

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida

**CUIDADO A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM
SITUAÇÃO DE RUA: aprendizagem experiencial e a prática das equipes de
Consultório de Rua**

Belo Horizonte

2020

Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida

**CUIDADO A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM
SITUAÇÃO DE RUA: aprendizagem experiencial e a prática das equipes de
Consultório de Rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kênia Lara da Silva.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Janaina Soares.

Belo Horizonte

2020

Almeida, Lídia Gonçalves Rabelo de Souza.
A447c Cuidado a mulheres usuárias de crack e outras drogas em
situação de rua [manuscrito]: aprendizagem experiencial e a
prática das equipes de Consultório de Rua. / Lídia Gonçalves
Rabelo de Souza Almeida. - - Belo Horizonte: 2020.

130 f.: il.

Orientador (a): Kênia Lara da

Silva. Coorientador (a):

Janaina Soares.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Capacitação Profissional. 2. Aprendizagem. 3. Mulheres.
4. Usuários de Drogas. 5. Pessoas em Situação de Rua. 6.
Saúde Mental. 7. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Kênia Lara
da. II. Soares, Janaina. III. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 300

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 632 (SEISCENTOS E TRINTA E DOIS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LÍDIA GONÇALVES RABELO DE SOUZA ALMEIDA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 7 (sete) dias do mês de maio de dois mil e vinte, às 14:00 horas, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CUIDADO A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL E A PRÁTICA DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO DE RUA*", da aluna **Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara da Silva (orientadora), Janaina Soares (coorientadora), Maria Carmen Aires Gomes e Maria Odete Pereira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- (X) *APROVADA*;
() *REPROVADA*.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de maio de 2020.

Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara da Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Janaina Soares
(EEUFMG - Coorientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Carmen Aires Gomes
(UFV)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Odete Pereira
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

*Homologada em Reunião do CPG
Em: 01/06/2020.*

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **LÍDIA GONÇALVES RABELO DE SOUZA ALMEIDA**.

As modificações foram as seguintes:

Destacar o mérito do trabalho, sugere-se a publicação.

NOMES

Prof^ª. Dr^ª. Kênia Lara da Silva

Prof^ª. Dr^ª. Janaina Soares

Prof^ª. Dr^ª. Maria Carmen Aires Gomes

Prof^ª. Dr^ª. Maria Odete Pereira

ASSINATURAS

Kenia Lara

Janaina Soares

Maria Carmen Aires Gomes

Map

*Dedico este trabalho a todas as profissionais e usuárias do serviço Consultório de
Rua de Belo Horizonte #danivassalopresente.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora Aparecida, pelo dom da vida e por serem fonte de proteção. Obrigada por cuidarem de mim, em todos os momentos, e por não me deixarem fraquejar e desanimar!

À minha mãe, Roseli, que nunca mediu esforços por mim, que abriu mão, diversas vezes, de seus sonhos, para tornar realidade os meus. Obrigada por entender minha ausência, por me apoiar e ser meu porto seguro, abrigo e colo sempre que preciso, mãe. Você é a minha inspiração e a grande responsável pelo que fui, pelo que sou e pelo que serei. Jamais me esquecerei dos seus ensinamentos! Você é o meu maior amor! Esta conquista é nossa!

Ao meu pai, Sérgio, que mesmo ausente faz-se presente, em todos os momentos da minha vida. Você é e sempre será, pai, o meu anjo protetor, o meu guia e exemplo. Sei que, onde quer que você esteja, está orgulhoso por mais esta conquista da sua filha amada!

Ao meu namorado, Willian, que sempre me fez acreditar que eu seria capaz. Obrigada, Willian, por ser meu amor, melhor amigo e companheiro. Obrigada por entender minha ausência, quando era necessário, e por me mostrar o seu amor a cada dia. Obrigada por suportar toda esta luta, ao meu lado, por me ajudar a crescer, a ser alguém melhor e por me dar força e equilíbrio, nos momentos em que a ansiedade, o cansaço e a angústia pareciam ser insuperáveis. Juntos somos mais fortes!

À professora e orientadora, Kênia Lara da Silva, pelo acolhimento, confiança, apoio, disponibilidade, compreensão, competência e aprendizados constