de limites éticos, todos podem “trocar de lugar”.

- **Assistente Social:** A oferta principal do(a) assistente social no Consultório de Rua é o atendimento social de modo a facilitar, na medida do possível, a “desexclusão”. Cabe ao profissional, portanto: (1) refletir com os usuários sobre o seu papel como elemento participativo do contexto social, favorecendo o conhecimento ou reconhecimento de seus direitos enquanto pessoa; (2) desmistificar com os usuários,

familiares, comunidade, rede de saúde e social, as representações sociais preconceituosas e excludentes a respeito do uso de substâncias psicoativas e do próprio usuário; (3) estruturar e fortalecer a rede de assistência de serviços de saúde e social, visando favorecer a saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas. O atendimento social ocorrerá individualmente e/ou em grupo e visitas domiciliares serão realizadas, quando necessárias. Os encaminhamentos mais frequentes realizados pelo(a) assistente social ocorrem para serviços sociais, a exemplo de oficinas educativas para adolescentes, abrigos ou comunidades terapêuticas, ou encaminhamentos legais como obtenção de documentos pessoais, tais como certidão de nascimento, carteira de identidade, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), reservista, título de eleitor etc.).

- **Agente de rua:** Profissional de nível médio que pode ser das mais diversas áreas de formação, como músico, ator, agente de saúde, redutor de danos, educador social ou alguém da comunidade que possua uma inserção comunitária relevante, ou seja, engajado em alguma atividade social. Deve possuir habilidades para a realização de oficinas terapêuticas e/ou artísticas, com formação na prática redutora de danos. Esse profissional deve possuir habilidade para favorecer o vínculo e a promoção da saúde através da arte e/ou da comunicação. Suas atividades envolvem a distribuição de preservativos, com a demonstração do uso

correto, a orientação para a prevenção das DST/AIDS, articulação e encaminhamentos para rede de saúde. Diariamente realiza oficina de prevenção das DST/AIDS, sempre em grupo, com exposição dialogada, estimulando as pessoas a expressarem suas dúvidas acerca do tema. Essa atividade tem demonstrado ser eficiente, principalmente por causa do cuidado em adaptar a linguagem de modo a se tornar acessível à população atendida e introduzir um tom sério, e ao mesmo tempo brincalhão, quando junto ao público mais jovem. A distribuição de cartilhas e folders reforçam as informações.

- **Motorista:** Uma das condições para o trabalho do motorista no Consultório de Rua é a capacitação para práticas redutoras de danos e para atuação como agente de saúde. Esse profissional deve compreender que a sua atuação no projeto está além da condução do veículo, transporte da equipe e dos materiais de trabalho. O motorista é de fundamental importância para a abertura de campo, por conhecer as ruas e interagir com o público alvo do projeto de maneira singular.
- **Processo Seletivo:** O processo seletivo dos profissionais deve obedecer a critérios estritamente técnicos, fundamentais para o desenvolvimento do Consultório de Rua. Os profissionais deverão ser selecionados conforme possuam as habilidades necessárias para atuar no campo. Recomenda-se que façam parte do quadro de profissionais da

prefeitura e, principalmente, tenham o desejo de desenvolver um trabalho com características tão singulares.

Antes da composição da equipe é necessário que o coordenador – previamente escolhido – possua os fundamentos básicos que norteiam a metodologia do Consultório de Rua, apresentados na primeira parte deste livro, e o compreenda enquanto estratégia de intervenção para usuários de drogas em situação de rua. Antes de realizar a seleção dos demais membros da equipe, o coordenador deve apropriar-se dos diversos instrumentos que orientam a atividade.

CAPACITAÇÃO

A formação técnica da equipe deverá ser desenvolvida sob a forma de oficinas com 40 horas de duração, divididas em dois períodos com os seguintes objetivos específicos:

- (1) Formar profissionais capacitados para atuação com população de rua;
- (2) contextualizar as implicações sócio-antropológicas do uso de SPA's pela população em situação de rua;
- (3) produzir conhecimento acerca das vicissitudes relacionadas ao atendimento de crianças, adolescentes e jovens adultos usuários de SPA's;
- (4) discutir os pressupostos e modelos de intervenção acerca do uso de SPA's pela população em situação de rua;
- (5) discutir os modos de inserção do Consultório de Rua na rede de atenção à saúde do território;



(6) formar profissionais capazes de desenvolver atividades relacionadas com a promoção da saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos em situação de rua usuárias de SPA's; (7) discussão e planejamento das funções dos profissionais da equipe do Consultório de Rua e das estratégias de intervenção em campo.

Para o primeiro momento dessa formação, deverão/ poderão ser convidados profissionais da rede de serviços na atenção básica (CRAS, CREAS, segurança pública), a fim de que sejam capacitados para atuar em parceria com o Consultório de Rua e, assim, contribuam para o fortalecimento de uma rede ampliada de trabalho.

O segundo momento da oficina será destinado apenas aos profissionais da equipe do Consultório de Rua, de acordo com cronograma previamente estabelecido.

SOBRE O AUTOMÓVEL

O automóvel utilizado para a realização das atividades do Consultório de Rua deve ser do tipo furgão, adaptado para transportar a equipe e os materiais e equipamentos, conforme sugestão: A imagem traz o local em que os técnicos são transportados. Os bancos são vazados para que seja possível guardar pertences pessoais dos técnicos e estão dispostos de forma que os técnicos ficam frente a frente, favorecendo a troca de informações nos trajetos, antes e após a ida a campo.

Programação

DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA	TÓPICOS
Por que os humanos usam drogas?	2h	Apresentar, em uma perspectiva histórico-antropológica, o consumo de substâncias psicoativas pelos humanos, evidenciando sua importância e as significações que assumem na contemporaneidade.
O espaço da rua.	3h	Discutir as idiosincrasias do trabalho de campo. A rua enquanto espaço público. Meu território: a privatização do espaço público. Metodologias possíveis para o trabalho junto a populações que vivem nos espaços da rua. Etapas para a entrada e permanência no território. A singularidade do olhar do sujeito no contexto da rua.
Aspectos sócio-antropológicos do uso de SPA's no contexto de rua.	3h	A ética histórica do consumo de SPAs: a temperança grega e a temperança cristã. A mercadificação das SPA's. A estigmatização como controle social. Consumo em configuração de controle social extremo. Cultura de consumo: entre a liberdade e a segurança. Aproximações etnográficas: a cultura do crack nas ruas. Reflexões finais: cultura de inclusão dos usuários lícitos e de exclusão dos ilícitos.
Política de atenção integral ao usuário de SPA's.	2h	Políticas públicas destinadas a usuários de álcool e outras drogas: uma análise histórica. Legislação: Lei nº 6.368/76 e Lei nº 11.343. A atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005). "A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas". O Estado e a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas: (1) a saúde mental no Estado; (2) políticas públicas na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: contexto atual no Estado.

<p>O ECA e os cuidados com a saúde da criança e adolescentes: as especificidades.</p>	<p>2h</p>	<p>Discutir as principais características e fundamentos legais estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e o seu impacto na intervenção junto a crianças e adolescentes em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas.</p> <p>Breve descrição histórica da legislação brasileira voltada para a infância e adolescência, sendo destacadas as principais alterações conceituais e epistemológicas instauradas pelo ECA.</p> <p>Os direitos dispostos no ECA (em consonância com a discussão internacional sobre os direitos das crianças): direitos de provisão, proteção e participação.</p> <p>As especificidades do atendimento à saúde da população infanto-juvenil, nomeadamente aquela em situação de risco e vulnerabilidade social.</p> <p>Características gerais das crianças e adolescentes em situação de rua: sexualidade, uso de substâncias psicoativas e estratégias de redução de danos.</p> <p>A complexidade da situação de rua e do uso de substâncias psicoativas.</p> <p>Apresentação de situações-problema com debate acerca dos desafios e possibilidades da intervenção com crianças e adolescentes em situação de rua.</p> <p>A intervenção multiprofissional articulada com a rede social e comunitária para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de rua.</p>
<p>Crack: um problema de saúde pública?</p>	<p>2h</p>	<p>O que é o crack e como ele surge na sociedade contemporânea.</p> <p>Aspectos históricos e contextuais que remetem à política de repressão nos Estados Unidos, da década de 80, e o controle dos insumos químicos para produzir cocaína, favorecendo o surgimento e difusão do crack.</p> <p>O efeito dessa substância no organismo.</p> <p>Principais situações de riscos e danos comuns aos quais os usuários podem estar expostos (paranoia, fissura e depressão pós-uso).</p> <p>As circunstâncias sociais atreladas ao uso destas substâncias;</p> <p>Análise dos usos de crack a partir da contemporaneidade (exacerbação do consumo, sofrimento frente à espera, imperativo da escolha, patologia do ato, cultura do risco etc.).</p> <p>Problematizar o crack como causa ou consequência de um contexto muito mais amplo do que os aspectos farmacológicos, trazendo exemplos do discurso social criado em torno do crack através da mídia, da polícia e da saúde.</p>

A invisibilidade social.	2h	<p>Introdução ao conceito de invisibilidade social. Discussão sobre a formação dos preconceitos e estigmas na sociedade. Consequências na sociedade da invisibilidade social em relação a crianças e adolescentes em situação de rua. Discussão dos filmes: Ônibus 174 e Última Parada 174.</p>
Clínica de rua: uma abordagem possível?	4h	<p>Introdução aos pressupostos técnicos e éticos da clínica. Introdução à clínica de Donald Winnicott: etapas do desenvolvimento psicossocial do indivíduo. Discussão sobre o conceito de desenraizamento com base em Simone Weil. Trajetória de vida de crianças e adolescentes em situação de rua. Compreensão psicológica sobre a função psíquica do uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. Desenvolvimento de estratégia de intervenção com o público-alvo do projeto.</p>
Redução de danos: teoria e pressupostos.	2h	<p>Redução de danos (RD): história, paradigma e estratégias. Programas de RD no Brasil (e na Bahia). RD como estratégia de Política Pública de Saúde. Intervenção redutora de danos: trabalho de campo. Vulnerabilidade da população usuária de drogas e sua rede de sociabilidade. RD: atualidades e tendências. Metodologias qualitativas utilizadas pela Redução de Danos: trabalho de campo. O papel do redutor de danos.</p>
Articulação com a rede de suporte social para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.	2h	<p>Quem compõe a rede. O território e suas redes sociais. Tecendo a rede: reconhecendo o território e as redes sociais. Articulação da rede formal e informal. Rede interna, relacional e social fragilizada.</p>

FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A EQUIPE DO CR

O trabalho da equipe de saúde no contexto de rua.	4h	<p>A atuação de uma equipe de saúde na rua. Equipe multidisciplinar e multiprofissional. Composição técnica da equipe do Consultório de Rua. População atendida pelo CR (público, contexto, perfis etc.).</p> <p>O ambiente de trabalho: a rua.</p> <p>A intervenção e a atuação da equipe na rua. Papel do profissional, sua função, a postura de atuação, o exercício profissional específico, a atuação integrada e o trabalho coletivo.</p>
O Projeto Consultório de Rua: como se faz?	4h	<p>Relato da experiência original do projeto. Consultório de Rua na Bahia, 1995-2004.</p> <p>Nossas diferenças: as peculiaridades da atividade em cada cidade.</p>
Elaboração de estratégias de atendimento em campo.	2h	<p>Cultura local, regional e global para o cuidado com a saúde.</p> <p>Arte-educação enquanto ferramenta de fazer vínculo.</p> <p>Pesquisar e analisar estratégias possíveis para a atuação na rua, respeitando o contexto sociocultural de implantação do CR.</p> <p>A dinâmica de funcionamento para a realização do atendimento da equipe interdisciplinar.</p>
Orientação para a utilização dos instrumentos de acompanhamento.	2h	<p>Instrumentalizar a equipe para a realização do registro e armazenamento de dados.</p>
Visita à área de desenvolvimento das atividades.	4h	<p>Visita guiada a pontos da cidade em que se pretende desenvolver as atividades.</p> <p>Avaliação do campo de atuação.</p>

A imagem mostra o local em que os técnicos são transportados. Os bancos são vazados para que seja possível guardar pertences pessoais dos técnicos e estão dispostos de forma que os técnicos ficam frente a frente, favorecendo a troca de informações nos trajetos, antes e após a ida a campo.



A parte traseira do veículo é projetada de forma que seja possível guardar os materiais a serem utilizados no campo – a partir do planejamento da equipe para as atividades do dia – e é equipada com tomadas com extensão, permitindo a utilização de equipamentos eletrônicos. Assim, o carro é “abastecido” a cada ida a campo, com os materiais e equipamentos, com base na necessidade do dia.

Na foto acima, os espaços vazados permitem o transporte de instrumentos musicais, bem como de materiais de grande volume, como por exemplo caixas. Os objetos mais delicados podem ser guardados nos compartimentos superiores, também indicados para volumes maiores. O espaço ainda contém gavetas, em que podem ser guardadas as pranchetas, formulários, equipamentos⁷ como som, computador e projetor, jogos de tabuleiro, de cartas, fantoches, lápis de cor, giz de cera etc.

Na lateral do veículo deverá existir um toldo que permita a realização de atividades mesmo em dias de chuva.

TERRITÓRIO

Em geral, o local onde a equipe do Consultório de Rua se instala é insalubre, com baixa higiene e pequena circulação de pessoas. Contudo, deve concentrar os consumidores de álcool e outras drogas em situação de risco e vulnerabilidade social.

Para identificar esse local, é necessário que a equipe circule pela cidade em diferentes dias e horários, de posse de um instrumento de avaliação onde são anotados os pontos positivos e os pontos negativos dos locais, resultando, daí, a escolha do local com melhores possibilidades para o trabalho.

Em geral, os centros urbanos com concentração de pontos comerciais são os locais mais utilizados pela população em situação de rua para se abrigar à noite, sendo recomendada a visita a esses locais. Os bairros residenciais, ao contrário, raramente são locais propícios à presença de moradores de rua usuários de drogas ou não. Recomenda-se, portanto, que a equipe conheça todos esses locais e suas possibilidades antes de fazer a escolha final. Sabe-se que cada cidade e região possuem características próprias que devem ser consideradas, (como pôde ser observado na Parte III), servindo-se também dos dados disponíveis nas prefeituras, secretarias estaduais, Ministério do Desenvolvimento Social, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, como referências importantes. Os dados sociodemográficos devem ser utilizados para a compreensão do perfil da população da cidade onde se pretende instalar o Projeto Consultório de Rua.

Vale ressaltar que, como critério para a escolha da área, é importante observar a existência de serviços de saúde e sociais no entorno.

Assim, a base onde o veículo estacionará, deverá ter como características:

- Apresentar um mínimo de segurança para a equipe (essa segurança será dada na medida em que um trabalho cuidadoso e atencioso for realizado na

⁷Vale ressaltar que os equipamentos só devem ser levados a campo quando a equipe perceber que existe um mínimo de segurança e estrutura local. O computador pode ser utilizado junto com o projetor de imagem para passar pequenos filmes que possibilitem discussões posteriores. Nesse caso, a projeção pode ser feita, por exemplo, em uma parede do local.

abertura de campo, não se tratando de aparato policial).

- Permitir minimamente a interação com os que estão na rua.
- Possuir iluminação que permita a realização de atividades lúdicas, educativas e redutoras de danos.
- Ser um local aberto como praças, avenidas, ruas etc.

CONSULTÓRIO DE RUA

Universidade Federal de Bahia
Faculdade de Medicina da UFBA
Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
Ações Integradas - Projeto Consultório de Rua

CETAD/UFBA
Serviço de Atendimento à Comunidade

CONSULTÓRIO DE _____

COORDENADOR (A): _____

SUPERVISOR (A): _____

EQUIPE: _____

QUADRO DE Mapeamento DE ÁREA DE TRABALHO

O presente quadro apresenta o trabalho de mapeamento de área de atuação da equipe do Projeto Consultório de Rua, realizado no período de X à Y pela equipe.

LOCAL (bairro e/ou rua)	DATA E HORÁRIO DA VISITA	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	CONSIDERAÇÃO FINAL QUANTO A ÁREA

Bahia PRONASCI Ministério da Saúde BRASIL

POPULAÇÃO

O público-alvo do Consultório de Rua é composto por pessoas que estão em situação de rua, de ambos os sexos e de várias faixas etárias. São pessoas que se encontram em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, com comprometimentos de ordem biopsicossocial. São

caracterizadas pela exclusão socioeconômica, com difícil acesso a saúde, educação ou lazer. Questões clínicas relacionadas às DSTs, tuberculose, gestação em adolescentes e ferimentos sem os devidos cuidados fazem parte do cotidiano do público do Consultório de Rua. Muitos são portadores do HIV, ou apresentam comportamento de risco, problemas relacionados à prostituição infantil. Violência física e psíquica, além do envolvimento com o tráfico de drogas, são características que marcam os atendidos pelo projeto. Muitos já tiveram passagem por instituições totais (instituições fechadas, que restringem a liberdade de ir e vir dos que nela estão), quer sejam destinadas a crianças e adolescentes, quer sejam unidades prisionais. Vale ressaltar que uma maior atenção dos técnicos do projeto deve recair sobre as crianças e os adolescentes, considerando que a sua estada e/ou permanência na rua configura-se em uma situação de maior risco social e vulnerabilidade, por estarem em fase de desenvolvimento físico e psíquico.

Assim, é importante atentar para algumas recomendações fundamentais para as ações futuras:

- Os primeiros contatos com as pessoas devem ser realizados através de abordagens diretas, com a apresentação dos motivos e objetivos da presença da equipe na área.
- Atentar para o que irá ofertar, pois os serviços do Consultório de Rua devem estar em consonância com as carências e necessidades da população-alvo.

- Embora o atendimento da equipe seja destinado prioritariamente a crianças e adolescentes usuárias de SPA's, a assistência deve se estender a todos que estão na área.
- As pessoas que estão na área no dia e horário de atuação do Consultório de Rua não são obrigadas a estar disponível para as intervenções da equipe. Assim, deve-se respeitar a privacidade e o espaço ocupado pelas pessoas.
- Os membros da equipe devem estar atentos para não emitirem juízo de valor, atuando sempre com postura acolhedora em relação às queixas e problemas relatados pelos atendidos.
- Não é necessário abordar prioritariamente o tema das drogas, isso deve acontecer dentro do processo de trabalho. O processo de construção de vínculos requer tempo e sensibilidade dos profissionais da equipe, favorecendo oportunidades para que os problemas relacionados aos usos de álcool e outras drogas possam emergir.
- A equipe deve estar atenta aos códigos da área que frequentemente não são verbais. Assim, a "autorização" para a realização das intervenções na área, bem como com indivíduos, acontecerá, muitas vezes, de forma subliminar.
- Havendo algum problema que impeça a equipe de ir a campo, os profissionais deverão encontrar um meio de informar aos líderes dos grupos/comunidades sobre a ausência e, se possível, os motivos.

ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

Estando na área de atuação, os atendimentos com a população podem se dar de forma individualizada ou através de estratégias grupais, com a utilização de atividades lúdicas e oficinas que favoreçam a discussão de temas relacionados a cuidados com a saúde, prevenção e conteúdos referentes às vivências dos que estão na rua.

Nomeamos de "estratégias", os recursos que favorecem a interação entre a equipe técnica e a população-alvo. Aquelas são desenvolvidas na medida em que a equipe se apresenta e é reconhecida tecnicamente pela população-alvo, suscitando demandas como encaminhamentos, orientações etc.

Como já mencionado, os papéis na dinâmica de funcionamento do Consultório de Rua são particulares, exigindo que cada membro da equipe seja capaz de compreender a rua através do outro, companheiro de trabalho e de categoria diferente da sua sem, contudo, deixar de exercer o papel que lhe é próprio. Para melhor compreensão, será trazido um exemplo: o usuário faz vínculo com uma enfermeira e, no atendimento com essa, traz questões relacionadas à violação de direitos sociais. No caso, será necessário que a enfermeira seja o primeiro técnico a ouvir essas queixas, favorecendo posterior contato com a assistente social. A interdisciplinariedade é fundamental no cotidiano de trabalho.

São atividades desenvolvidas pelo Consultório de Rua:

ATIVIDADE	OBJETIVO/ PONDERAÇÕES	PROFISSIONAL SUGERIDO
<p>Promoção da saúde (em seu aspecto biomédico e psicológico)</p>	<p>Realizar ações de promoção da saúde, favorecendo ao usuário ações diretas relacionadas à saúde.</p>	<p>Enfermeiro, médico.</p>
<p>Prevenção DST/AIDS</p>	<p>Atividade desenvolvida diariamente no campo, devido à alta exposição dos que estão na rua a práticas sexuais desprotegidas, o que favorece as DST. A atividade deve ser realizada preferencialmente em grupos, de forma dialogada, envolvendo a distribuição e orientação para a utilização correta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes, orientação para a prevenção das DST/AIDS. Como recursos didáticos são utilizados álbuns seriados contendo informações e ilustrações relacionadas à DST – fornecido pelo Ministério da Saúde, prótese do aparelho reprodutor masculino e feminino, a fim de estimular que as pessoas falem de suas dúvidas e expressem suas questões acerca do tema. É necessário que o profissional, ao realizar a atividade, utilize linguagem acessível e até mesmo popular, sem perder a seriedade, ainda que utilizando de brincadeiras para abordá-las, promovendo assim a aproximação com o tema. O ato de distribuir o preservativo busca transmitir o compromisso de cuidar de si mesmo, ainda que sejam reconhecidos os comportamentos repetitivos de descaso e descuido com tudo que lhes acontece. Junto com o preservativo, a partir da necessidade, também são distribuídas cartilhas e folders, como recurso para reforçar as informações.</p>	<p>Motorista, agente de rua, enfermeiro.</p>
<p>Redução de Danos</p>	<p>Todas as ações desenvolvidas pela equipe do CR no campo são permeadas por estratégias redutoras de danos, que possuem a característica de ser de baixa exigência e possibilitam a participação do usuário no processo de tratamento e na construção de uma via para minimizar os danos causados pelas substâncias que utiliza. Conforme Valério (2010), são tecnicamente denominadas de baixa exigência, aquelas propostas flexíveis, em que se difere das demais pelo amplo leque de ofertas e alternativas preventivas, assistenciais, de suporte psicossocial e promoção da saúde, tendo como atmosfera ambientes receptivos e amigáveis, e sem exigências complexas em termos de horário, frequência, estar em abstinência para ser atendido, entre outras. As orientações são fornecidas individualmente ou em grupo. Contudo, os atendimentos individuais, nos quais são trabalhadas questões relacionadas às perdas e danos sociais e à saúde causados a partir dos diversos usos das substâncias, favorecem as intervenções psicoterápicas e os encaminhamentos.</p>	<p>Todos os profissionais.</p>

Atividades lúdicas	As atividades lúdicas são utilizadas como meio de restabelecer primeiros contatos, utilizando-se de instrumentos musicais e material lúdico/educativo, a exemplo de fantoche, jogos, etc. Essas atividades, por vezes tratadas pelo público-alvo como brincadeira, têm a função de criar a leveza para a discussão de temas tidos como tabu, tais como sexualidade, violência e uso de drogas, promovendo ainda a aproximação da população de rua com os técnicos.	Atividades a serem desenvolvidas em duplas entre o agente de rua e outro profissional da equipe.
Oficinas	As oficinas devem ser propostas a partir de temas variados que emergem dos atendidos, utilizando-se de instrumentos musicais e materiais lúdicos e/ou educativos.	Profissional que possua habilidades artísticas como a música e/ou atividades manuais.
Atendimento individual	Das interações grupais, em geral, surgem as possibilidades para aprofundamento de questões de cunho social e/ou de saúde, em que o profissional, no decorrer dos atendimentos, além de fornecer a escuta solicitada, poderá identificar a necessidade de proceder no encaminhamento para outro profissional da equipe ou para a rede de suporte social.	Psicólogo, assistente social, enfermeiro, agente de saúde.

AVALIAÇÃO DO TRABALHO

Como mencionado em diversos momentos, a avaliação das ações do Consultório de Rua é processual e diária. Porém, compreende-se como de fundamental importância que a equipe realize anualmente avaliação dos resultados das intervenções desenvolvidas pela equipe em cada área. Trata-se de uma avaliação dos objetivos do trabalho a partir de

critérios de desempenho, de modo a ter sistematizados dados que favoreçam o aprimoramento das ações e a superação de possíveis dificuldades enfrentadas ao longo de 12 meses consecutivos.

Assim, indicamos, abaixo, 3 aspectos a serem desenvolvidos para uma avaliação do trabalho:

OBJETIVO	INDICADOR DE IMPACTO	MEIO DE VERIFICAÇÃO
<p>Realizar ações de redução de riscos e danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e de prevenção de DST/AIDS.</p>	<p>Redução de comportamentos de risco relacionados ao uso de substâncias psicoativas e de prevenção DST/AIDS.</p>	<p>Entrevista com os usuários.</p>
<p>Promover o acesso das crianças, adolescentes e adultos jovens usuários de drogas em situação de rua aos serviços de atenção à saúde.</p>	<p>Aumento do cuidado do usuário com sua saúde, como a adoção de preservativo nas práticas sexuais, preservação da higiene pessoal etc.</p>	<p>Entrevista aberta com os usuários, utilizando três perguntas-chaves: 1. Você percebeu se após a presença do Consultório de Rua na área as crianças e adolescentes tiveram uma atenção maior quanto à saúde? 2. Você percebeu se a presença do Consultório de Rua na área serviu como referência para orientações e encaminhamentos no cuidado da saúde das crianças e adolescentes atendidas pela equipe? 3. Você percebeu se o trabalho desenvolvido pelo Consultório de Rua ajudou na melhoria da saúde das crianças e adolescentes atendidas pela equipe?</p>
<p>Identificar e contatar os serviços de assistência, a fim de promover a articulação de uma rede de apoio a crianças, adolescentes e adultos jovens usuários de drogas em situação de rua.</p>	<p>Número de parcerias firmadas com essas instituições e serviços.</p>	<p>Registro de termos de parceria entre as instituições (modelo no Anexo I)</p>



GUIA DO PROJETO CONSULTÓRIO DE RUA



RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO
CONSULTÓRIO DE RUA

PARTE III



INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os relatos de experiência de implantação e desenvolvimento das atividades do Consultório de Rua em três municípios da Bahia: Salvador, Lauro de Freitas e Camaçari.

Os relatos de experiência sobre o trabalho do Consultório de Rua constituem uma apresentação da prática das equipes desde o processo de constituição da equipe até as atividades desenvolvidas no contexto de rua.

O objetivo esperado com esses relatos visou a produção de um registro singular do modo como as equipes conseguiram realizar a passagem da concepção teórica para a prática propriamente dita.

Os relatos presentes neste livro guia foram escritos por cada equipe a partir da supervisão realizada pela coordenação-geral do projeto ao longo dos meses de implantação do Consultório de Rua.

O relato de experiência seguiu uma estrutura comum elaborada pelo supervisor responsável pelo acompanhamento da produção de cada equipe. Sua estrutura foi pensada de forma que o produto final das equipes seguisse um ordenamento de temas que favorecesse, ao leitor, a compreensão do desenvolvimento do trabalho desde o início até a consolidação das práticas no contexto de rua, considerando as peculiaridades de cada município e a formação das equipes.

Desse modo, os relatos foram escritos com base na seguinte estrutura de tópicos:

- a. Formação da equipe.
- b. Pesquisa e mapeamento das áreas.
- c. Abertura de campo.
- d. Trabalhando na rua.
- e. Avaliação do trabalho da equipe.

O tópico relativo à **formação da equipe** trata da constituição de cada equipe do Consultório de Rua e apresenta as especificidades da escolha dos profissionais e de como ocorreu o processo de formação técnica-teórica em cada município.

A **pesquisa e o mapeamento das áreas** são constituídos pela descrição do modo como cada equipe implementou o seu processo de pesquisa para a escolha das áreas de atuação. Cada equipe relatou os desafios encontrados nesse momento inicial, anterior ao trabalho realizado efetivamente na rua, mas de fundamental importância para a localização dos territórios com as características mais adequadas e com a população-alvo do Consultório de Rua.

A **abertura de campo** diz respeito ao processo de implantação do trabalho na área de atuação escolhida após a pesquisa e o mapeamento. Nesse tópico, são relatados os caminhos pelos quais cada equipe conseguiu estabelecer vínculos com pessoas-chave do território em que houve a apresentação do Consultório de Rua. A abertura de campo é um dos momentos fundamentais do projeto, pois é condição indispensável para que o trabalho da equipe tenha uma boa sustentação e seja aceito pela futura clientela.

O tópico **Trabalhando na área** é o momento do relato de experiência onde cada equipe tem a oportunidade de apresentar quais foram os principais recursos utilizados na prática para a consecução dos objetivos do Consultório de Rua. Trata-se, portanto, de uma descrição breve da atuação da equipe durante

o período em que está na rua com a população-alvo, isto é, as atividades mais comuns e as estratégias criadas para o trabalho com crianças, adolescentes e adultos.

Finalmente, a **Avaliação do trabalho da equipe** é o espaço para que cada equipe possa apresentar suas considerações sobre os principais desafios encontrados no trabalho de implantação do Consultório de Rua, bem como expor as principais conquistas realizadas ao longo da atividade.

No acompanhamento da produção do relato de cada equipe foi orientado que os relatos fossem escritos como uma narrativa, não algo puramente descritivo. Esse detalhe tem importância, não só por que a narrativa permite ao leitor uma leitura mais fluida, como também constitui uma via privilegiada para a apresentação da singularidade em cada registro.

A compreensão teórica e a metodológica do Consultório de Rua apresentada nesse Guia é importante para que futuras equipes possam encontrar o seu modo de implementar os objetivos e diretrizes dessa tecnologia de intervenção em saúde, com repercussões sociais a partir de referenciais éticos claros, que permitam ao Consultório de Rua alcançar seus objetivos inovadores, renovados no ânimo diário do labor de cada equipe.

Os relatos de experiência das equipes do Consultório de Rua de Salvador, Lauro de Freitas e Camaçari devem se constituir em exemplos inspiradores para novas equipes, em novos locais e novos contextos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EQUIPE CONSULTÓRIO DE RUA DE SALVADOR



COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

Um psicólogo, duas enfermeiras e uma assistente social foram os primeiros profissionais a integrar a equipe do Consultório de Rua de Salvador. A equipe foi constituída por técnicos do primeiro CAPS-ad de Salvador, inaugurado pela Coordenação de Saúde Mental do Estado da Bahia, em parceria com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CETAD, da Universidade Federal da Bahia, tendo sido especialmente convidada pela Coordenação Executiva do Projeto.

Para a Coordenação do Consultório de Rua foi incorporada uma cientista social e, mais adiante, alguns oficinairos, cujas especificidades eram indispensáveis: um músico, um profissional da capoeira e uma educadora social.

Sobre a seleção dos oficinairos, é importante mencionar que se levou em conta o critério do gênero, havendo uma busca de equilíbrio em relação a este aspecto, devido ao entendimento de que quanto maior a diversidade, maiores as possibilidades de empatia e identificação das pessoas que compõem o público-alvo do projeto.

A capoeira foi escolhida para compor o repertório das atividades de campo, por fazer parte da tradição da cidade, onde é muito praticada, especialmente no centro histórico. Mais do que atração turística ou folclórica, a capoeira é parte importante da cultura afrodescendente baiana, o que aumenta

a possibilidade de identificação e adesão da população de rua à proposta do projeto.

Quanto à música, foi escolhida por ser uma linguagem artística universal, facilitando a adesão e abrindo possibilidades para outras intervenções. Especificamente em relação à música percussiva, essa, à semelhança da capoeira, também possui estreita relação com a identidade cultural da população soteropolitana, e, nesse sentido, possui o mesmo potencial.

A educação social objetiva realizar uma pedagogia da cidadania e, somada a esse aspecto conceitual, foi levada em conta a experiência de trabalho com populações em situação de rua que a profissional agregada à equipe do Consultório de Rua trazia em sua bagagem.

O psicólogo, as enfermeiras e a assistente social pertencem a categorias previstas na composição mínima da equipe, o que não ocorre em relação aos demais, que foram escolhidos segundo critérios relativos à natureza do trabalho.

É esperado, por exemplo, que pela própria formação, o profissional das ciências sociais possua um olhar amplo sobre questões como o uso dos psicoativos e a relação saúde/doença visto que, de maneira geral, toda doença possui um componente social e deve ser entendida também em relação a esse aspecto.

Especialmente na área da saúde mental, os fatores contextuais e o peso do imaginário assumem

proporções bastante relevantes, especialmente quando se trata do uso de substâncias psicoativas, por envolver a possibilidade da estigmatização. Com isso, aspectos morais se entrelaçam e até mesmo se confundem com a questão da saúde, o que exige, para apropriada compreensão do fenômeno, um contínuo exercício de desconstrução de valores, inclusive por parte dos profissionais que compõem a equipe de atenção ao álcool e outras drogas, para ressaltar os aspectos históricos e sociais que permeiam a questão. Daí a justificativa para a presença desses profissionais na composição da equipe.

O que se quer explicitar é que a seleção de todos os profissionais foi feita com base em critérios relevantes para a execução do trabalho na rua. Dessa forma, cabe dizer que até mesmo o motorista foi escolhido por ter feito parte da primeira edição do projeto e, por conta disso, manter ainda certa inserção em alguns locais de concentração da população-alvo, especialmente no centro da cidade.

A equipe de Salvador também contou com a presença de duas estagiárias de Psicologia, que contribuíram não somente com a sensibilidade pessoal, mas também com o desejo de aprendizagem, constituindo, assim, um estímulo a mais para a equipe.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA

Em relação ao desenvolvimento do trabalho, no primeiro momento de sua constituição, a equipe leu e discutiu sobre a dissertação de mestrado da coordenadora do

primeiro Consultório de Rua, Miriam Gracie Plena, onde está relatada a experiência que aconteceu entre 2000 e 2004, tempo de duração do projeto inaugural. O objetivo era entender, de forma contextualizada, os pressupostos e conceitos norteadores dessa modalidade de intervenção psicossocial. Também foi estabelecido um rodízio dos profissionais para apresentação de seminários a respeito de temáticas consideradas relevantes para a formação de um olhar crítico sobre a realidade que provavelmente a equipe encontraria na rua. Esses versaram sobre, por exemplo, a construção social da infância, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), uso de drogas ilícitas e imaginário social, as fases do desenvolvimento infantil, propriedades e usos das substâncias psicoativas, entre outros. Em paralelo a essa atividade, no mesmo período, a equipe realizou observações em áreas de concentração de pessoas em situação de rua, pertencentes ao público-alvo do projeto. O que se buscava era identificar “cenas públicas” de uso de substâncias psicoativas, conceito criado pela equipe para definir as características do local que pressupúnhamos ideal, dentro do que previa a metodologia de intervenção do Consultório de Rua: aquele onde houvesse concentração de usuários de substâncias psicoativas, que morassem ou estivessem em situação de rua por conta desse uso, o que configura um contexto bem diferente do de uma comunidade, onde o trabalho exigiria, provavelmente, outros tipos de articulação e outras estratégias de intervenção, talvez mais focada na prevenção/promoção de saúde. Ao escolher um ponto de intervenção localizado no âmbito de uma

comunidade, poderíamos também, por exemplo, esbarrar na possibilidade de baixa adesão do público-alvo, por conta da exposição pública próximo da família.

Essa foi a tônica inicial dos encontros entre os profissionais, que priorizaram o investimento intelectual, ao passo que eram também realizadas reuniões para pensar sobre o desenrolar do trabalho na rua, naquele momento ainda em nível especulativo, já que a rua constituía apenas a projeção de fantasias e ansiedades, o que, de forma inusitada, acabou favorecendo a integração dos profissionais da equipe.

Passado algum tempo, em resposta às solicitações feitas à Secretaria Municipal de Saúde, à qual o projeto está vinculado, foi disponibilizado um veículo, com o que tornou-se possível iniciar o trabalho de construção da rede, através de visitas aos dispositivos de saúde do território em que originalmente foi pensada a atuação, algo que, além de garantir a efetividade dos encaminhamentos possui uma importância relacionada ao aspecto político mais amplo. Ou seja, é algo relevante por si, e não somente pela necessidade de constituir uma retaguarda para a intervenção. Houve também, nesse primeiro momento, conforme afirmação anterior, uma tímida tentativa de explorar o território, mas a disponibilidade do veículo se

resumia ao dia, enquanto a previsão era realizar o trabalho interventivo à noite, o que não favorecia o vislumbre da real dimensão do trabalho.

Nesse, que pode ser considerado como momento inicial, o maior desafio foi manter o ânimo da equipe, face à ausência de condições para realização de todas as atividades previstas. Como aspecto positivo, destacamos a possibilidade de usar esse início para favorecer a integração da equipe e incrementar a sua formação intelectual.

PESQUISA E O MAPEAMENTO DAS ÁREAS

Desde o início do projeto havia a expectativa de realizar as intervenções no distrito sanitário⁸ onde está localizado o CETAD/UFBA, denominado Barra-Rio Vermelho. Por esse motivo, o trabalho começou pela realização de contatos com os diversos dispositivos de saúde do citado distrito, utilizando inicialmente uma Kombi do CETAD, que ficou disponível para uso do Consultório de Rua no período vespertino. Mais à frente, a Prefeitura de Salvador forneceu um veículo que também poderia ser utilizado à noite, e assim começou a exploração noturna do referido território. O primeiro local explorado foi a Barra, um dos maiores cartões postais de Salvador, e sede de diversos eventos comemorativos na cidade.

Além de uma classe média que já foi mais abastada, a Barra congrega turistas estrangeiros

⁸ A cidade de Salvador é mapeada pela Secretaria Municipal de Saúde em 12 distritos sanitários.

das mais diversas nacionalidades. Em torno desses, encontramos um expressivo contingente de profissionais do sexo e usuários de substâncias psicoativas de todas as idades, transitando pelo bairro em busca de “ganhar a vida”. Porém, ao contrário do que pensávamos, não encontramos quantidade significativa de crianças e adolescentes em situação de rua, tampouco encontramos o que denominamos cenas públicas de uso. Apesar de identificarmos um forte movimento de venda de substâncias psicoativas, o uso dessas substâncias, ao que parece, ocorre em âmbitos privados, tais como quartos de hotéis, bares e residências.

Ainda na Barra, identificamos um ponto interessante: um quiosque situado em frente a uma comunidade onde sabidamente existem uso e tráfico de substâncias psicoativas. Lá permanecemos por quatro semanas consecutivas na tentativa de fazer vínculos, porém sem sucesso. Isso fez a equipe sair à procura de novos espaços, ainda dentro do mesmo distrito. Encontramos vários pontos de uso e venda, porém todos localizados em comunidades, o que configurava quadros bem diferentes daqueles a que se propõe o Projeto Consultório de Rua. Sendo assim, optamos por ultrapassar a área inicialmente prevista e partimos para a exploração de pontos assistidos pela edição anterior do projeto, como os bairros da Pituba e Itapuã, onde encontramos, embora com outras nuances, a mesma situação da Barra: a rua esvaziada do nosso público-alvo.

Diante de tais insucessos, buscamos informações junto a outros trabalhadores sociais, pesquisadores

e também lideranças do movimento das populações de rua que indicaram o bairro do Comércio, na cidade baixa e o Centro Histórico como focos de concentração do público-alvo do projeto. Esses eram basicamente os mesmos locais constantes no I Censo da População em Situação de Rua em Salvador, efetuado pela prefeitura. Colhidas as informações sobre as áreas indicadas – o que fizemos através da realização de visitas em dias e horários diferentes, realizando contato, quando possível, com transeuntes, moradores e comerciantes, para obtermos informações sobre o tema de nosso interesse – construímos uma tabela na qual listamos todos os locais visitados, suas principais características, elencando os aspectos que favoreciam sua seleção para ponto de intervenção, assim como aqueles que desfavoreciam a sua escolha. A partir desse levantamento, a equipe concluía se havia ou não adequação de cada ponto para sediar o trabalho na rua. Com esse instrumento metodológico extremamente simples em mãos, buscamos investir na observação massiva das áreas recomendadas, verificando a impossibilidade apresentada por algumas delas, devido à periculosidade, por exemplo, até que foi definida a primeira área de intervenção: a Feira de São Joaquim, a maior feira livre da Bahia, onde, em sua parte do fundo, especialmente a partir do fim da tarde, há grande concentração de usuários de substâncias psicoativas, além de profissionais do sexo e, até mesmo, segundo relatos, usuários de drogas injetáveis. Investimos também na abertura de um segundo campo, localizado no Centro Histórico,

do qual desistimos após um mês, apesar da boa receptividade que teve o projeto. Tal desistência se deu por conta da mobilidade que aos poucos foi se revelando muito forte no local, configurando certa indisponibilidade dos frequentadores para participar das atividades propostas pela equipe.

Nesse momento de exploração territorial ficou parcialmente suspenso o trabalho de construção da rede, pois entendemos que a escolha do local era, em parte, precedente a esse a esse trabalho. No entanto, após a seleção dos dois pontos iniciais, retomamos essa tarefa com maior afinco, posto que também fazia parte do entendimento da equipe que a importância de articular com a rede estava muito além da necessidade de constituir uma retaguarda que garantisse a efetivação dos encaminhamentos feitos em campo, mas representava a possibilidade de favorecer o respeito aos direitos da população em situação de rua, alvo de estigmas e preconceitos, forçando, assim, um posicionamento da rede intersetorial, na perspectiva da inclusão social.

Nesse que pode ser considerado como segundo período do nosso percurso, os maiores desafios pertenceram à esfera objetiva, a exemplo da falta de veículo ou a limitação do seu uso no período vespertino. Outra espécie de desafio revelou-se a busca pelo local de atuação da equipe, pois foi preciso desistir da busca por um local ideal para a busca de um local viável dentro das condições concretas de vida da população em questão.

Nesse processo de desconstrução de ideais sobre a própria rua, a equipe tornou mais aguçada sua compreensão sobre o papel político do trabalho de construção e articulação da rede de apoio ao nosso público-alvo.

ABERTURA DE CAMPO

O terceiro período de implantação do Consultório de Rua aconteceu nos dois primeiros territórios que sediaram a intervenção, locais que têm em comum o fato de serem, ao mesmo tempo, belos e degradados, mas que configuraram desafios de naturezas distintas, conforme será visto a seguir.

FEIRA DE SÃO JOAQUIM

A Feira de São Joaquim foi o primeiro campo dessa nova investida do Consultório de Rua de Salvador. Segundo dados da Secretaria de Turismo do Município de Salvador, trata-se da maior feira livre do Brasil, ocupando uma área de aproximadamente 37 mil metros quadrados, com cerca de 2 mil estabelecimentos, onde trabalham cerca de 3 mil feirantes. Dentre esses, existem muitos comerciantes de artesanato e mercadorias tradicionais, o que faz de São Joaquim, mais do que uma zona de comércio ou ponto de interesse turístico, um verdadeiro símbolo da cidade de Salvador. Apesar do trânsito incessante de milhares de pessoas, para muitos, São Joaquim não constitui apenas uma zona comercial, o que pôde ser comprovado pela afirmação escutada inúmeras vezes pelos técnicos

do Consultório de Rua: “sou nascido e criado aqui na feira”. A recorrência desse tipo de afirmação reitera a existência de uma dimensão comunitária que está muito além da perspectiva das relações financeiras.

É nos fundos desse complexo tão rico de significados para os soteropolitanos que se concentra o público-alvo do Consultório de Rua. O local é um cais semidestruído, bastante precário em termos de higiene, ambiente propício para a contaminação por várias doenças, principalmente devido à proximidade de currais de caprinos e suínos. Muitas vezes o vento levanta enormes nuvens de insalubre poeira, colando na pele o cheiro do lugar e fazendo arder os olhos.

A diretoria do Sindicato dos Feirantes franqueou a entrada da equipe para realizar o trabalho na área, também facilitando o trabalho em relação a alguns aspectos objetivos como, na medida do possível, a limpeza dos espaços e o empréstimo de algumas mesas e cadeiras. Entretanto, para se aproximar do público do Consultório de Rua, a intermediação das lideranças formais da feira não constituía o melhor meio, por conta do evidente preconceito em relação aos usuários de substâncias psicoativas. Para isso, esteve presente no local, junto com a equipe, um redutor de danos experiente, chamado Jessé Oliveira, com longo histórico de atuação em diversos pontos de uso de substâncias psicoativas da cidade, o qual apresentou alguns usuários aos técnicos.

Inicialmente, compareciam à intervenção os poucos adultos apresentados pelo mencionado

redutor de danos, além de passantes eventuais, geralmente trabalhadores da feira. A distribuição de preservativos, nesse primeiro momento, foi a atividade mais significativa, pois era por meio dos diálogos empreendidos no momento da entrega do insumo que a equipe ia conhecendo as pessoas e se fazendo conhecer. A capoeira era outra atividade que atraía atenção substancial, favorecendo a construção dos primeiros vínculos. O grupo de adolescentes que frequenta o local, se mostrava distante e reservado, interagindo apenas eventualmente com alguns técnicos.

As crianças, por sua vez, se aproximavam mais espontaneamente, especialmente após o oferecimento de atividades como jogos de tabuleiro e leituras de obras infantis.

Mais tarde, o comportamento dos adolescentes pode ser compreendido como parte de um processo de aquisição de confiança, que durou cerca de três meses, período no qual finalmente começaram a ter acesso à equipe de forma significativa.

Apesar do ambiente inóspito onde ocorre a intervenção, São Joaquim é um campo que se mostra bastante produtivo, atraindo muitas pessoas em busca de preservativos e encaminhamentos para a rede de saúde e assistência social do município. Pessoas que procuravam informações gerais sobre saúde e doenças sexualmente transmissíveis, as obtinham através das oficinas realizadas pelos técnicos do Consultório de Rua e da observação

de álbuns seriados e folhetos distribuídos com o intuito de fomentar o autocuidado e divulgar na feira o projeto como um todo. Nesse sentido, é necessário ressaltar a importância da regularidade da intervenção (ter dia e horário fixos) além da criação de estratégias para tornar a ação conhecida e atraente.

Outro aspecto do trabalho é a construção da rede de apoio no território, o que foi feito a partir da visita dos técnicos aos serviços de saúde e assistência, firmando parcerias para garantir o atendimento das pessoas encaminhadas.

Desse modo, a própria permanência no campo e a consolidação crescente da intervenção se configuram como avanços, assim como a cooperação das lideranças e de comerciantes situados próximos ao local da intervenção, inclusive os donos dos bares que congregam indivíduos em busca de lazer e alteração de consciência por meio do uso de bebida alcoólica. Tornou-se desafio nesse território, então, esclarecer para esses indivíduos que a ludicidade proposta pelo Consultório de Rua não devia ser confundida com uma proposta de animação do ambiente, situação que colocava a necessidade de marcar firmemente o sentido da presença do Consultório de Rua no local e a identidade dos técnicos como profissionais da saúde. Em relação ao público-alvo do projeto – crianças e adolescentes – a conquista progressiva da sua atenção compreendia um avanço, ao mesmo tempo em que colocava também o desafio de ampliar continuamente essa confiança.

LADEIRA DA PREGUIÇA

A área da Preguiça, segundo campo do Consultório de Rua, é uma zona residencial, habitada por pessoas de renda muito baixa. Por conta de sua localização, no Centro de Salvador, ligando a Cidade Baixa à Cidade Alta, é também um local de fluxo intenso de carros e pessoas. Seu nome remonta aos tempos da escravidão, devendo-se, segundo a antropóloga Elisete Zanlorenzi (MENEZES, 2005), aos gritos de “sobe, preguiça”, lançados das sacadas dos sobrados para os negros que subiam a ladeira, levando nas costas as mercadorias desembarcadas no porto. A Preguiça possui a peculiaridade de ter sido um dos pontos de intervenção na primeira edição do Consultório de Rua, fator que favoreceu a inserção no campo. Em relação a esse aspecto, o motorista, remanescente da primeira equipe foi o principal articulador, contando com o apoio de duas lideranças comunitárias que já haviam verbalizado, na etapa do mapeamento, o quanto desejavam o retorno do trabalho ao território.

A dinâmica do trabalho na Preguiça revelou-se completamente diferente daquela desenvolvida em São Joaquim. Mesmo havendo uma quantidade expressiva do público-alvo do Consultório de Rua circulando pelos becos e casarões abandonados da área, a demanda que chegava aos técnicos era a de interagir com as crianças da comunidade, que aparentemente não eram usuárias de substâncias psicoativas. No entanto, mesmo sem pertencer exatamente ao público-alvo do projeto,



a equipe considerou que essas crianças estão em risco, pelo convívio cotidiano com usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, quer pela exposição ao uso, quer pela naturalização dessas práticas no local onde vivem. Foi impressionante, nesse sentido, testemunhar a brincadeira de dois garotos de cerca de oito anos, em que um deles dizia: “hoje eu que sou o dono da boca”.

Por outro lado, como é amplamente sabido, a aproximação com usuários de substâncias psicoativas é sempre lenta e processual, uma vez que, por conta de preconceitos e da violência sofrida cotidianamente, não se deixam acercar facilmente. A equipe encarou como oportuno o trabalho junto às crianças da comunidade, pois, ao mesmo tempo que uma parte da equipe empreendia estratégias de prevenção com essas crianças, outra dedicava atenção mais imediata aos usuários de substâncias psicoativas que estavam nas ruas, consumindo-as incessantemente e correndo riscos diversos por conta disso. Essa divisão favoreceu uma compreensão da importância do trabalho de equipe coordenado, no qual por meio da divisão de tarefas, os integrantes podem atuar no mesmo território, em várias direções de trabalho simultaneamente. A cada semana foi sendo possível detectar uma evolução, mesmo que pequena, em relação à aproximação com o público-alvo, mensurada através dos convites para os técnicos se aproximarem dos locais de uso, para, por exemplo, distribuir preservativos.

Em relação às crianças da comunidade, não era possível simplesmente brincar; por isso, garantir o aspecto preventivo nas intervenções com as crianças constituiu um grande desafio. Primeiro, a equipe observou a dinâmica das relações entre elas, para então oferecer atividades corporais e lúdicas adequadas ao contexto de interação, marcadas, no caso, por uma certa agressividade no contato um com o outro. A equipe também discutiu sobre como abordar o tema do uso de drogas, concordando em esperar o assunto aparecer e, nessas oportunidades, tratá-lo sempre com o máximo de cuidado, para não reforçar estereótipos tampouco promover uma positivação da imagem dos usuários em um nível que possibilitasse que fossem tomados como modelos. A equipe estava atenta à necessidade de desconstruir o imaginário estigmatizante em relação às drogas, mas percebia ainda a delicadeza dessa tarefa no âmbito da comunidade da Preguiça, haja vista que, especificamente para essas crianças, o usuário é alguém com quem convivem cotidianamente.

O outro grande desafio foi o de conquistar a confiança dos usuários de substâncias psicoativas. Com o avanço do trabalho, constatamos não só o retorno contínuo das crianças à intervenção, mas também a cooperação constante das lideranças e de membros da comunidade. Inclusive, ao final de 2010, a equipe do Consultório de Rua participou juntamente com pessoas da comunidade da realização de uma festa de Natal, por meio da qual pôde fomentar a articulação dos moradores.

Outro avanço foi a aproximação progressiva com o público-alvo do projeto e também com profissionais do sexo, travestis em sua maioria, que residem e circulam pela localidade.

TRABALHANDO NA RUA

O momento da equipe atuar na rua envolve, como foi demonstrado, um planejamento amplo e cuidadoso. Mas existe também uma dimensão de caráter “prático”, referente ao dia a dia, a qual pretendemos descrever. Isso não significa, porém, que haja na rotina um enfraquecimento da dimensão reflexiva, já que essa é uma condição imprescindível deste tipo de atividade.

Além dos estudos, supervisões, visitas institucionais, acompanhamentos e reuniões, existe uma rotina que se estrutura em torno das idas à rua que começa ainda na instituição, quando a equipe realiza uma reunião prévia à ida a campo. Nesse momento são pensadas propostas de intervenção, de acordo com as percepções e impressões da equipe sobre os dias anteriores de atuação. Esse planejamento, no entanto, não é rígido, já que a imprevisibilidade da rua exige flexibilidade. É com base no mencionado planejamento que é feita a seleção do material que é levado para a utilização na rua. Entre os objetos se incluem: o álbum seriado, jogos de tabuleiro (dominó, dama, xadrez), banner do projeto, revistas, cola,

palheta de pintura, violão, berimbau, quadro branco, fantoches, materiais de beleza e uma boa quantidade de preservativos, além dos indispensáveis formulários de encaminhamento, requisições e fichas de registro das ações.

A equipe vai a campo semanalmente, em dia e horário determinados e lá permanece por cerca de quatro horas. Na verdade, essa é uma média, pois não há como estabelecer um tempo exato, sendo a dinâmica da rua o que determina esse aspecto, especialmente quando se leva em consideração a quantidade e o fluxo de pessoas atendidas, variável de acordo com eventos como batidas policiais, episódios de violência ou até uma prosaica chuva. Cada campo possui demandas decorrentes das suas especificidades, mas pode-se destacar atividades muito recorrentes, a exemplo das escutas⁹, distribuição de preservativos, oficinas sobre doenças sexualmente transmissíveis e encaminhamentos para serviços de saúde. A música é sempre bem recebida, assim como a capoeira, e ambas costumam promover aproximações e interações livres, a partir das quais podem se desdobrar intervenções.

Na rua, os técnicos primeiramente observam e cumprimentam os frequentadores habituais do local. Em seguida se distribuem de acordo com as tarefas que planejaram realizar e organizam

⁹ Sobre as escutas, tratam-se de verdadeiras entrevistas, no aqui e agora próprios do tempo da rua, onde o técnico pode estabelecer um vínculo mais individualizado com a pessoa atendida. É um instrumento de intervenção privilegiado, pois favorece o acolhimento de cada sujeito em sua singularidade, o que oferece subsídios para uma orientação e acompanhamento particularizado para cada situação relacionada a um sofrimento físico, psíquico e/ou social.

os materiais de maneira que as pessoas possam visualizá-los e ter o interesse despertado. Alguns profissionais se encarregam de oferecer preservativos aos passantes, recebendo sempre solicitações e pedidos de informações, os quais são logo atendidos ou repassados para outros técnicos, de acordo com a especificidade da demanda.

Em relação ao aspecto da interação da equipe, cabe ressaltar a conjunção dos diversos saberes, sempre buscando exercitar a interdisciplinaridade. Assim, embora necessitem manter um compromisso com as atribuições características da sua formação original, os profissionais não ficam presos a essa especificidade, mas compartilham e colaboram com as outras categorias.

Por exemplo, a enfermeira já teve a ajuda de uma psicóloga para fazer um curativo em um morador de rua que sofreu uma pequena lesão na panturrilha esquerda, como também a mesma enfermeira pode ajudar um psicólogo no suporte de escuta a uma usuária, mãe de uma das crianças atendidas, que relatou estar vivenciando dificuldades na relação com os filhos após a separação do marido.

Seja nas oficinas ou nos atendimentos individuais, os técnicos procuram manter uma comunicação, sempre atentos às sutilezas do instável contexto em que atuam. Outro aspecto a ser realçado é que a maior parte da reflexão é empreendida sempre a partir da prática, do que se vive. Nesse sentido, destacamos a importância da reunião pós-campo, na qual os técnicos compartilham suas impressões,

dificuldades e buscam soluções conjuntas para aprimorar a prática da equipe.

Falando especificamente do trabalho na rua, a coordenadora de equipe, que acompanha o grupo em todas as idas à rua, lança um olhar sobre o conjunto, visando a afinação dos profissionais e o alcance dos objetivos do projeto. De modo complementar, devido à natureza do trabalho e ao contexto em que atuam, a coordenação se mantém aberta para ouvir e trabalhar os medos e dificuldades que o trabalho na rua suscita, buscando auxílio, sempre que necessário, na supervisão clínica-institucional do Projeto Consultório de Rua.

AValiação DO TRABALHO DO CONSULTÓRIO DE RUA

Em relação aos desafios e avanços do trabalho na rua, os primeiros são inúmeros e se fazem presentes todos os dias, destacando-se a imprevisibilidade do contexto de atuação. Por esse motivo, os critérios de avaliação das intervenções da equipe têm sido construídos com muito cuidado. Outro grande desafio é avaliar caso a caso e trabalhar a partir das oportunidades detectadas, pois, a despeito da existência de uma ética que respalda o trabalho do Consultório de Rua, não existe uma fórmula pronta para cada situação. Por outro lado, um dos avanços é ter o campo constituído, com a equipe trabalhando e refletindo continuamente sobre sua prática, visando consolidar e aprimorar sua atuação em cada território, ao mesmo tempo que, no passo miúdo de cada dia, fortalece tanto a proposta do Consultório de Rua quanto seus desdobramentos políticos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EQUIPE DO CONSULTÓRIO DE RUA / SAÚDE (DE CARA) NA RUA.



POR QUE O SAÚDE (DE CARA) NA RUA?

No Brasil, o tráfico de substâncias psicoativas ilícitas tem sido considerado, historicamente, como um grave problema de segurança pública, constatação que encontra ressonância nos diferentes setores e segmentos da sociedade. Os aspectos ideológicos, culturais, os interesses econômicos e políticos que incidem sobre a questão das drogas são diversos, criando uma correlação de forças que determinam a forma preconceituosa e reducionista como o tema vem sendo tratado pela sociedade e pela mídia, que por sua vez, o aborda de forma sensacionalista, estigmatizando os usuários e relacionando o uso das drogas com criminalidade e morte. Importante considerar que a temática tem sido pouco estudada, estando mais atrelada às questões morais. De forma pouco reflexiva se produz estigmas sobre os usuários e se dificulta o esclarecimento sobre o assunto para a população geral.

Diante desse quadro, uma das questões que está posta ao Projeto “Saúde (de Cara) na Rua” é: como levar para o espaço público o tema das drogas ilícitas e convocar a participação da sociedade na sua discussão?

O projeto “Saúde (de Cara) na Rua” foi concebido no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

– CETAD, serviço especializado da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA)¹⁰, e tem como objetivo realizar ações informativas, educativas, preventivas e de redução de danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas junto à população de Salvador. A equipe transita na cidade como um espaço alternativo, criativo e diferenciado que promove a possibilidade da discussão crítica do tema, destituindo as substâncias e seus usos de imaginários equivocados e, principalmente, de responsabilizações únicas pela violência urbana tão evidente nos dias atuais. Aliás, esta é uma das características do projeto: desconstruir o lugar comum e confrontar o imaginário social sobre as substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, na tentativa de provocar modificações de pensamento e comportamento em relação à temática.

Nesse sentido, o projeto possibilita a circulação da informação sobre saúde nas ruas de Salvador de forma dinâmica, incluindo os mais diversos lugares e recursos da comunicação e da arte, aliado a uma escuta sensível, para acolhimento e encaminhamento de demandas da população. A atividade envolve também a redução de riscos e danos, abre espaço para discussão em uma perspectiva sócio-antropológica das substâncias psicoativas, discute as políticas sobre drogas existentes (proibicionistas ou não), questões

¹⁰ Esta atividade, tanto quanto o Consultório de Rua, surgiu a partir das reflexões do Prof. Antonio Nery Filho, fundador e coordenador do CETAD/UFBA, sobre o consumo de produtos psicoativos e suas vicissitudes.

sobre sexualidade e HIV/AIDS e proporciona informação, educação e compreensão dos fatos e das circunstâncias que envolvem o uso de SPAs. O projeto propõe acessar novos espaços e públicos através de ferramentas metodológicas respaldadas na linguagem artística: música, performance e intervenção na cidade, de forma inovadora.

A equipe de Saúde (de Cara) na Rua diferencia-se em sua forma de abordagem do modelo original do Consultório de Rua, por não ter que abrir campo e nele permanecer, construir vínculos, fazer encaminhamentos ou atendimentos de assistência à saúde das pessoas em situação de rua ou afixados naquelas áreas de atuação. A cidade e suas circunstâncias são o palco dessa intervenção.

UMA EQUIPE EM CONSTANTE “FORMAÇÃO”

A equipe do Projeto Saúde (de Cara) na Rua é constituída por profissionais de diversas formações: a coordenadora do projeto, que é terapeuta ocupacional e os demais integrantes: duas psicólogas, um músico, uma artista plástica, uma pedagoga, uma administradora (com experiência no campo artístico), uma redutora de danos e um motorista. O processo de seleção considerou os seguintes critérios: experiência com o trabalho no território, concepção da temática a partir do referencial da saúde coletiva, conhecimento na utilização da estratégia da redução de danos consequentes do uso abusivo de substâncias psicoativas e experiências artísticas que favorecessem a interação com a comunidade.

Após a seleção da equipe, foi iniciado o processo de discussão/construção da metodologia do trabalho, com orientação e acompanhamento da supervisão, e do idealizador do projeto, Prof. Antonio Nery Filho, processo permeado pela capacitação/formação dos profissionais para a implementação do projeto. Em face da diversidade dos componentes da equipe, foi necessário integrar os diferentes saberes e práticas, a fim de possibilitar o diálogo e a construção conjunta dos processos de trabalho. Assim, desde o primeiro momento, a formação da equipe tem sido permanente, através de estudos dirigidos, discussão de situações vividas no contexto da rua e supervisão do trabalho realizada regularmente.

A dinâmica interna da equipe é permeada por uma discussão conjunta sobre todas as atividades a serem desenvolvidas, seja previamente à ida à rua, como também após a realização das intervenções. Nas reuniões, houve uma preocupação constante sobre a avaliação do trabalho, seus efeitos, pontos positivos e pontos a serem aperfeiçoados para as próximas intervenções. Com um grupo formado por profissionais de diversas disciplinas, inclusive para além do campo da saúde, o trabalho exige um investimento constante no diálogo e na interação desses técnicos, de modo que é oferecida a possibilidade de todos os integrantes trazerem constantemente suas observações e opiniões, ampliando as concepções sobre os temas a serem abordados nas atividades de rua. Como consequência, os núcleos específicos de conhecimento se cruzam em novas trocas, novos

olhares, criando um campo comum, com diferentes níveis de intervenção, em que todos participam e contribuem para o objetivo de levar informação à população.

Importante destacar o processo de supervisão da equipe enquanto uma estratégia de facilitação do entendimento do grupo sobre o trabalho, o que possibilitou que a equipe analisasse suas práticas e refletisse sobre como trabalha e que resultados pretendia alcançar. A partir da supervisão, surgiram novas reflexões sobre os modos de sentir, pensar e agir, bem como novos caminhos foram trilhados de modo a favorecer o reconhecimento dos limites e das possibilidades. Manejo de situações de divergências – considerando que não existe uniformidade de ideias e referenciais teóricos – encontros e desencontros, insatisfações e alegrias, frustrações e lágrimas ocorreram. A supervisão possibilitou que a equipe se descobrisse por meio do trabalho.



CONSTRUINDO O FAZER: PLANEJAR, MAPEAR, REGISTRAR



PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES

As atividades de rua são pensadas e planejadas pelos profissionais em reuniões, com a participação de todos os integrantes. A equipe trabalha cinco turnos por semana, optando por: (1) um turno para realização da reunião para estudo teórico e avaliação das intervenções; (2) outro turno para a elaboração de materiais que são construídos manualmente por todos os integrantes, além de ensaios de algumas performances artísticas; (3) os outros três dias da semana são usados para intervenções em campo. Os encontros e reuniões são importantes, considerando que a equipe deve ir para a rua sincronizada, com a ação pré-definida, ainda que na rua o inesperado e o inusitado façam parte do script. Além dos ensaios, os materiais usados tornam-se importantes para atrair o público e chamar atenção das pessoas, motivo pelo qual se investiu em ornamentos e em uma estética atrativa para estar nas ruas.

MAPEAMENTO E ESCOLHA DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO

As observações em campo fizeram com que a equipe refletisse sobre a proposta do trabalho, buscando compreender qual o público-alvo e as possibilidades de inserção no campo, bem como sobre a investigação das rotinas dos possíveis locais

de atuação. Ao circular pelos diversos espaços públicos da cidade de Salvador, os profissionais discutiam possíveis intervenções e recursos materiais que poderiam ser empregados na ação.

A fase de observação dos espaços que precedeu a fase de intervenção foi primordial para a compreensão do projeto e contribuiu para o estabelecimento de um norte para as atuações subsequentes. Contudo, a rua é lugar inconstante, onde tudo muda: o tempo, as pessoas, as rotinas. Levar esse fato em consideração permitiu à equipe respeitar os movimentos característicos do lugar, pois é a rua quem dita o que acontece. Essa constatação foi importante, uma vez que despertou na equipe a abertura para o imprevisto e para a adaptação às circunstâncias inusitadas.

A pesquisa de possíveis áreas de atuação teve início com a observação da Praça da Piedade¹¹, localizada no Centro da Cidade, entre duas avenidas importantes comercialmente: a Avenida Joana Angélica e a Avenida Sete de Setembro. O bairro do Comércio, localizado na cidade Baixa de Salvador, também foi local de mapeamento da equipe, tendo sido iniciado pela entrada e saída do Elevador Lacerda, referência de lugar em Salvador, ligando a Cidade Alta à Cidade Baixa. Passamos pelo Mercado Modelo e fomos até a Praça Marechal Deodoro (Praça da Mão), onde encontramos um comércio informal de produtos

¹¹ Entre 1987 e 1989 teve lugar nesta praça a primeira “observação de lugares” do CETAD/UFBA, denominada “Banco de Rua”, de fundamental importância para a implantação em 1995 do “Consultório de Rua” e das atividades redutoras de danos.

variados: frutas, bolsas, alguns quiosques que fazem o comércio de álcool e alimentação, com uma leve movimentação de tráfico de drogas, prostituição e uso de substâncias psicoativas.

A equipe ainda esteve na Feira de São Joaquim com o objetivo de se aproximar dos vendedores e da rádio local, a fim de estabelecer parcerias. Além dessas áreas,

foram realizadas observações no Beco da Cultura, localizado no bairro do Nordeste de Amaralina, um dos bairros com maior índice de tráfico de drogas e violência da Cidade de Salvador. O Beco da Cultura diferencia-se das demais localidades por ter, em sua extensão, duas escolas estaduais e uma municipal de ensino médio, um complexo policial, além de um Centro Social Urbano (CSU) onde acontecem projetos sociais. Tal aproximação



com locais de grande circulação de estudantes mobilizou a equipe a circular por outras áreas, como a Praça do Campo Grande, onde já se tinha observado a presença de estudantes reunidos, às sextas-feiras no final da tarde, em rodas de conversa e também em abuso de bebidas alcoólicas e tabaco. Além dessas áreas, a equipe também realizou observações em locais com características particulares e complexas, a exemplo das estações de transbordo da Lapa, Estação Iguatemi, Estação da Calçada, Estação Mussurunga, locais implicados na mobilização urbana de Salvador, realizando, por vezes, intervenções em alguns desses espaços.

Após esse extenso mapeamento de áreas, a equipe optou por iniciar as atividades no distrito Barra-Rio Vermelho, pois trata-se de uma região praiana, com um público variado de pessoas das periferias de Salvador e dos bairros nobres, deixando evidente um grande contraste social e uma gama de público que poderia ser alcançada. Nesse distrito, dois locais receberam atenção inicial e constituíram os primeiros pontos de intervenção da equipe, foram eles: o Porto da Barra, uma das praias mais populares de Salvador e a Orla do bairro Rio Vermelho que conta com uma ampla concentração de bares e restaurantes, além de ser um dos pontos turísticos da cidade.

REGISTRO DIÁRIO

Considerando a principal característica do projeto, isto é, a grande circulação pelos diversos espaços da cidade, bem como a aproximação com um público variado

e não especificamente consumidor de substâncias psicoativas ilícitas, a equipe funciona como uma espécie de “observatório social ambulante”, excepcional possibilidade para mapear etnoantropologicamente a cidade ao longo do tempo. Observamos o que as pessoas pensam e falam sobre o uso de substâncias psicoativas na cidade. Dessa forma, os registros das atividades de campo são de grande importância, não só para o processo de avaliação, mas também para a compreensão dos diversos aspectos relacionados ao tema das drogas – uso, tráfico etc. Os registros foram feitos individualmente em todas as atividades internas e externas e entregues à coordenação todos os meses.

Nesse sentido, a equipe usou a etnografia como uma das formas privilegiadas de registro, pois possibilitou a aproximação com uma realidade complexa envolvendo o tema das substâncias psicoativas, considerando-as em suas diversas possibilidades e a partir dos significados socioculturais que lhes são atribuídos (MACRAE, 1994). As situações presenciadas nas ruas, em diferentes contextos sociais, puderam ser apreendidas no contato entre a equipe e os grupos sociais sobre os quais foram realizados os recortes para análise. Os registros das observações foram colhidos de diversas formas, a partir de conversas informais, de observações e de entrevistas posteriormente analisadas de modo descritivo e interpretativo. A equipe buscou registrar todas as intervenções com equipamentos fotográficos e de vídeo. O vídeo é uma ferramenta de extrema importância para a documentação das intervenções e produção do material etnográfico. Com ele temos relatos importantes da população e um retorno do

trabalho apresentado. A presença do equipamento nas intervenções causou reações diversas que foram manejadas pela equipe em cada caso, a fim de evitar qualquer constrangimento. Durante a abordagem, deixamos claro como se daria o registro e isso foi feito de maneira cuidadosa e atenciosa. A qualquer momento, o transeunte pôde sinalizar se gostaria ou não de ser filmado.

O registro em vídeo e fotografia atende a dois objetivos centrais. O primeiro é o de funcionar como instrumento para entrevistas e coletas de relatos do público em geral na situação de intervenção; o segundo se inscreve como contrapartida das ações executadas pelos profissionais, avaliando a intervenção em sua plenitude bem como divulgação do trabalho para outros grupos profissionais através do audiovisual.

Os diários de campo também se constituíram em importantes fontes de registro. Esses diários foram usados com o intuito de que cada integrante observasse e comentasse as atividades e impressões, sendo feita uma avaliação das mesmas.

TRABALHANDO NA RUA

A equipe de Saúde (de Cara) na Rua diferencia-se em sua abordagem do modelo do Consultório de Rua por: (1) não se fixar a uma determinada área de atuação; (2) por não ter como estratégia de intervenção a construção de vínculos terapêuticos, no sentido clínico, com as pessoas atendidas; (3) por não focar suas atividades em atendimentos assistenciais e em saúde voltados





para pessoas em situação de rua. O Saúde (de Cara) na Rua tem como público-alvo a(o) cidadã(o) que – não necessariamente – faz uso de substâncias psicoativas ilícitas. Na atuação na rua, a equipe oferece um espaço para inserir esse(a) cidadão(a) nas discussões de temas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A ênfase está na informação e debate de questões pertinentes a todos no que tange a cuidados com a saúde e o consumo de drogas; daí decorre a utilização da estratégia da redução de danos operada pela equipe.

Quando a equipe vai às ruas, é possível notar uma grande variedade de opiniões e riqueza nas discussões. As pessoas querem se posicionar sobre um tema que mobiliza a sociedade contemporânea, e a utilização de uma estética com humor e diversão mostrou-se uma combinação eficaz para abordagem com o público.

O trabalho na rua construído conjuntamente pelos profissionais busca imprimir um caráter dinâmico e visível. Muitas vezes a equipe vai a locais de grande circulação de pessoas, onde a mobilização para o trabalho ocorre a partir da capacidade do grupo em chamar à atenção para as intervenções. Por se tratar de um tema denso e carregado de estigmas, a equipe tem utilizado estratégias lúdicas, alcançando o público através de uma estética que atrai os olhares e desperta o interesse.

Uma das principais estratégias utilizadas foi a apropriação de algumas linguagens artísticas, considerando que por meio da arte e do lúdico a aproximação com o público é facilitada, assim como a possibilidade de comunicação leve sobre

assunto geralmente considerado pesado. Uma das metodologias destacadas é a intervenção urbana – trata-se do termo utilizado para designar os movimentos artísticos relacionados às intervenções visuais realizadas em espaços públicos. Essa é uma linguagem interessante para a abordagem do público, pois dá a oportunidade do trabalho em equipe, horizontalmente, construindo e pensando formas de intervir, de compor e interagir no que a cidade tem de material e imaterial.

Para esse trabalho foram criados estandartes, formato já característico de manifestações e intervenções públicas. Esse material foi construído com papel, através de oficinas realizadas com a equipe, aplicando a papietagem (técnica que utiliza papel para a confecção de máscaras, objetos etc.). Nos estandartes foram colocadas frases referentes ao trabalho e realizadas intervenções em vários lugares como: estações, praças, áreas de transbordos, dentre outros. Não foram raras as situações em que pessoas se aproximaram para relatar sua história ou de familiares que sofrem, ou sofreram por uso ou abuso de substâncias psicoativas. Nessas circunstâncias, a escuta atenta e sensível foi um recurso utilizado e, quando necessário, foi realizado o encaminhamento para instituições da rede de atenção à saúde.

Nas conversas com as pessoas nas ruas, explicitaram-se diferentes posicionamentos em relação à discussão

sobre drogas, com isso, a equipe procurou oferecer dados e instigá-las a buscar mais informações sobre o tema. Foi disponibilizado o endereço eletrônico de **sites** oficiais¹² para que as pessoas pudessem construir seu próprio modo de pensar a questão, não tendo somente como fontes a mídia e o senso comum. O princípio básico do projeto é fomentar o direito à informação e à cidadania, contribuindo para efetivar e concretizar os princípios do SUS, especialmente os da universalização do acesso e da participação popular.

Foi possível observar que as demandas do público se diferenciam, a depender da idade. Nos jovens verificase a necessidade de discutir sobre o tema, de modo que são indicados para esse público espaços onde podem participar, como uma forma de incentivá-los ao exercício da cidadania. Entre adultos, é possível notar uma variedade de posicionamentos, desde a dificuldade de falar sobre o tema, às vezes com certa agressividade, estereótipos, mitos e tabus, até uma abertura para o diálogo e a defesa dos direitos humanos. Com todos os públicos, o objetivo foi abrir o diálogo e levar informação para ser discutida, de forma isenta, possibilitando que as pessoas construam suas próprias opiniões. Também se discutiu e divulgou a rede de serviços de atenção à saúde, e mais especificamente os serviços voltados aos usuários de substâncias psicoativas, explicando seus diferentes modelos/propostas de atenção.

¹² Observatório Brasileiro de Informações Sobre Droga - OBID (www.obid.senad.gov.br) e Observatório Baiano Sobre Substâncias Psicoativas - CETAD Observa (www.cetadobserva.ufba.br).



As atividades de saúde na rua foram iniciadas com informações sobre uso de preservativo e prevenção à DST/AIDS. Informar sobre uso correto do preservativo foi uma forma de começar os trabalhos na rua sem ir diretamente ao tema das drogas. Essa também foi uma forma do grupo se experimentar, enquanto equipe, no que se refere às suas possibilidades na prática. Como exemplo, é possível citar a intervenção desenvolvida em uma praia bastante movimentada da cidade, por uma redutora de danos, onde foi possível, através de encenação divertida, mostrar aos banhistas como usar camisinha de forma correta ao tempo em que essas eram distribuídas. Nesses contatos mais próximos, discutia-se sobre o uso de substâncias psicoativas e o trabalho, obtendo a atenção do público com humor; alguns banhistas se aproximavam para comentar sobre a atividade e fazer perguntas. Uma jovem veio tirar dúvidas, dizendo não saber se era possível fazer uso de dois preservativos ao mesmo tempo.

Após algumas experimentações em campo informando sobre a camisinha, a equipe decidiu iniciar intervenções sobre as drogas. Inicialmente o objetivo foi provocar o imaginário social acerca das substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Pretendeu-se, com isso, levar à discussão a proibição de algumas drogas e liberação de outras, informando sobre a legislação, provocando no cidadão a curiosidade para conhecerem a Lei de Drogas do Brasil e se posicionarem criticamente sobre a mesma. A prevenção ao uso abusivo e

a informação sobre as substâncias psicoativas também deram corpo ao conteúdo das atividades em campo.

Um dos desafios do projeto consiste em lidar com o imprevisto, já que cada local solicita um tipo de intervenção de acordo com o público. Algumas ações planejadas tiveram que ser modificadas após a equipe testá-las em campo. Uma intervenção só poderá ser avaliada após a execução, com a observação das contingências no momento e demandas específicas do público nessa área. Dessa forma, a equipe precisou testar as mesmas atividades em locais diferentes – notando reações diversas entre os públicos –, bem como modificar algumas que não obtiveram os resultados esperados em um determinado momento da execução.

O estigma associado aos usuários de drogas pode deixá-los em situação de vulnerabilidade, diminuindo sua capacidade de reduzir os riscos e danos no consumo de substâncias. Muitos consumidores de drogas ilícitas carregam estigmas e preconceitos diante dessas drogas, sem refletirem sobre os fatores que levam à proibição de alguma substância. Pensando em uma abordagem para o público geral, a equipe decidiu problematizar essa questão em ambientes de bares de consumo abusivo de drogas lícitas, como álcool e tabaco. O objetivo foi provocar a reflexão e sensibilizar a população para o tema.

Em razão da concentração de bares e restaurantes, com movimentada vida noturna, o bairro do Rio



Vermelho tornou-se ponto de muitas ações. A equipe interveio nesses locais utilizando megafone, muita atitude e irreverência para discutir o proibicionismo e provocar reflexões acerca da Lei de Drogas (Lei nº 11.343 de agosto de 2006). Por ser um espaço de muito consumo de drogas lícitas (álcool e tabaco) buscou-se sensibilizar essa parcela da população para o fato de também serem consumidores de drogas, ainda que lícitas, na tentativa de desconstruir alguns preconceitos e reduzir riscos e danos. Foram feitas perguntas e questionamentos com objetivo de polemizar e provocar a reflexão entre as pessoas, sem posicionamentos da equipe sobre o assunto. Houve uma boa participação do público, algumas mexiam com a cabeça em uma expressão de discordância, outras gritavam e participavam em apoio ao grupo, expressando satisfação com a atividade que estava sendo realizada.

Seguindo o caminho de intervenções em localidades próximas a instituições de ensino, a equipe pôde ainda realizar uma ousada intervenção em uma das principais praças públicas da cidade de Salvador, onde já se tinha observado a presença de estudantes reunidos às sextas-feiras no final de tarde, para além de rodas de conversas, fazendo também uso de bebidas alcoólicas e tabaco. Após observação do local, a equipe decidiu confeccionar estandartes com dois lados, onde traziam questionamentos sobre a legalização ou não das drogas.

As reações do público foram diversas, nas placas estavam escritas frases como: “Não abuse dos

medicamentos”, “Seja cidadão, conheça a Lei nº 11.343-06.” As placas chamavam a atenção dos transeuntes, despertava curiosidade e os mesmos se aproximavam conversando e fazendo muitas perguntas. Os comentários eram diversos, incluindo depoimentos de adolescentes que expressavam sua satisfação por terem a oportunidade de discutir esse assunto na rua, revelando que em casa e na escola não existia tal diálogo com seus pais e familiares. Os estandartes serviram como base para todas as apresentações do mês de dezembro de 2010 e janeiro de 2011.

Um episódio de violência policial contra um usuário de maconha, ocorrido em uma praia famosa da cidade, levou a equipe ao planejamento de uma atividade no local. Essa intervenção recebeu o nome de “passe a bola”, código usado por usuários de Cannabis sativa (maconha) para solicitar sua vez de fumar o cigarro compartilhado em rodas de fumo. Tendo em vista que a maioria dos usuários e da população geral não conhece a lei, o “passe a bola” é uma estratégia para informar e discutir sobre os direitos dos usuários. Com bolas de parque e bolas de soprar foram colocadas frases como: “conheça a Lei nº 11.343-06”, “O preconceito vicia”, “usuário também é cidadão”, entre outras. Dessa maneira, utilizou-se uma prática das rodas de fumo como estratégia para a reflexão entre as pessoas em situação de lazer referente à legislação sobre drogas ilícitas. As bolas foram passadas para as pessoas que estavam na praia, fomentando comentários e discussões sobre o assunto. O público recebeu

a equipe muito bem, surgindo discussões variadas sobre a temática, depoimentos sobre a forma que a polícia estava tratando a questão no local e como os preconceitos são criados e formados em torno de diversos usuários de drogas.

Uma das faces da intervenção urbana, estratégia de grande importância para a atividade da equipe, foi trabalhar a superfície da cidade¹³, com imagens e frases que levam a questionamentos e desconstruem o olhar comum sobre as coisas. Hoje o estêncil (técnica usada para aplicar desenhos ou frases sobre inúmeras superfícies, do cimento ao tecido de uma roupa) é considerado uma linguagem artística legítima, sendo extremamente popular na cidade de Salvador/BA. Possui um relativo caráter de permanência, sendo um instrumento interessante como estratégia de comunicação para a desconstrução do imaginário sobre as drogas e provocador de reflexões sobre as mesmas.

A técnica de estêncil é uma estratégia de ação passível de reprodução rápida e serial, repetindo essas imagens sobre a pele marginal da cidade (papelão, muros e postes). A equipe atuou em uma grande festa popular da cidade, que reúne milhares de pessoas, construindo um totem de papelão com 1 metro de altura e imprimindo imagens que informam de maneira divertida cuidados com a saúde. Também criou algumas imagens que têm

relação simbólica com o tema da festa para falar sobre cuidados com a saúde. Foi apresentado um jogo de possibilidades para as relações sexuais, lembrando a necessidade do uso da camisinha e os cuidados que devem sempre estar presentes nesse momento, não importa a opção/orientação sexual. Nessa intervenção foi possível falar sobre cuidados com a saúde, levando em consideração a diversidade sexual.



¹³ Entende-se como superfície da cidade os espaços que trabalhamos para intervir, como: muros, postes, largos, praças, escadarias, passarelas etc.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES AINDA INICIAIS...

O crescimento e desenvolvimento da equipe é fator de motivação para as futuras ações. Estar nas ruas tratando de saúde e drogas é fonte diária de desafios e aprendizados. Circular por áreas tão diversas e ouvir uma variedade tão grande de opiniões e discussões sobre o assunto possibilita ampliar o repertório do tema e aprender com as pessoas que estão nas ruas e querem se posicionar e discutir o assunto.

Hopenenhayn (2002) cita uma pesquisa realizada em oito países, incluindo o Brasil, na qual as pessoas consideraram o problema das drogas mais prioritário do que a delinquência, a corrupção e a violência policial. Ao comparar os dados entre a percepção da população em relação ao consumo de drogas e dados estatísticos, nota-se um claro desajuste de percepção do problema e a sua magnitude. Essa é a impressão sentida pela equipe,

que pôde notar em muitas discussões a predominância do imaginário sobre as drogas e sua vinculação ao senso comum e à carência de dados científicos.

Em muitas ocasiões foi verificado que a apresentação de evidências científicas, por parte da equipe, e o debate fora do campo moral eram aspectos atrativos e inovadores para a população, partindo do pressuposto de que existem, atualmente, poucos espaços para se falar sobre drogas sem a perspectiva repressora e apontando também as questões sócio-antropológicas e humanas. Muitas vezes foi possível ouvir do público elogios ao trabalho por se referirem a essa atividade como a única que tinham conhecimento, e por acharem necessário uma equipe tratar do tema nos espaços públicos.

Com a prática de rua a equipe vem conseguindo desenvolver metodologias de maior alcance junto à população e melhor acesso que despertam mais interesse



e aproximação do público. Em alguns momentos foi possível até intervir através de uma escuta técnica, com a realização de encaminhamentos e orientações sobre serviços de saúde. Nesse sentido, considera-se que a aproximação do público e a interação, seja com olhares ou comentários, são alguns dos resultados da atividade, motivo pelo qual é necessário que a equipe saiba lidar com a diversidade dos posicionamentos sem perder a comunicação com o público, esteja ele apoiando ou criticando o trabalho. Em muitos momentos, a equipe pôde notar reações agressivas por parte da população, como olhares e palavras de repulsa, considerando que o assunto mobiliza e sensibiliza as pessoas de diversos modos, de acordo com suas experiências pessoais e sua bagagem sociocultural. Aprender a acolher e escutar as mais diversas opiniões, crenças e imaginários sobre as drogas e seus usuários têm sido um desafio a ser vencido cotidianamente pelo grupo, gerando amadurecimento no trabalho, bem como a ampliação da população atendida.

Estar nas ruas também exige uma boa interação dentro do grupo. Em muitos momentos, o clima harmonioso e comprometido da equipe possibilitou que a dinâmica que se iniciou entre os profissionais se deslocasse para os transeuntes. A improvisação é ferramenta importante no trabalho, já que a rua é local imprevisível, onde muitas vezes é necessário recriar para adaptar-se à situação no local. Perceber que a equipe vai aumentando a coesão e caminhando em um mesmo ritmo de produção, criação e sintonia de objetivos no trabalho permite que as intervenções nos espaços da cidade obtenham melhores resultados, já que um bom relacionamento interpessoal

gera uma maior experimentação do corpo em atuações teatrais ou na forma de se comunicar com o público. Foi possível experimentar essas sensações em oficinas de teatro, com dinâmicas de grupo e exercícios corporais.

A equipe avalia que foram muitos os avanços no trabalho, especialmente na criação de metodologias e temas a serem trabalhados nas ruas. As atividades permitem alcançar a população geral, que as ouve ou as enxerga à medida que a equipe abre espaços para que eles falem, perguntem e sejam ouvidos também.

Por fim, acredita-se que para uma maior eficácia do trabalho seja importante articular os conhecimentos advindos do contexto da rua com o estudo continuado, abrangendo áreas como a medicina, a saúde, a sócio-anthropologia e epidemiologia. Os conhecimentos advindos dessa atividade retornarão às ruas da cidade em conversas com o público e através da internet, com a criação de um blog para onde serão disponibilizados textos científicos e discussões atuais sobre o tema, dialogando com o público também nos espaços virtuais e redes de relacionamento.

Os projetos futuros para a equipe envolvem a maior divulgação possível de produção científica do tema, realizando “seminários de rua” – com profissionais e palestras – bem como a circulação de livros e textos de acesso à população com a “biblioteca de rua”. Esse conhecimento não deve ficar restrito aos profissionais da área ou pesquisadores, mas deve ser acessado por todos para que a sociedade civil se posicione e discuta para além dos estigmas e preconceitos, apropriando-se dos fatos sobre o tema e desconstruindo mitos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EQUIPE DO CONSULTÓRIO DE RUA DE LAURO DE FREITAS



O município de Lauro de Freitas está localizado na Região Metropolitana de Salvador e encontra-se em acelerado crescimento econômico, sendo considerado um dos mais ascendentes no Estado da Bahia. No entanto, esse crescimento acelerado trouxe consigo diversos problemas sociais e de infraestrutura e também chama atenção para alguns fatores que vêm contribuindo para a vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens, como por exemplo, o baixo índice de escolaridade e o consumo prejudicial de drogas.

A implantação do Consultório de Rua em Lauro de Freitas teve início em maio de 2010. Por meio da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, foi possível realizar as atividades com recursos básicos disponibilizados como: transporte, espaços para oficinas de formação dos profissionais da rede e do Consultório de Rua, bem como promover a articulação com a rede básica de atenção à saúde. No Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS-ad) do município foi cedida uma sala com toda infraestrutura para a equipe, onde são realizadas as reuniões técnicas e demais atividades administrativas.

FORMAÇÃO DA EQUIPE

A seleção dos profissionais foi realizada através da análise dos currículos e entrevistas pela coordenadora de equipe do Consultório de Rua. A equipe foi composta pelos seguintes profissionais: psicóloga, assistente social, enfermeira, técnico de enfermagem, motorista, educadora social e redutora de danos. Todos apresentavam experiências anteriores na sua

área de atuação e perfil profissional para atuarem no atendimento a crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, principalmente usuários de substâncias psicoativas. Sabendo-se que todo trabalho coletivo traz bons resultados para o alcance dos objetivos propostos e que cada instituição, na sua especificidade, traz contribuições indispensáveis para a equidade e integralidade da assistência ao usuário no Sistema Único de Saúde, fez-se necessário o fortalecimento de uma rede de atenção integral, destacando a importância do envolvimento dos gestores e do conjunto de atores que se propuseram a atuar de forma coletiva em um projeto de ação comum no âmbito intersetorial. Para tanto, uma das estratégias utilizadas para atender aos objetivos do Consultório de Rua no município foi a realização da Oficina I no mês de julho de 2010, voltada para a capacitação dos coordenadores de equipe do Consultório de Rua. Nessa oficina foi discutido o papel do coordenador e suas atribuições, bem como foram compartilhadas as experiências originais do Consultório de Rua implantado anteriormente pelo CETAD/UFBA, além de temas



importantes sobre usos e usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas que contribuíram para nossa prática e efetivação das ações.

A Oficina II¹⁴ aconteceu no mês de setembro de 2010 para formação dos profissionais do Consultório de Rua e de todos os envolvidos ao longo do processo de implantação e sustentabilidade do projeto. A oficina contribuiu com informações sobre o funcionamento desse tipo de atendimento, propôs questões aos participantes, como também aprofundou temas relacionados às substâncias psicoativas.

Ao mesmo tempo em que aprofundaram seus conhecimentos, os participantes discutiram aspectos de sua própria atuação e da realidade local. Essa oficina teve uma importante contribuição para o desenvolvimento das ações, favorecendo a reflexão quanto à postura dos profissionais diante desse tipo de atendimento e permitindo a inovação dos conhecimentos sobre os usuários de substâncias psicoativas e as diversas formas de atendimento. Outra contribuição foi o fortalecimento da equipe para atuação em campo, esclarecendo dúvidas e trabalhando preconceitos. Foram disponibilizadas 40 vagas para as instituições, que tiveram como convidados profissionais da rede de saúde: Atenção

Básica, Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), CAPS II, CAPS-ad e Centro de Testagem de AIDS (CTA); Profissionais da Rede Assistencial da Proteção Básica e Especial, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Conselho Tutelar, profissionais que fazem parte dos projetos do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI): Mulheres da Paz e profissionais da segurança pública: Polícias Civil e Militar.

Na rotina do Consultório de Rua ocorreram reuniões de equipe sempre às terças-feiras para planejamento das atividades, tais como: saídas a campo, mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade, articulação com a rede de atenção e serviços assistenciais existentes no município, como também discussões internas da equipe para trabalhar sentimentos, esclarecer dúvidas e discutir estratégias de ação.

As quintas-feiras (turno da tarde) foram dedicadas para estudo de textos, elaboração do livro guia, de relatórios, organização dos materiais de trabalho como formulários, insumos, materiais informativos, entre outros, informes sobre eventos, tais como simpósios, seminários, capacitações etc.

¹⁴ Esta Oficina II - Oficina de Formação para Profissionais do Projeto Consultório de Rua e Rede de Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas, promovida pela equipe do Núcleo Central do Consultório de Rua contou com a participação de todos os integrantes da equipe e também de profissionais de instituições da rede assistencial de saúde e social envolvidas direta ou indiretamente com as ações do Consultório de Rua.

As supervisões, realizadas por técnico externo à equipe, aconteciam quinzenalmente com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do trabalho, dando suporte técnico à equipe, como também sugestões para as atividades desenvolvidas.

PESQUISA E MAPEAMENTO DAS ÁREAS

A partir da articulação com a rede de atenção e demais serviços, foi possível escolher algumas áreas para observação utilizando indicações obtidas por integrantes dessa rede para o início das atividades. Algumas indicações foram do motorista do Consultório de Rua que conhecia bem a cidade, além disso, houve a participação de outros atores como: Agentes Comunitários de Saúde, Mulheres da Paz, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), CAPS-ad, que compõem a rede de saúde e social do município. Parceiros importantes para pesquisa e mapeamento das áreas de maior vulnerabilidade foram os programas do PRONASCI que vinham realizando ações nas comunidades apontando, assim, algumas áreas em que o Consultório de Rua poderia atuar. Antes de sair a campo, habitualmente a equipe conversava sobre as expectativas do trabalho e do local a ser observado, as ansiedades do grupo, situações vividas na vida pessoal e profissional. No percurso de volta do campo avaliávamos as atividades que foram realizadas com o público-alvo, discutíamos as observações e as demandas da comunidade local, criando novas estratégias, a fim de corresponder aos





objetivos do Consultório de Rua. As estratégias foram pensadas levando em consideração a faixa etária do público atendido, a parceria com instituições e órgãos da rede local, as oficinas artísticas adequadas, materiais e estrutura para atender as demandas etc.

A cada observação em campo algumas inquietações mobilizavam a equipe, gerando sentimentos de angústia e insegurança quanto ao desenvolvimento da sua prática diante do que se ouvia sobre determinada comunidade, como por exemplo: os conflitos por conta do tráfico de drogas, toque de recolher etc. Na medida em que observávamos, também éramos observados pelas pessoas. Em um dos momentos em campo, um grupo de adolescentes, curioso com a nossa chegada, buscou aproximação, indagando quem éramos e o que estávamos fazendo ali. Apresentamos a equipe e falamos sobre o projeto de trabalho. Os jovens demonstraram interesse pela proposta e passaram algumas informações importantes sobre a área e outros locais passíveis de observação nos quais haviam crianças em situação de vulnerabilidade. Esse exemplo nos mostrou que poderíamos redefinir algumas estratégias para identificação das áreas para atuação.

Durante o mapeamento das áreas sentimos a necessidade de alternar os horários para observação, buscando obter maiores informações sobre a dinâmica de cada comunidade. Sempre havia um momento de descontração no final da atividade, e um local onde parávamos para um lanche. Esses momentos favoreciam a integração da equipe, além de proporcionar discussões sobre o nosso trabalho,

pois os objetivos pareciam ainda imprecisos. As observações das áreas nos apontavam grande demanda, haja vista as condições de vulnerabilidade e carências sociais das pessoas.

Visitamos o bairro de Itinga onde se encontra o “Largo do Caranguejo”, área de grande circulação de pessoas, fácil acesso de entrada e saída de veículos, com vários pontos de ônibus, casas comerciais, ambulantes, bares ao redor e carros com volume de som excessivo. Diante dessas características, concluímos que não seria viável desenvolver intervenções específicas do projeto, e sim realizar abordagens rápidas para prevenção de DST/AIDS e ações de reduções de danos, principalmente para o uso de álcool.

Concluímos também que algumas localidades poderiam ser observadas no período da tarde pela grande movimentação de crianças, adolescentes e jovens, como por exemplo, a Praça da Mangueira, cujo nome se deve à bela mangueira existente no local. Ali existem alguns “botecos”, uma quadra de futebol, um ponto de ônibus, pouca iluminação e uma grande área sem utilização. Em uma das visitas a essa área nos aproximamos de alguns adolescentes que tiveram despertada a curiosidade sobre nosso trabalho. Após nos apresentarmos, os adolescentes forneceram informações sobre a dinâmica do local e indicaram outras localidades para serem visitadas devido ao grande índice de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade.

Concluída essa etapa, a primeira área de atuação escolhida foi a Lagoa dos Patos, conhecida por apresentar também uma grande população em situação de risco e vulnerabilidade, compreendendo crianças, adolescentes e jovens, bem como relatos de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Outro fator que nos chamou a atenção foi o número de adolescentes gestantes. Identificamos um ponto de venda e uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Esse local de atuação da equipe do Consultório de Rua é denominado “Praça da Árvore”, também chamado por alguns moradores como “Sindicato”, devido à prática de consumo de álcool em grupo. O ponto fica em uma bifurcação onde usuários de substâncias psicoativas se encontravam, diariamente, em frente a um mercadinho, debaixo da árvore e acendiam uma pequena fogueira que servia tanto para o consumo de crack quanto para aquecer refeições. Também foi presenciado comércio de drogas no local, apesar da ronda policial.

A segunda área escolhida para atuação do Consultório de Rua foi o local conhecido como “Campo da Maconha”, batizado com esse nome devido à grande concentração de usuários dessa droga. O local é, na realidade, um campo de futebol. Nessa área encontramos uma outra praça, uma escola e um campo no qual funcionava uma escolinha de futebol organizada por voluntários e tinha uma grande circulação e concentração de crianças, adolescentes e

jovens. Esses nos informaram que a ideia da escolinha partiu do aumento do índice de crianças, adolescentes e jovens utilizando substâncias psicoativas e se envolvendo com o tráfico de drogas. Essa área foi apresentada pelo motorista do Consultório de Rua, que já conhecia as características do local e os líderes comunitários do bairro de Itinga. Durante nosso trabalho pudemos observar o consumo de drogas lícitas e ilícitas, apesar das atividades esportivas e do grande número de pessoas presentes no local, incluindo crianças em situação de lazer. Próximo ao campo de futebol há um rio conhecido como “Pinicão” que segundo os moradores da área, virou esgoto a céu aberto, o que representa risco à saúde da população.

Em cada área procuramos identificar o coordenador do distrito sanitário, apresentando o projeto para a Unidade de Saúde da Família, rede de saúde, rede socioassistencial, delegacias, grupos religiosos, associações de moradores, lideranças comunitárias, ONGs, escolas, como também os possíveis serviços para encaminhamentos. Buscou-se, ainda, nessa articulação com lideranças comunitárias e serviços, informações sobre locais de grande aglomeração de jovens, de uso de substâncias psicoativas e de situações de risco e vulnerabilidade.

ABERTURA DE CAMPO

Para iniciarmos a abertura de campo na localidade de Lagoa dos Patos, contamos com a colaboração de um agente comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família e morador da área, que nos apresentou para algumas pessoas da comunidade, principalmente

a usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, comerciantes e pessoas que tinham alguma liderança local. Uma das estratégias utilizadas foi a distribuição de preservativos com orientações e a exposição do banner com informações sobre o Consultório de Rua e que atraía as pessoas ao veículo.

A equipe procurava se dividir em trios ou duplas nas áreas próximas para fazer os contatos e apresentar nossa proposta. Íamos sentindo a recepção da comunidade e ouvindo suas opiniões e dúvidas sobre o Consultório de Rua. Era frequente ouvir a seguinte frase: “Esse projeto já devia ter chegado aqui há muito tempo... vai ser muito bom para a comunidade.” No início da abertura do campo, percebemos que algumas demandas iam além dos objetivos do Consultório de Rua, como por exemplo, pedido de cesta básica, segunda via de documentos, coleta de lixo, pavimentação de rua, reclamações sobre a ausência dos agentes de endemia para o combate à dengue naquela localidade, entre outras, devido à carência na oferta de serviços públicos de infraestrutura, saúde e assistenciais. Eram dadas as devidas orientações e era esclarecido o objetivo do nosso trabalho. A comunidade foi informada que todas as terças-feiras após as 17:30, estaríamos naquela área, no mesmo lugar para a formação de referência e vínculo. Nesse momento o compromisso da equipe com a comunidade foi importante para a formação de uma relação de confiança. A abertura de campo é uma etapa que não pode ser interrompida, sob pena de comprometer a proposta pela perda de confiança da comunidade nos atores.

No “Campo da Maconha”, o início da atividade teve a colaboração dos professores voluntários das escolinhas de futebol que atuavam no local. Esse apoio foi relevante, uma vez que permitiu a aproximação com as crianças, adolescentes, jovens e pessoas que circulavam na região. Chegar aos horários dos treinos foi uma das estratégias utilizadas, pois ao término desses as crianças vinham ao nosso encontro e o tema de nossas conversas era o futebol, ponte para a troca de informações sobre a comunidade, além da divulgação do Consultório de Rua. Por solicitação de algumas crianças, ficou acordado que atenderíamos nessa área às quintas-feiras, após as 17:30h, em razão da disponibilidade do veículo.

TRABALHANDO NA RUA

Pensando na rua como um espaço dinâmico em que as pessoas convivem com as diversidades, o trabalho do Consultório de Rua exigia da equipe reflexão sobre seus preconceitos e verdades, além de esforço para conter nossas ansiedades e permitir que o novo pudesse nos surpreender. A cada nova atuação em campo tínhamos a certeza de que o trabalho na rua seria uma árdua e permanente construção.

As oficinas e os temas trabalhados na rua com as crianças, adolescentes e jovens foram planejados e discutidos nas reuniões de equipe de acordo com cada área de atuação. Em alguns momentos as oficinas foram improvisadas conforme a dinâmica do campo, pois em várias ocasiões encontramos os locais com pouco movimento, ora chovendo ora sem



condições para realização das atividades propostas. A distribuição e a orientação para o uso adequado de preservativos masculino e feminino, desde o início, se constituíram em importante atividade facilitadora da interação com a comunidade.

No primeiro contato com os usuários na Lagoa dos Patos tivemos a companhia do agente comunitário de saúde e morador da área, que nos apresentou ao grupo que costumava se reunir diariamente naquele local. Encontramos uma fogueirinha acesa e alguns moradores assando carne e conversando.

Três pessoas da equipe se aproximaram e tiveram a oportunidade de apresentar a proposta do Consultório de Rua e ouvir alguns relatos sobre o cotidiano da comunidade. Foi possível observar a curiosidade das pessoas que nos olhavam inquietamente querendo saber quem éramos. Durante as abordagens conhecemos um jovem usuário de drogas que nos falou sobre os encontros frequentes em volta da fogueira e sobre a dependência de álcool de um dos familiares. No mesmo momento, contou um pouco sobre seu uso de drogas. Apresentava ferimentos na boca, característico do uso do crack. Realizamos



uma roda de conversa, orientando sobre prevenção e redução de danos. Mesmo não tendo programado essa atividade, o momento foi oportuno e contou com a participação dos jovens que se expressaram de forma espontânea, trazendo situações vividas pelo uso de substâncias psicoativas.

Durante a conversa, a fala de um dos jovens nos chamou a atenção quando disse que não fazia uso de drogas na frente de crianças e fazia o possível para que outros usuários ou traficantes não integrassem as crianças no uso ou no tráfico. Ele nos disse que não desejava para as crianças a vida que levava.

As oficinas com as crianças dessa área foram iniciadas com desenhos e pinturas em um espaço improvisado e, mesmo sendo uma atividade simples, atraiu um pequeno grupo de crianças. Uma menina que participava foi até sua casa e trouxe uma mesa de plástico para apoiar o papel, pois queria mostrar para a assistente social da equipe que já sabia escrever seu nome. Essa menina era filha de uma moradora da comunidade que trabalhava com a coleta de material reciclável, tinha dois filhos e descobriu que estava grávida de três meses. Essa se aproximou da equipe, perguntando se havia uma psicóloga, pois estava angustiada com a ideia da gravidez e sentia necessidade de conversar sobre o assunto. Após esse dia, passou a ser acompanhada pelo Consultório de Rua, na medida em que foram surgindo questões relacionadas ao uso de drogas dela mesma e de pessoas próximas a seus filhos. As intervenções continuaram com animação de fantoche, trabalho

com músicas infantis, leitura de histórias e outras atividades lúdicas e educativas. As crianças esperavam inquietas o início das atividades e aceitavam bem as que eram propostas. O objetivo inicial das oficinas era atrair as crianças, construir vínculos, trabalhar a sociabilidade, regras de convivência, limites, respeito ao outro e, a partir daí, introduzir temas relacionados à educação em saúde, pensando na prevenção dos comportamentos de riscos. Em um dos momentos da leitura de histórias com as crianças, um usuário de substâncias psicoativas, também morador da área e que se encontrava no local, observou a atividade e tomou a iniciativa de ir a sua casa para trazer dois filhos para sentarem-se junto ao grupo. A partir daí, sempre que o carro do Consultório de Rua chegava, esse jovem procurava convidar as crianças da comunidade para participar das atividades.

Outras situações vivenciadas nos mostraram que o vínculo estava sendo formado naquela área de atuação: destacamos o momento em que a mãe do jovem usuário de substâncias psicoativas, citado acima, nos falou sobre os cuidados que tem com as crianças da comunidade; veio até o veículo do Consultório de Rua para conhecer o trabalho a convite do filho que, segundo a mesma, falava sempre da nossa presença nas terças-feiras e o que fazíamos. A mãe nos falou sobre suas preocupações com o jovem, devido ao uso de drogas e seu envolvimento no tráfico, e os conflitos com traficantes da área quando seu filho procurou “livrar” uma criança que estava sendo usada para o tráfico de drogas. Mostrou-se surpresa com nossas idas a essa área, referindo-

se muitas vezes à falta de assistência à comunidade e ao medo de alguns profissionais da saúde de atuarem na localidade, tida como perigosa.

No decorrer das ações, fomos percebendo que as pessoas foram ficando mais à vontade com a nossa presença, mantendo sua rotina, interagindo com a equipe, participando das atividades propostas, sem receios para expressar suas práticas de risco, como o uso de drogas sem os devidos cuidados, relação sexual sem camisinha etc. A venda de substâncias psicoativas ocorria de maneira sutil. A realização de oficinas sobre redução de danos atraía uma maior participação dos adolescentes, jovens e adultos, nas quais trabalhávamos as diversas formas de sentir prazer, os fatores de riscos e os fatores de proteção da vida, com o objetivo de proporcionar discussões e reflexões visando à redução dos danos causados por atitudes e hábitos que favorecem situações de vulnerabilidade. O motorista do Consultório de Rua colocava em prática os conhecimentos que adquirira na oficina de formação e nos grupos de estudo, trazendo contribuições durante as atividades, distribuía preservativos com orientações e tinha facilidade na formação de vínculos. A equipe, no decorrer das vivências em campo, ia cada vez mais percebendo que o uso abusivo de substâncias psicoativas tem de ser entendido de forma diversificada, e ao mesmo tempo singular. Deparamo-nos com vários tipos de usuários, sendo comum encontrar pessoas adultas com sinais de embriaguez e outras com possíveis sintomas da dependência alcoólica, como tremores, ideias de perseguição e desorientação. Esse cenário nos permitia um planejamento das

estratégias de intervenção que pudessem promover a prevenção, tratamento e reabilitação desse público. O contato com um casal com idade entre 40 e 50 anos, apresentando um padrão de uso abusivo de álcool, possibilitou que a psicóloga do Consultório de Rua ficasse sabendo que esse sofrera algumas internações psiquiátricas pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas. Na semana seguinte à abordagem com o casal, a assistente social do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Lauro de Freitas entrou em contato conosco para pedir orientações sobre um casal, conhecido no centro da cidade, por encontrar-se na maioria das vezes alcoolizados e lavando carros. Pelas características relatadas, chegamos à conclusão que estávamos falando das mesmas pessoas, o que proporcionou discussão sobre o caso e suas especificidades. A psicóloga do Consultório de Rua deu continuidade aos atendimentos e sempre os encontrava nas saídas de campo, buscando informações para a melhoria de suas vidas e fortalecimento dos vínculos com a equipe.

Sempre conhecíamos novas pessoas. O tempo de permanência nessa área era em função do horário do mercadinho, do qual obtínhamos energia elétrica que iluminava o local e facilitava a realização das atividades.

No “Campo da Maconha” os primeiros contatos com as crianças, adolescentes e jovens foram através de oficinas voltadas para orientação sobre sexualidade, situações de risco e práticas seguras. Ao término dos treinos das escolinhas, uma roda de conversa se

formava espontaneamente. Em um dos momentos, crianças com idades entre doze e treze anos se interessaram em participar, trazendo questões e falando de suas descobertas sexuais, de suas experiências com o uso de camisinha: “usar a camisinha para se masturbar e não melar as mãos”. Alguns jovens participavam dando opiniões sobre o tema em questão e interagindo com a demonstração correta do uso da camisinha. Como não tínhamos, no momento, o modelo peniano, improvisamos em um guidon da bicicleta de um dos jovens para colocar o preservativo. Observavam-se os erros na colocação do preservativo de modo didático e divertido. No final, foi criado um Rap da Camisinha, motivando a participação de algumas pessoas

que estavam próximas. Nesse momento, vimos a importância da criatividade quando não dispomos de recursos para realização de algumas atividades. Aos poucos, o vínculo de confiança foi se solidificando nessa área e a equipe foi construindo uma estreita relação com a comunidade, favorecendo momentos de escuta, em que eram trazidas histórias de vida, com relatos de violência sexual, depressão, problemas financeiros, de saúde, familiares etc. Durante esses momentos eram dadas orientações e feitos encaminhamentos, quando necessários e possíveis.

Observamos que após as festividades do final de ano, essa área modificou seu funcionamento,





reduzindo o público, havendo pouco movimento, consequentemente diminuindo o número de atendimentos no local. Fomos informados por moradores da comunidade que as crianças e adolescentes viajaram para participar de um campeonato de futebol. Outra informação indicava que muitas pessoas, no período entre dezembro e março (até o carnaval), ingressavam no mercado informal e, por vezes, deslocavam-se para outras cidades.

Diante do esvaziamento do local, a equipe iniciou intervenção em uma área próxima que fez parte do mapeamento, “o Largo do Caranguejo”, por ser um local rodeado por bares e com grande concentração de pessoas consumindo bebidas alcoólicas. Nessa área privilegiamos a realização de oficinas relâmpagos para minimização dos danos causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas e para redução dos comportamentos de risco voltados para as relações sexuais.

Como já indicamos, cada área apresenta suas características e dinâmicas próprias, relacionadas com faixa etária, sexo, drogas consumidas e tráfico de drogas. Quanto às populações, constatamos que além de suas características específicas, apresentavam um aspecto comum a todas: não encontramos moradores de rua, porém encontramos pessoas que na luta pela sobrevivência saíam de suas casas e passavam a maior parte do tempo utilizando o espaço da rua para obter “algum trocado”, seja catando lixo, pedindo

esmolas, guardando e lavando carros etc. Muitas vezes encontramos essas pessoas retornando para casa no início da noite acompanhadas dos seus filhos, alguns deles muito pequenos, apontando um cenário de carência social no qual a presença das drogas precisa ser considerada individual e coletivamente.

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DO CONSULTÓRIO DE RUA

O início do trabalho trouxe para a equipe muitas ansiedades e expectativas. Havia grande curiosidade quanto aos desafios a serem vencidos. Um dos pontos positivos que vale destacar nessa fase foi a importância do apoio técnico por parte da coordenação do Núcleo central do Projeto Consultório de Rua e dos supervisores de equipe, responsáveis pela implantação, execução, e acompanhamento do Consultório de Rua no município de Lauro de Freitas e em mais dois municípios da região metropolitana de Salvador. A realização da Oficina I ,para os coordenadores de equipe, e da Oficina II - Oficina para Profissionais do Projeto Consultório de Rua e Rede de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas foram fundamentais para a compreensão da proposta de trabalho e para o desenvolvimento das ações intersetoriais, além de contribuir para a atuação em campo.

Apesar das dificuldades surgidas, como a falta de disponibilidade de transporte em horários diurnos e articulação de rede, a integração da equipe foi essencial para superação dos obstáculos. Nas



vivências em campo, a sintonia do grupo foi uma ferramenta importante para a credibilidade do trabalho e para a formação de vínculos com a população. Em média, 40 crianças, 30 adolescentes e 50 jovens adultos foram atendidos por semana pelo Consultório de Rua, quer através de escutas individuais, quer nas oficinas e nas atividades lúdicas. Foi possível realizar vários encaminhamentos para a rede assistencial, o que reforçou a importância da articulação com toda rede básica de saúde. A aproximação com a realidade das pessoas em seu contexto social foi uma experiência desafiadora que exigiu reflexões sobre a ética profissional e o respeito às diversidades e ao modo de viver de cada um.



RELATO DE EXPERIÊNCIA

EQUIPE DO CONSULTÓRIO DE RUA DE CAMAÇARI





O município de Camaçari compõe a região metropolitana do Estado da Bahia com população estimada em 191.855 habitantes. Esse é sede do Polo Petroquímico desde a década de 70, no qual foram criadas expectativas de geração de emprego para os munícipes. Apesar disso, o município apresenta um índice significativo no que se refere à violência e à exclusão social, atrelados ao consumo de álcool e outras drogas entre pessoas de diversas faixas etárias e classes sociais. Devido a essas evidências, Camaçari foi um dos locais contemplados com ações de políticas públicas integradas, promovidas pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas do Ministério da Justiça – SENAD/MJ.

Dentre essas ações, está o Consultório de Rua que foi implantado no município em junho de 2010. Os profissionais da equipe de Camaçari/BA foram selecionados e contratados pelo município. Esses tinham como pré-requisito para o cargo, a experiência de trabalho em saúde no campo de álcool e outras drogas, seja em atividades comunitárias ou em saúde mental.

FORMAÇÃO DA EQUIPE

Inicialmente, a equipe foi formada por três psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, uma cientista social e um motorista. Com o objetivo de estruturar e avaliar o processo de trabalho foi estabelecida uma rotina de reuniões entre a equipe técnica e a supervisora responsável pelo município de Camaçari, nas quais

foram discutidos temas relativos à dinâmica de funcionamento da equipe, bem como a própria implantação do Consultório de Rua no município. Tais reuniões aconteciam sempre às sextas-feiras pela manhã.

A presença de todos os profissionais nessa reunião era imprescindível, por isso o dia foi escolhido e acordado pelos técnicos da equipe, como essencial para o bom desenvolvimento das ações. Era nesse momento que os profissionais tiravam dúvidas, esclareciam questões e falavam sobre angústias e impressões durante a prática. O processo de trabalho também contemplava a elaboração de relatório mensal por parte dos integrantes do grupo. De posse dessas informações, a coordenadora da equipe produzia relatório único para encaminhamento à Coordenação Central do Projeto Consultório de Rua. Nesse relatório eram descritas as atividades realizadas no campo de atuação e explicitado todo processo reflexivo e acompanhamento das dificuldades acerca da prática.

Uma vez formada a equipe, os integrantes se confrontaram com o desafio e responsabilidade pela implantação dessa intervenção pioneira no Brasil. Diante disso, o grupo focou suas atenções para a apropriação conceitual sobre a abordagem do Consultório de Rua e a atenção a usuários de álcool e outras drogas. Uma das estratégias utilizadas para compreensão desse tipo de atendimento na implantação nos municípios abrangidos pelo projeto foi a realização, no mês de julho de 2010, da Oficina

para capacitação dos coordenadores, que teve como objetivo a discussão sobre o papel do coordenador, suas atribuições e o compartilhamento das primeiras experiências vividas pelo Consultório de Rua por profissionais do CETAD/UFBA, como também foram trabalhados temas importantes que contribuíram para nossa prática e efetivação das ações.

Essa primeira oficina foi seguida da Oficina de Capacitação II, realizada no mês de setembro de 2010 pela Coordenação Central do Consultório de Rua, e teve como objetivo fortalecer a articulação e a formação de parcerias com a rede de atenção integral do município. A Oficina II - Oficina de Formação para profissionais do Projeto Consultório de Rua e Rede de Atenção para usuários de Álcool e outras Drogas foi uma oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre temas relacionados às substâncias psicoativas, produzindo um saber acerca das vicissitudes relacionadas ao atendimento a crianças, adolescentes e jovens adultos usuários de substâncias psicoativas, especialmente no contexto de situação de rua.

Nessa segunda oficina foram disponibilizadas 40 vagas para os profissionais da rede de atenção e assistencial, os quais assumiam o compromisso de serem multiplicadores das informações e dos materiais disponibilizados para sua instituição. Dentre as instituições convidadas para participar da oficina, estavam presentes profissionais da Proteção Básica do Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), da Proteção Especial do Centro de Referência



Especializada da Assistência Social (CREAS) e do Conselho Tutelar Orla, Assessoria Técnica do Município (ASTEC), profissionais que trabalham em serviços da Secretaria de Saúde de Camaçari (SESAU), além de representantes do Ministério Público, das Polícias Civil e Militar, do PRONASCI, da Secretaria de Educação de Camaçari, de Comunidades Terapêuticas e da Associação dos Alcoólicos Anônimos.

PESQUISA E MAPEAMENTO DAS ÁREAS

O mapeamento das áreas de intervenção da equipe do Consultório de Rua de Camaçari foi planejado e realizado a partir das sugestões da supervisão técnica, orientada, principalmente, pelas condições apontadas por diversos atores sociais, que lhes ofereceram dados para a compreensão do contexto sociocultural de diversos locais da cidade. Esses locais foram identificados e apontados a partir de idas a campo para observação, reconhecimento territorial e visitas institucionais para apresentação do projeto.

Inicialmente, foi realizada a escuta de diferentes segmentos sociais do município de Camaçari: educadores sociais do Projeto de Assistência à População em Situação de Rua de Camaçari, garis, mototaxistas, vendedores ambulantes, moradores, policiais, grupos de autoajuda, membros de Organizações não Governamentais, entre outros. Essa fase do projeto tinha o objetivo de identificar áreas com potencial de realização das atividades do Consultório de Rua. O critério estabelecido para

a seleção dos locais de possível intervenção foi a presença de crianças, adolescentes e jovens adultos em vulnerabilidade social relacionada ao uso abusivo de substâncias psicoativas e/ou em situação de rua.

A partir da escuta foi possível listar as ruas e praças para planejar as intervenções em campo. Nessa fase de trabalho, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) de Unidade Básica, residente em área próxima aos locais citados foi convidada para a observação de campo. Vale ressaltar a importância da participação no trabalho de campo de alguém oriundo da comunidade, conhecedor da cultura local e com capacidade para intermediar os contatos iniciais da equipe com a comunidade durante a observação e, posteriormente, na abertura de campo.

A observação iniciou-se em três praças situadas no Bairro Gleba B, próximo ao centro da cidade: Praça da Tonita, Praça do Reggae e Praça da Quadra – locais indicados como ponto de encontro de adolescentes e jovens adultos para uso de substâncias psicoativas. A Praça do Reggae e a Praça da Quadra foram visitadas pela equipe que constatou serem locais com a presença de adolescentes e uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com uma maior movimentação nos finais de semana. A Praça Tonita, por sua vez, tem esse nome devido a uma moradora que vendia bebidas alcoólicas, principalmente “cachaça” aos moradores das ruas mais próximas. Essa praça foi construída por um grupo de usuários de álcool, após estabelecerem o lugar como ponto de encontro do



grupo. Os moradores, em sua maioria, trabalham realizando pequenos serviços na comunidade e apresentam problemas de saúde relacionados ao uso abusivo de álcool. Contudo, também verificou-se que a presença do público-alvo no local se concentrava apenas nos finais de semana. Esse fato foi determinante para a inviabilização do trabalho, o que nos levou a observar outros locais da cidade.

Passamos então a considerar a possibilidade de intervenção do Consultório de Rua no fundo do Mercado Municipal, conhecido popularmente como “estacionamento do fundo da feira”. Esse local foi apontado pela comunidade e por órgãos governamentais e não governamentais como um espaço potencial de atuação. Esse campo foi observado durante alguns dias e em diferentes horários, a fim de compreender a dinâmica do lugar: no início e final da tarde, e início e final da noite, a fim de se conhecer os períodos de maior ou menor frequência de uso de substâncias psicoativas.

Nessa etapa de pesquisa e avaliação da área do fundo da feira, foi estabelecido contato com dois comerciantes, que vendiam lanche, doces e cigarros em barracas no local, aos quais foi apresentada a possibilidade de realizar atividades voltadas à saúde com a população daquela área. Se mostraram receptivos, mas um tanto surpresos com a possibilidade de cuidado dessas pessoas denominadas por eles de “barra pesada”. As falas evidenciavam a condição de marginalização

e estigmatização desse público. Durante a observação, a quarta-feira à noite foi escolhida para a atuação, pois nesse dia foram evidenciados números significativos de usuários de crack e de alcoolistas que se concentravam tanto para fazer uso dessas substâncias como, em alguns casos, também exerciam atividade de reciclagem de material. Com o início das intervenções, a equipe concluiu que o turno da tarde era o melhor horário de atuação nesse campo.

ABERTURA DE CAMPO

No local de intervenção, “estacionamento do fundo da feira”, era notória a presença de uma rede informal e formal ao seu redor. Nos primeiros contatos com a comunidade local, buscava-se apresentar o Projeto Consultório de Rua, acolher suas dúvidas e, principalmente, colher dados acerca dos serviços oferecidos a população.

A rede informal era composta por duas barracas de lanches, almoço e bebidas em geral, lojas e oficinas de consertos e vendas de bicicletas, depósitos de bebidas, um terminal de transporte que liga a sede à orla marítima, um estacionamento local e um açougue.

A rede formal era constituída basicamente pela Cidade do Saber (centro cultural e esportivo), Casa da Criança (acolhe crianças e adolescentes em vulnerabilidade e risco social), Unidade Básica de Saúde Gleba B (UBSGB) e Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES).

A apresentação do projeto sempre suscitava alguma resistência, uma vez que o objetivo do Consultório de Rua não contemplava a retirada das pessoas da rua e não tinha a abstinência como meta a ser necessariamente alcançada. Percebemos que a articulação de uma rede de atenção era fundamental para o êxito das atividades na medida em que envolviam encaminhamentos para diversos serviços de saúde, assistência social e outros setores. A apresentação do projeto para as equipes seguidas de rodas de conversas foi fundamental para a melhora da compreensão da natureza do trabalho desenvolvido, o que possibilitou o fortalecimento da parceria e conseqüentemente o atendimento das demandas expressas pelos usuários em situação de rua encaminhados a esses seguimentos.

Dessa forma, a apresentação do Projeto Consultório de Rua de Camaçari às equipes foi incorporada ao planejamento do processo de trabalho, por ter se mostrado um excelente instrumento para a ampliação do diálogo entre os atores que compõem a rede e principalmente por ter propiciado a melhora da qualidade dos cuidados prestados ao público-alvo.

A articulação da rede local se configurou também em mais uma estratégia utilizada pela equipe com objetivo de apresentar e divulgar o Consultório de Rua (CR) aos comerciantes da área, informar em que dia a equipe estaria fazendo as intervenções e começar uma aproximação com a comunidade. No primeiro momento houve uma preocupação da equipe

acerca de como seria a recepção dessas pessoas para com o grupo do CR, mas essa sensação foi sendo desconstruída com o início dos contatos. Dentre o público-alvo do local destacavam-se: ambulantes, flanelinhas, feirantes, mototaxistas, ambulantes, lojistas de bicicletas, vendedores de carvão, comerciários (de bebidas e de alimentos) motoristas e cobradores de ônibus.

Era notória a surpresa das pessoas quando informadas que o público-alvo da intervenção eram pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social no fundo da feira. Houve também receptividade em contribuir no que fosse possível para a realização do trabalho, como foi verificado com o desenvolvimento das atividades em campo.

O primeiro contato com os usuários foi iniciado por uma adolescente, que trabalhava em uma das barracas de lanches. Ao tomar conhecimento do Consultório de Rua, chamou um jovem que estava por perto e ela mesma começou a falar sobre o trabalho da equipe e da possibilidade de cuidados naquela área. A partir desse contato, foi estabelecida e anunciada a chegada da equipe no “estacionamento do fundo da feira”.

O segundo contato com os usuários para abertura de campo foi feito apenas com duas pessoas da equipe, o redutor de danos e a coordenadora local do projeto. Inicialmente, a ida a campo apenas com duas pessoas foi uma estratégia utilizada por ser um modo menos invasivo junto às pessoas da região.

Foi ponderado que, para o início das atividades, um grupo grande de pessoas poderia interferir na dinâmica do local, além de trazer consequências negativas na relação que se buscava construir.

Em um dos primeiros contatos da equipe com um dos líderes do local, esse apresentou alguma resistência, mostrando-se hostil, expressava descrença nas instituições de saúde, uma vez que não eram assistidos quando buscavam os serviços.

Esse é um exemplo de como a equipe compreendeu que, naquele momento de abertura de campo, foi fundamental o acolhimento das insatisfações e conflitos decorrentes da grave situação de exclusão vivenciadas por essas pessoas.

Não criar falsas expectativas e não fazer promessas que não poderiam ser cumpridas foi uma das orientações recebidas na oficina de formação e que se mostrou muito importante no primeiro contato e durante o desenvolvimento do trabalho. A cultura da vitimização e práticas assistencialistas para com as pessoas em situação de rua, que também eram incorporados e vividos por eles, apontavam a necessidade constante de esclarecimento dos objetivos e limites do projeto. Com isso, a equipe percebeu que a gradativa diminuição dos pedidos de comida, dinheiro e roupa, aos poucos, deu lugar à compreensão dos integrantes do Consultório de Rua como profissionais de saúde.

Na abertura de campo surgiram vários desafios a serem vencidos para o desenvolvimento de um

trabalho de qualidade. Os principais deles foram a imprevisibilidade e as mudanças que caracterizam o trabalho na rua. Embora a equipe tivesse sido “preparada” para essa situação, tanto pela supervisão técnica quanto nas oficinas de capacitação, vivenciar a frustração por não conseguir realizar as práticas planejadas ou mesmo encontrar o campo com condições inadequadas para a realização das ações foi, em alguns momentos, uma experiência a ser elaborada.

Tais experiências geraram na equipe a busca por desenvolver habilidades para uma mudança rápida de planos de forma sutil, a depender da situação do momento. A consequência dessa reflexão levou o grupo a planejar de modo organizado o plano A e o plano B, ou mesmo não se deixar afetar tanto pelas eventuais adversidades, visando o desenvolvimento da criatividade e a capacidade de resolutividade frente aos desafios impostos pela rua.

TRABALHANDO NA RUA

Apesar da resistência inicial entre alguns usuários, foi possível perceber uma maior receptividade no decorrer das visitas e conversas no “estacionamento do fundo da feira”. Antes das saídas para a rua, a equipe realizava a reunião pré-campo, quando se discutia as atividades que seriam desenvolvidas de acordo com o público-alvo e as condições observadas na intervenção do dia anterior, organizava os materiais que seriam utilizados, avaliava as condições

da equipe para a saída, entre outros aspectos. Após as atividades de campo, também era realizada uma reunião para avaliação imediata das intervenções.

O “estacionamento do fundo da feira” é um local insalubre, onde corre um esgoto a céu aberto, há dois contêineres com lixos, possibilitando a presença de animais e insetos como ratos, baratas, cobras e pernilongos.

Quanto ao público encontrado no local, havia poucas crianças e adolescentes, porém jovens, adultos e idosos em situação de rua eram os mais frequentes. Nesse espaço também encontramos um grupo de adultos, em sua maioria homens, que jogavam cartas e bingo apostando pequenas quantias de dinheiro, ocupando o espaço diariamente. Vale ressaltar que embora o grupo não fosse nosso público, participava de algumas atividades e solicitava preservativos distribuídos nas ações de prevenção a DST/AIDS. A substância mais utilizada por eles era a bebida alcoólica, em forma de cachaça. Devido ao uso intenso e constante, muitos apresentavam comprometimentos físicos e psíquicos. Foram realizadas oficinas com fantoches com orientações para prevenção dos riscos e danos pelo uso abusivo do álcool, havendo uma boa participação das pessoas presentes. Durante as discussões, muitos hábitos e mitos em relação à forma de consumo eram expostos, como por exemplo, achar que “beber água e tomar cachaça ou cerveja dá cirrose”. As orientações eram oferecidas às pessoas de forma leve e lúdica. O fantoche e a utilização de música eram atividades que chamavam a atenção das pessoas e estimulava a participação. Era trabalhada, ainda, a prevenção de

doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, com álbum seriado, dinâmicas, distribuição de preservativos, que se mostrou uma estratégia muito útil para aproximação e construção de vínculos com alguns usuários.

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DO CONSULTÓRIO DE RUA

No decorrer do trabalho do Consultório de Rua foi observado que a formação de vínculos é o principal modo de favorecer as intervenções no campo e fazer com que os objetivos se concretizem. Um dos principais objetivos a ser alcançado pela equipe do Consultório de Rua de Camaçari foi o cuidado com a saúde das pessoas em situação de rua e a garantia dos seus direitos.

Por meio da escolha da área de atuação e da aproximação da equipe no estacionamento do Mercado Municipal de Camaçari, foi possível a realização de oficinas lúdicas de caráter informativo, abordando a prevenção dos comportamentos de risco e realizando encaminhamentos para a rede de atenção a partir das escutas.

Desde o mês de dezembro de 2010 (início dos atendimentos em campo), foram atendidas pela equipe, em média, 10 pessoas por dia. A presença do Consultório de Rua era esperada todas as quartas-feiras pelos frequentadores da área.

A avaliação do trabalho desenvolvido até então trouxe, simultaneamente, a sensação de realização dos profissionais e o reconhecimento de estar ainda no início de um longo caminho a ser percorrido.

RELATO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE SUPERVISÃO DAS EQUIPES



Nessa seção serão apresentados os relatos de experiência de cada supervisor sobre o trabalho desenvolvido junto à cada equipe dos municípios compreendidos pelo Projeto Consultório de Rua. Esses relatos configuram-se como um complemento aos relatos de experiência de cada equipe.

Além disso, constituem um importante testemunho sobre o papel do supervisor e a especificidade de sua contribuição para a consolidação desse projeto em cada cidade. Se a história de constituição do Projeto Consultório de Rua é marcada pelo entrelaçamento dos olhares de cada profissional na construção da prática de intervenção com a população em situação de rua, a supervisão clínico-institucional demonstrou ser a possibilidade de enriquecimento técnico quando esses olhares são entremeados com alguém “de fora”, alguém que não está no dia a dia da equipe e que, por sua formação específica, é capaz de perceber detalhes e nuances e, assim, propor redirecionamentos que dificilmente seriam percebidos por aqueles imersos no cotidiano do trabalho na rua.

De algum modo, o olhar do supervisor é um olhar estrangeiro e por isso mesmo torna-se uma peça importante na montagem e sustentação de um trabalho em progresso, como é o Consultório de Rua. O respeito às características locais de cada cidade, às características específicas de cada população e às especificidades de cada equipe profissional faz do Consultório de Rua uma proposta de intervenção clínico-social que não está fechada em convenções restritas de ações ou em

protocolos rígidos de atuação. Essa característica dinâmica de se adaptar às condições singulares de cada lugar, com a atenção devida às variáveis sociais, geográficas e de saúde da população em foco, permite ao Consultório um modo de trabalho mais fundamentado em princípios técnicos e éticos do que em regras de condutas preestabelecidas. Esse caráter dinâmico e adaptativo às circunstâncias confere à supervisão uma importância que vai além de orientações pontuais.

A seguir, os relatos escritos por cada um dos supervisores das equipes do Consultório de Rua, são eles: Amanda Marques, enfermeira (Consultório de Rua I – Salvador); Patrícia von Flach, psicóloga e assistente social (Consultório de Rua II – Salvador/ Saúde (de Cara) na Rua); Patrícia Rachel Gonçalves, psicóloga (Consultório de Rua – Camaçari) e Luiz Felipe Monteiro, psicólogo (Consultório de Rua – Lauro de Freitas).

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO DO CONSULTÓRIO DE RUA I – SALVADOR

A responsabilidade pela construção coletiva do trabalho é uma das atribuições profissionais do supervisor que precisa ser impessoal, flexível e “estrangeiro” ao cotidiano da equipe a ser supervisionada.

A constatação da interseção entre os papéis do enfermeiro e de “supervisor¹⁵”, no caso específico da supervisão do Consultório de Rua de Salvador,

¹⁵ A supervisora da equipe do Consultório de Rua de Salvador é uma enfermeira, enquanto que os demais supervisores tem a sua formação na Psicologia.

permitiu que especificidades, atreladas à Enfermagem, como a mediação, fosse utilizada na supervisão dos trabalhos.

Nos primeiros contatos da supervisora com a equipe, a tarefa inicial foi a seleção de três profissionais de nível médio que, a priori, proporiam intervenções de cunho artístico e educativo nas áreas, enquanto os demais, periféricamente, interagiriam com aqueles que estivessem próximos.

A equipe já era composta por uma assistente social, duas enfermeiras, uma agente de saúde, um motorista e um psicólogo. A seleção foi realizada pela Coordenadora do Consultório de Rua I/Salvador e contou com o apoio dos supervisores dos outros dois municípios e da coordenadora executiva do projeto de implantação do Consultório de Rua na cidade de Salvador e região metropolitana, e resultou na seleção e contratação, através de um vínculo com a Prefeitura Municipal de Salvador, de um músico, um professor de capoeira e uma educadora social.

Composta a equipe, era necessário fazer a formação teórica dos profissionais para o trabalho, dentro da proposta de atenção a crianças e adolescentes usuárias de drogas legais e ilegais em situação de rua. Nesse sentido, foi realizada a Oficina de capacitação I. Essa atividade além de formar os trabalhadores serviu para aproximação junto aos parceiros institucionais, como por exemplo,

Conselho Tutelar, CAPSad e CAPSia, dentre outros. A organização da Oficina I foi eminentemente feita pela supervisora e pela coordenadora da equipe, com o apoio importante da agente de saúde e a secretária administrativa do Projeto Consultório de Rua.

Concomitantemente à elaboração da Oficina I, a rotina da supervisão incluía a elaboração da lista para aquisição dos materiais de trabalho nas intervenções da equipe, as atividades semanais de plantão (um turno semanal nas instalações do CETAD) e a reunião às quintas-feiras à tarde com o grupo de supervisores e as coordenações geral e executiva do projeto.

A dinâmica dos plantões no CETAD não possuía uma rotina definida. Além da supervisão em si, eventualmente ocorriam contatos com algum profissional da SENAD e/ou da Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão FAPEX¹⁶, profissionais e estudantes interessados em conhecer o trabalho e o recebimento dos insumos adquiridos para as ações. Por diversas vezes o período foi utilizado para reuniões com a coordenadora do projeto, para a elaboração de documentos e relatórios.

Paralelo à formação teórica, a equipe realizava o mapeamento das áreas da cidade de Salvador onde havia concentração do “público-alvo” em períodos noturno e diurno. O fato de todos os envolvidos no

¹⁶ Fundação responsável pelo gerenciamento financeiro do projeto Consultório de Rua.

processo, inclusive a supervisora, serem moradores da cidade e de alguns já terem realizado intervenções comunitárias com usuários de drogas permitiu – além da identificação de diversas áreas propícias para a intervenção – a aproximação com outras equipes que fazem trabalhos na mesma linha e com o Movimento de População de Rua, os quais forneceram informações valiosas para a escolha das áreas a serem trabalhadas. Conhecidas as especificidades das localidades visitadas e organizadas as informações em uma tabela, foi solicitada uma reunião com a coordenação executiva do Consultório de Rua, na qual o mapeamento foi apresentado, tendo sido escolhidas duas áreas que mais chamaram a atenção da equipe para abrigarem os trabalhos.

A escolha da Feira de São Joaquim e da Ladeira da Preguiça como áreas de intervenção trouxe grandes desafios para o trabalho que estava sendo reimplantado após seis anos de suspensão. O primeiro deles foi a intervenção em uma localidade comercial onde havia forte e diversificado consumo de drogas no período diurno, uma vez que as intervenções do Consultório de Rua originalmente sempre foram feitas à noite.

O trabalho de mapeamento das áreas e abertura de campo foi realizado de forma interligada e simultaneamente. Nesse processo a tarefa da supervisora foi: 1) orientar para uma melhor realização da atividade, apontando questões como não priorizar locais que caracterize uma comunidade; 2) fazer contatos com líderes da área; 3) pensar onde o carro do Consultório de Rua será estacionado; 4) incentivar articulações com as

redes sociais e de saúde local, dentre outras atividades. Nesse momento, a visita da supervisora da equipe nas áreas nas quais ocorreriam as intervenções semanais foi bastante positiva enquanto estratégia de supervisão.

Passado o período de definição das áreas, as demandas administrativas do projeto exigiram articulações conjuntas da coordenação e da supervisão. Questões como cumprimento de carga horária dos técnicos, definição de rotinas, organização da coleta e registro dos dados de atendimentos demandaram diversas intervenções da supervisão. Com o passar dos meses relativos ao período de implantação do Consultório de Rua, as demandas oriundas das intervenções nas ruas passaram a liderar as questões trabalhadas nas supervisões semanais.

Considera-se que a complexidade da estrutura política de Salvador exigiu intervenções das coordenações geral e executiva, principalmente nos assuntos relacionados à contratação de profissionais e na aquisição do veículo para transporte durante as ações. Outras articulações políticas, principalmente com os parceiros do projeto, foram executadas pela supervisão e pela coordenação do Consultório de Rua.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO DO CONSULTÓRIO DE RUA II/SAÚDE (DE CARA) NA RUA – SALVADOR

O encontro semanal de supervisão, realizado desde os primeiros momentos do projeto Saúde (de Cara) na Rua (Consultório de Rua II – Salvador), permitiu

o acompanhamento da construção e realização do trabalho, verificando-se as incidências e efeitos das intervenções sobre a população, de modo geral, e sobre cada profissional, em particular. Foi possível observar fenômenos que aqui caracterizamos como de “transferência¹⁷” entre cada profissional e o supervisor, sendo que esse último foi capaz de fazer emergir um saber-fazer de cada técnico.

Objetivamente, a supervisão se constituiu em uma estratégia de facilitação da grupalidade possibilitando a equipe analisar suas práticas e refletir sobre como trabalha e que resultados alcança, além de analisar e refletir sobre como enfrentar os problemas e os possíveis movimentos de resistência dos técnicos às propostas e ações do projeto. Planejar e replanejar a partir da avaliação constante da direção que o trabalho assume e se o resultado obtido estava de acordo com a finalidade para a qual aquela equipe foi constituída. Isso se fez cotidianamente, em sucessivos processos de idas e vindas e, principalmente, na construção permanente de novas formas de produzir as ações de saúde no contexto da rua.

As intervenções do supervisor propiciaram:

(1) A discussão sobre os objetivos e as possibilidades

da atividade Saúde (de Cara) na Rua, considerando que a intervenção desse trabalho pode emergir em vários níveis: informativo, educativo, redutor de riscos e danos e até clínico.

(2) **Intervenções sistemáticas da supervisora** no sentido de facilitar o diálogo entre as diferentes disciplinas que compõem a equipe multiprofissional do projeto, trabalhando efetivamente na direção da interdisciplinaridade, o que significa profissionais preparados para atuar de forma mais crítica, integrada, com troca efetiva de saberes e práticas. Como consequência é possível verificar uma integração maior da equipe – entre eles e com o trabalho.

(3) Uma **presença atenta**, que assinala os caminhos trilhados de modo a favorecer o reconhecimento dos limites e possibilidades e a reflexão sobre o modo de sentir, pensar e agir da equipe. Ademais, considerando que não existe uma uniformidade de ideias e referenciais teóricos, coube à supervisão manejar situações de divergências, encontros e desencontros, insatisfações e alegrias, frustrações e lágrimas, possibilitando que a equipe se descobrisse através da produção do trabalho. Além disso, a coordenadora do projeto foi incentivada a aproximar-se de cada componente da equipe e, individualmente, escutar como cada um se sentia na

¹⁷ Expressão utilizada por Freud (Amor de Transferência), para definir o afeto que se desenvolve entre o paciente e o terapeuta (transferência e contratransferência), podendo ser “positiva” (amorosa) ou “negativa” (hostil). Esta condição (transferencial) é fundamental para o tratamento psicanalítico e, por extensão, aos tratamentos psicológicos. Podemos dizer que no campo da saúde, é fundamental a relação profissional(ais) e paciente para o bom andamento das intervenções. Em medicina, fala-se da “relação médico-paciente” como o elemento mais importante para o tratamento, ao lado do sigilo.

relação com o trabalho, que estratégias de intervenção consideravam que podiam criar a partir das suas habilidades profissionais e pessoais, estimulando cada um a inventar a intervenção e se reinventar no contexto da rua.

(4) A **discussão sistemática sobre as possíveis metodologias de trabalho na rua** foi um importante aspecto de investimento da equipe, possibilitando ao supervisor instigar o saber-fazer de cada um, de modo a construir um novo saber-fazer coletivo. Ao apresentarem as estratégias de intervenção realizadas na rua, a metodologia utilizada foi sendo questionada e reconstruída em suas várias possibilidades e sentidos.

Foi relatada pela coordenadora uma priorização na construção de estratégias e instrumentos de intervenção (folders, cartilhas...) . Trabalhamos esse aspecto considerando que estar na rua é sempre um desafio e que é preciso ficar atento às estratégias coletivas (e inconscientes) de defesa do grupo em relação a uma realidade que sempre convoca para além do planejado. Enfatizamos que a rua é o lugar, “por excelência”, de construção das intervenções, considerando que o principal instrumento de trabalho são os profissionais.

Em relação à construção da metodologia do trabalho, foi orientado à equipe trabalhar com técnicas simples para alcançar a população e discutir a temática. Retomamos o objetivo do projeto de desconstruir o imaginário social preconceituoso a respeito do tema, levando informações diversas e incentivando a discussão e envolvimento com a questão. Saliemos a importância de não sermos

tendenciosos com as informações que transmitimos, pois o objetivo da nossa intervenção é possibilitar a reflexão e posição crítica sobre o tema, e não “convencer” as pessoas sobre o que acreditamos.

A equipe indica que as intervenções que utilizam materiais para aproximar-se da comunidade parecem ter um efeito e alcance melhor do que as intervenções que não são planejadas. Nesse ponto, discutimos sobre a dificuldade de “colocar a cara na rua” sem objetos de mediação, mas reforçamos a importância do desenvolvimento de uma metodologia de trabalho simples, criativa e que não exija tantos recursos materiais e tanto tempo de planejamento, trazendo agilidade e a possibilidade de maior circulação da equipe nos diversos espaços da cidade.

Outra questão abordada diz respeito ao lugar da arte, da ludicidade e dos artistas nessa equipe de saúde. No processo de supervisão, concebe-se a arte como favorecedora do encontro com as pessoas, como acesso, como comunicação e modo de transmitir as informações, intervir, prevenir e até reduzir danos consequentes do uso de substâncias psicoativas.

Supervisor e equipe, cada um de seu lugar, têm experimentado locais e possibilidades de intervenção diversas, construindo a metodologia de trabalho do Saúde (de Cara) na Rua. Uma metodologia que se adéqua ao público e aos espaços de atuação, sendo o improvisado e o inusitado o que melhor caracteriza as cenas produzidas por esse grupo no contexto de trabalho.

(5) **O supervisor na rua**, que acompanhou como observador a intervenção da equipe no “mercado do peixe” no bairro do Rio Vermelho – local de bares e restaurantes. Foi possível verificar que a equipe tem investido muito na construção de estratégias lúdicas e artísticas para aproximação do público, porém, os membros se utilizam pouco dessas estratégias como principal “veículo” de intervenção. Em supervisão coletiva, enfatizamos a importância de se utilizarem das estratégias lúdicas mais enquanto recurso, chegando de forma rápida e impactante na rua, chamando a atenção das pessoas e transmitindo informações sobre a temática, de modo a possibilitar a reflexão e/ou curiosidade da população, bem como comunicar os locais de tratamento e de busca de informação fidedigna, tais como o Observatório Sobre Drogas do CETAD e da SENAD.

Assinalamos ainda a importância de lidarmos com a questão dos preconceitos e das pré-concepções da própria equipe em relação ao tema e com a desconstrução da relação poder/saber. Nesse sentido, o processo de supervisão coloca em questão a própria relação estabelecida com a população (saber técnico versus saber do senso comum) e a responsabilização de cada profissional no sentido de possibilitar a construção de um novo saber a partir dos saberes que circulam/encontram-se no contexto da rua.

(6) O **relato** da prática e a avaliação do projeto: o relato das atividades é fundamental para o processo

de avaliação e planejamento das intervenções. Nesse sentido, construímos, junto com a coordenadora do projeto, um roteiro de relato das atividades que contempla, desde a construção das intervenções e seus instrumentos até as estratégias de capacitação. Refletimos sobre a importância dos profissionais utilizarem um “diário de campo” e apresentarem mensalmente um relatório detalhado das atividades, com suas impressões, sentimentos e descrição de situações vivenciadas no contexto da rua. Esse material seria utilizado para construção do relatório técnico mensal elaborado pela coordenação executiva para ser encaminhado à SENAD. Por sua vez, os relatos de experiência dos profissionais seriam utilizados como material de avaliação e planejamento do projeto.

Importante apontar essa possibilidade da equipe funcionar como um “observatório ambulante” sobre o tema das substâncias psicoativas, subsidiando o planejamento de outras intervenções no setor da saúde e para além do território de abrangência do projeto, qual seja, a cidade de Salvador.

(7) A **educação permanente** acompanhou todo o processo, com indicações de temas e profissionais por parte do supervisor. O próprio processo de supervisão foi analisado enquanto importante instrumento de reflexão/discussão da equipe sobre as intervenções e, também sobre as relações interpessoais, considerando que estar na rua é sempre um desafio e, nesse sentido, é preciso ficar atento ao desenvolvimento de estratégias coletivas e interdisciplinares, voltadas para uma realidade que sempre convoca para além do

planejado, exigindo também estratégias dinâmicas e inovadoras de formação/capacitação da equipe.

A construção coletiva do “relato de experiência” do projeto ‘Saúde (de Cara) na Rua’ se configurou em um importante instrumento de reflexão/avaliação do trabalho. É possível afirmar que a equipe hoje está mais “afinada” com a proposta, tendo mais clareza sobre a direção/objetivo do trabalho, as possíveis metodologias de intervenção e registro, bem como o papel de cada profissional nessa equipe que transita criativamente entre a inter e a transdisciplinaridade.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO DO CONSULTÓRIO DE RUA – CAMAÇARI

A experiência de supervisão técnica do Consultório de Rua no município de Camaçari, deu-se em uma construção mútua, entre supervisor e equipe. Construção que gerou um processo de trabalho com contornos, nuances e produtos bastante significativos para implantação de uma proposta tão inovadora como a do Consultório de Rua nesse município.

No primeiro momento, as atividades de supervisão, ainda próximas de funções da ordem executiva, foram determinantes para que se revelasse um ponto fundamental do trabalho: o delineamento das funções do supervisor e do coordenador da equipe, suas semelhanças e diferenças.

A função de supervisor não consiste em fiscalizar e controlar as atividades. O ato de supervisionar foi

ganhando, aos poucos, a distância necessária da execução do trabalho in loco para ocupar seu lugar de “olhar ampliado”, a partir do qual se garantiu a qualidade técnica da atuação desse dispositivo.

Aquilo que esteve nomeado como “atividades de articulação com instâncias governamentais” foi trabalhado no sentido de estabelecer, junto à instância governamental competente, critérios qualitativos para a contratação dos profissionais que compuseram a equipe.

Além disso, também foi importante atuar junto à coordenação da equipe, bem como em encontros individuais com os futuros membros da equipe (uma vez que estes foram selecionados, porém não estavam contratados ainda). Tais encontros favoreceram o delineamento da função da coordenação da equipe, a atuação e o anteparo da futura equipe.

Essa foi uma situação atípica, uma vez que, mesmo sem contrato, as pessoas que formariam a equipe, tinham sido convocadas pelo município a iniciarem as atividades. Portanto, a direção da supervisão foi dada no sentido de favorecer a identificação de possíveis campos de trabalho e a relação de confiança e respeito com sua população. Salientar a cautela nesse momento foi de importância primeira, já que sem equipe contratada é inviável ofertar o trabalho de imediato, pois isso geraria, na população, expectativas impossíveis de serem atendidas. Frisar que o trabalho pudesse acontecer no nível das articulações com a rede formal e informal e somente algumas visitas

pouco aprofundadas a campo, foi determinante para que o trabalho tenha permanecido em seu campo técnico. Isso o preservou dentro das suas condições reais e a supervisão dirigiu sua atenção para o manejo dos anseios dos profissionais ainda não contratados, associados aos desafios e limites dessa prática.

Uma vez que a equipe foi contratada, a atuação do Consultório de Rua passou a ter um novo tom. O trabalho em campo construído pela coordenação sustentou-se, agregando agora novos olhares para sua execução e ampliação.

Entretanto, uma dificuldade primordial manteve-se durante o período de implantação do trabalho no município: a ausência de um veículo adequado à realização das intervenções em campo. Esse fato, decorrente de questões de ordem administrativa, implicou prejuízos para a proposta inicial de atuação do Consultório de Rua. E, nessa circunstância, a equipe atuou dentro de suas possibilidades ética e reflexiva, comprometida com o vínculo estabelecido com a população do campo de atuação. A supervisão ratificou essa postura e o trabalho se deu diante de diversas características inesperadas da rua, agravadas, em alguns momentos, por essa dificuldade.

Do ponto de vista do manejo das relações entre os profissionais da equipe, a supervisão priorizou inicialmente a observação de qual modo de trabalho se estabeleceria nessa equipe. A avaliação constante da equipe sobre suas próprias posturas e decisões refletiu aspectos do crescimento e amadurecimento em seu

processo de trabalho, que se firmou como o modo principal de funcionamento do grupo. Assim, uma vez que a prática da autoavaliação ganhou forma na equipe, a supervisão passou a priorizar sua sustentação, a partir de “leituras” devolutivas desse processo.

Quanto à supervisão de casos, dentro das especificidades do uso de álcool e outras drogas, bem como do atendimento à população em situação de rua, a direção do trabalho seguiu no sentido do manejo clínico de cada caso. Isso permitiu a construção de um olhar e da escuta voltadas para as idiosincrasias do campo e de cada sujeito ali presente. Uma característica marcante, e sucessivamente relatada como disparador de angústia nos profissionais, foi o fato de a maior parte da população ser flutuante na área. Inquietações a respeito da não continuidade das ações iniciadas estiveram presentes durante todo o percurso dessa equipe. Focar no reconhecimento do próprio trabalho, sendo ele como é, com seus limites e alcances, foi de fundamental importância para favorecer movimentos criativos a partir da angústia e não a sua paralisação.

De modo geral, as demandas da população atendida, relatadas pela equipe à supervisão, foram caracterizadas como demandas de cuidados com o corpo, através de pedidos de medicações e encaminhamentos para rede de saúde. Na supervisão, foi orientado sobre a importância da continuidade da escuta desses pedidos, de modo a favorecer o estabelecimento do vínculo com esse usuário.

Uma escuta continuada inclui uma avaliação sobre a pertinência e a viabilidade dos pedidos feitos. Muitas

vezes, diante de solicitações de atendimentos mais específicos, a equipe pode encaminhar o sujeito para serviços especializados como ambulatórios e pronto-atendimentos. Tal intervenção sustenta-se na desconstrução do imaginário da própria população de rua de que ela é excluída do direito de assistência à sua saúde. Coube, inclusive, a indicação de que a equipe levasse insumos para o trabalho como, por exemplo, os preservativos, símbolo de preservação da saúde, utilizado “no corpo”. Também foi ratificada a importância de oficinas de redução de danos e DST/AIDS, para que o corpo vivido como é, pudesse vir a ser também um corpo falado.

O trabalho de supervisão privilegiou a direção das intervenções junto à equipe, dentro do campo clínico, na medida em que essa pôde ser escutada em suas generalidades e particularidades. Foi possível acolher essa equipe e intervir de modo que a mesma pudesse se sustentar nos pressupostos técnicos e éticos da atuação do Consultório de Rua, bem como inovar diante da realidade peculiar de seus profissionais e de seu município.

O eixo reflexivo da conduta profissional foi repetidamente salientado para que essa qualidade fosse garantida na essência do trabalho da equipe do Consultório de Rua em Camaçari. Nesse sentido, os olhares e relatos positivos, de reconhecimento e valorização escutados pela equipe durante as atuações em campo foram desenhando seu perfil junto à população-alvo. A cada etapa desse processo fez-se ver que quando o próprio cuidador cuida de suas angústias em relação ao seu fazer

profissional é capaz de ofertar melhor direcionamento às demandas que lhe são dirigidas.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE SUPERVISÃO DO CONSULTÓRIO DE RUA – LAURO DE FREITAS

A experiência de ocupar a função de supervisor clínico-institucional da equipe do Consultório de Rua de Lauro de Freitas, ao longo dos últimos meses, reafirmou a importância do cruzamento de olhares tão caro à definição do Consultório de Rua. A supervisão demonstrou seu papel de garantir que os princípios técnicos e éticos do Consultório de Rua estejam inseridos em cada ato da equipe com a população-alvo. Na prática, considero que a supervisão operou em duas dimensões relacionadas com o trabalho da equipe: em uma dimensão horizontal, referente aos limites da atuação; e em uma dimensão vertical, referente aos diferentes níveis de atuação, desde as atividades lúdicas até as de escuta psicológica individual. Uma vez estabelecidos referenciais precisos quanto aos limites e aos níveis de intervenção, pôde-se esclarecer, ao longo das supervisões, qual direção técnica perpassava as intervenções de toda a equipe.

A primeira preocupação da equipe nas primeiras supervisões versava sobre a proximidade das áreas de atuação em relação ao ponto de tráfico de drogas. Outra preocupação foi a presença de policiais em viaturas nos momentos de trabalho. Os membros da equipe se preocupavam com a possibilidade da população relacionar o trabalho do Consultório de Rua à polícia e isso ser um fator que pudesse comprometer

o estabelecimento do vínculo de confiança entre a população e a equipe. No que diz respeito à segurança quanto ao trabalho em áreas com essas características, foi indicado, nas supervisões, que a melhor e maior garantia de proteção da equipe era a própria especificidade do trabalho do Consultório de Rua, claramente amparado e sustentado por instâncias governamentais e também pelo caráter eminentemente técnico de suas intervenções. Ou seja, foi esclarecido aos membros da equipe que a segurança é consequência de como a comunidade os reconhece. Caso fossem reconhecidos como profissionais da saúde, assim seriam tratados. Fato que se concretizou ao longo de todos os meses de

implantação desse projeto, sem ter havido qualquer incidente que comprometesse a segurança de todos os envolvidos.

A dimensão horizontal frisada anteriormente foi vista mais claramente quando, na supervisão, foram indicados os limites da atuação da equipe na comunidade. Exatamente pelo fato de o Consultório de Rua ser uma oferta de serviço social e de saúde em contexto marcado pela carência de acesso a serviços médicos, psicológicos e de assistência social, muitas necessidades chegam aos membros da equipe, o que por vezes pode levar a um impasse sobre que tipo de demanda deve-se atender. Muitas vezes as demandas eram para transporte de



pessoas doentes ou mesmo para o fornecimento de alimentação. Para essas situações, a supervisão realizada com a equipe de Lauro de Freitas estabeleceu uma direção muito clara: a ação do Consultório de Rua inicia-se e encerra-se in loco, em cada área específica de atuação¹⁸. Esse princípio é o que permite à equipe responder pelas consequências do trabalho a que se pretende. Qualquer situação que fuja dessa condição, diminui consideravelmente a possibilidade de a equipe responder adequadamente a qualquer contingência que venha a ocorrer.

Feitas essas considerações acerca dos limites de atuação, a equipe prontamente se reposicionou frente às diversas demandas da população-alvo, tendo sido esse um manejo para que todos compreendessem que o principal objetivo do projeto era a atenção à saúde das pessoas em situação de vulnerabilidade social, além de questões associadas ao uso de substâncias psicoativas. A habilidade da equipe nesse processo possibilitou que, com o passar das semanas, os pedidos que não estavam de acordo com a oferta do Consultório de Rua diminuíssem significativamente.

Após esse momento de delimitação da oferta do serviço do Consultório de Rua, abriu-se espaços nas supervisões para questões relativas ao conteúdo das intervenções com a população. A equipe de Lauro de Freitas destaca-se pelo dinamismo, criatividade e pela

busca constante por uma melhor qualidade do trabalho. Esse aspecto levou a uma preocupação frequente, por parte da equipe, em propor atividades lúdicas com crianças, oficinas de arte e dinâmicas em grupo. Todas as propostas foram recebidas muito bem pela população das duas áreas de atuação (Lagoa dos Patos e Campo da Maconha), especialmente pelas crianças e adolescentes que ali vivem. A grande quantidade de crianças e adolescentes nas atividades fez com que boa parte do tempo da equipe estivesse voltada para esse público. Isso tornou-se um importante ponto de orientação na supervisão, uma vez que os técnicos perceberam que não sobrava muito tempo disponível, ao longo do período de permanência na rua, para a escuta e atenção às questões de saúde mais delicadas, como o próprio uso de substâncias psicoativas.

Foi enfatizado, nas supervisões, que as demandas sociais e de saúde que mais têm relação com a oferta do Consultório de Rua são aquelas que não aparecem prontamente, que não comparecem com tanto fervor, como visto com as crianças. Aquelas pessoas mais expostas aos riscos sociais e à saúde relativa ao uso de drogas são as que menos aparecem espontaneamente, como tem acontecido no caso das atividades lúdicas. A direção proposta foi de a equipe estar menos ocupada com atividades pré-organizadas, para então perceber a demanda implícita daquelas pessoas mais caladas, daqueles que ficavam de longe observando-a trabalhar.

¹⁸ Excetuando-se as intervenções de encaminhamentos a serviços de saúde ou situações relativas à providência de documentação (registro de identidade, certidão de nascimentos etc.)

A orientação da supervisão apontou para que a equipe regulasse melhor o tempo dedicado às atividades lúdicas com as crianças. Não se tratava de abandonar as oficinas e dinâmicas com elas, mas considerar o tempo para outras atividades e pessoas. Isso permitiu que a equipe ficasse mais disponível para as demandas sociais e de saúde menos explícitas e que, com o passar do tempo, percebesse melhor a dinâmica da rua e pudesse realizar as escutas individuais dos mais expostos aos riscos relacionados ao uso de drogas. A postura mais atenta para essas sutilezas garantiu à equipe aprofundamento das intervenções com os mais expostos a riscos para saúde, seja pelo uso de drogas, seja por problemas clínicos e/ou orgânicos.

A consequência dessa nova direção foi o aparecimento de questões relacionadas mais diretamente ao uso de drogas e à violência no contexto vivido pelas pessoas das comunidades de Lagoa dos Patos e Campo da Maconha.

A equipe mostrou-se mais capaz de manejar os problemas, orientando a comunidade quanto à redução de riscos e danos e realizando também encaminhamentos para os casos de saúde que necessitassem de atendimento médico especializado. Outro aspecto importante indicado pela supervisão consistiu na distinção entre os fatores de risco e os de proteção à saúde, como dois conceitos teóricos que ajudam a referenciar as intervenções com as pessoas atendidas na rua.

A precariedade dos recursos de saneamento básico, educação, lazer, saúde e emprego leva muitas vezes as pessoas a empreenderem uma fala muito respaldada na vitimização como justificativa para os riscos a que se expõem, especialmente em relação ao uso de drogas.

No contato com pessoas que enfatizam muito a posição de vítimas sociais, deve-se acolher as queixas, mas também estimular a reflexão a fim de que cada um possa perceber as ações e iniciativas que podem tomar para se proteger mais e melhorar minimamente sua condição de vida. Trata-se de uma escuta direcionada para o favorecimento da responsabilização das pessoas tanto no que se refere aos fatores de proteção como em relação aos fatores de risco a que podem estar expostas, especialmente em relação ao uso de substâncias psicoativas e à contaminação de doenças sexualmente transmissíveis.

Avaliamos que, ao longo dos últimos meses, a equipe conseguiu atingir os objetivos esperados para a implantação e consolidação do trabalho não apenas nas comunidades atendidas, mas também dentro da rede de serviços sociais e de saúde do município.





ANEXO I

TERMO DE PARCERIA

AS PARTES

O Projeto Consultório de Rua, instituição sem fins lucrativos, , sediada à Rua XX, nº XX, bairro, cidade/ Estado, neste ato representado por XX e X (INSTITUIÇÃO), inscrita no CNPJ sob o nº XX, sediada à Rua XX, nº XX, bairro, cidade/estado, representado por XX.

O OBJETIVO

O presente termo terá por objetivo a colaboração entre o Projeto Consultório de Rua e X (INSTITUIÇÃO), para prestar XX a usuários de álcool e outras drogas em situação de rua.

ATRIBUIÇÕES DAS PARTES

I – Cabe ao Projeto Consultório de Rua:

- realizar estudos de casos, selecionar, encaminhar e matricular os usuários atendidos na XX (INSTITUIÇÃO), na perspectiva de viabilizar suas inclusões na instituição;
- promover e/ou participar de fóruns de discussão sobre a temática relacionada à temática da XX (INSTITUIÇÃO) no município;
- participar de forma parceira em atividades e eventos promovidos pela XX (INSTITUIÇÃO);

- divulgar o apoio e a colaboração da XX (INSTITUIÇÃO) nos eventos e atividades de articulação com a rede;

- disponibilizar profissionais para ministrar palestras, formações e oficinas sobre temas transversais;

II - Cabe a XX (INSTITUIÇÃO)

- preservar a imagem social das pessoas encaminhadas pelo Projeto Consultório de Rua;

- não permitir a filmagem e a retirada de fotografias dos encaminhados pelo Projeto Consultório de Rua, salvo expressa autorização (por escrito) dos mesmos.

- DESCRIVER ATIVIDADES PERTINENTES A SEREM DESENVOLVIDAS PELA INSTITUIÇÃO.

DURAÇÃO

As atividades/serviços de colaboração de que trata este acordo de parceria serão desempenhadas por ambas as partes durante período indeterminado, desde que esteja em consonância com os itens acima mencionados, salvo quando na manifestação de uma das partes em desfazer o presente termo.

RESCISÃO

O acordo de parceria pode ser rescindido a qualquer tempo por qualquer das partes parceiras, comunicado com antecedência de 30 dias

BENEFICIÁRIAS

Serão contempladas pelas atividades e serviços oferecidos por ambas as instituições as pessoas em situação de rua, acompanhadas pelo Projeto Consultório de Rua.

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O acompanhamento e a avaliação das atividades de que trata este acordo de parceria serão de responsabilidade conjunta, através de relatório, atestado de frequência, de comparecimento, visitas de acompanhamento aos encaminhados e reuniões de avaliação realizadas periodicamente.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos não previstos neste termo serão tratados em comum acordo entre as partes.

Por estarem de acordo com as condições aqui expressas, firmam o presente termo de parceria em 2 (duas) vias de igual teor.

cidade, ____ de _____ de _____.

Coordenação de Equipe do Projeto Consultório de Rua

XX (RESPONSÁVEL LEGAL PELA INSTITUIÇÃO)





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **2º Censo da população de rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte: meta 10 – realização de ações de atendimento sócio-assistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população em situação de rua**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Brasília, Senado Federal, 1988.

Brasil, **Lei de Drogas n. 11.343/2006**, Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm Acesso em 20 de dezembro de 2011.

CASTEL, Robert. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”**. Caderno CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez., 1997.

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Revista Virtual Textos & Contextos, n. 4, dez. 2005.

HUTZ, Claudio Simon; KOLLER, Silvia Helena. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. **Estudos em Psicologia**, Natal, vol. 2, p. 175-197, 1997.

NOTO, Ana Regina [et al.]. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**, 2003. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas, SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2004.

OLIVEIRA, Miriam Gracie Plenna. **Consultório de Rua: relato de uma experiência**. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2009.

SAFRA, Gilberto. **A pó-ética na clínica contemporânea**. São Paulo: Idéias & Letras, 2004.

SOARES, Luiz Eduardo; BILL, MV; ATHAYDE, Celso. **Cabeça de Porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

VAISBERG, Tânia. **Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana**. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

TUÜCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Rede Interna e Rede Social:** o desafio permanente na teia das relações sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002. 64p.

GONÇALVES, Patrícia Rachel de Aguiar Gonçalves; Braitenbach, Diana Paim de Figueredo. O Consultório de Rua Interdisciplinar: Olhares ampliados. In: Nery Filho, Antônio; Valério, Andréa Leite Ribeiro (Org.) **Módulo para Capacitação de Profissionais do Projeto Consultório de Rua.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. P. 89.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. Recursos Comunitários e de Saúde no Atendimento aos Usuários e Dependentes de Substâncias Psicoativas, In: Cruz, Marcelo Santos (Coord.) **As Redes Comunitárias e de Saúde no Atendimento aos Usuários e Dependentes de Substâncias Psicoativas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. 48p.

HOPENHAYN, M. **Droga e violência: Fantasma de la nueva metropoli Latinoamericana.** Revista de la universidad Bolivariana v.1, n.3. 2002.

MACRAE, Edward J. B. N.. A Abordagem Etnográfica do Uso das Drogas. In: Fábio Mesquita; Francisco Inácio Bastos. (Org.). Drogas e AIDS **Estratégias de Redução de Danos.** 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1994, v., p. 99-114.

MENEZES, Adriana. **Mito ou identidade cultural da preguiça.** Revista Ciência e Cultura, São Paulo, v. 57, n. 3, Setembro, 2005.

VALERIO, Andréa Leire Ribeiro. (Mal)dita liberdade e cidadania: a redução de danos em Questão. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica de Salvador.







RECURSOS COMUNITÁRIOS

PARA SABER MAIS

Apresentamos abaixo indicações de instituições onde você encontrará informações confiáveis.

- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas – OBID

No Observatório Brasileiro de informações sobre Drogas (OBID), você vai encontrar muitas informações importantes, contatos de locais para tratamento em todo o país, instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda-mútua e outros recursos comunitários. Você encontra ainda informações atualizadas sobre drogas, cursos, palestras e eventos. Há, também, uma relação de links para outros sites que irão contribuir com seu conhecimento.

- > www.obid.senad.gov.br
- Site Enfrentando o Crack
 - > www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack
- Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD
 - > www.senad.gov.br
- Ministério da Saúde
 - > www.saude.gov.br
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA
 - > www.direitoshumanos.gov.br/conselho/conanda
- Conselho Nacional da Juventude- CONJUVE
 - > www.juventude.gov.br
- Centro de Estudos e Terapia do Abuso das Drogas - CETAD/UFBA
 - > www.cetadobserva.ufba.br
- Disque 100 - Disque Denúncia Nacional

O Disque 100 é um site de recebimento, encaminhamento e monitoramento de denúncias de violência contra crianças e adolescentes.

- > www.disque100.gov.br



**ORIENTAÇÕES
E INFORMAÇÕES
SOBRE PREVENÇÃO
DO USO DE
DROGAS.**

LIGUE PARA A GENTE.
A GENTE LIGA PARA VOCÊ.

132

VIVAVOZ

Orientações e informações sobre
prevenção do uso de drogas

Este livro foi editado pelo CETAD / SENAD
Miolo impresso em papel Couchê 115g
nas fontes Castle T e Castle Tlig.
Tiragem de 6.200 livros.
Bahia, Julho de 2012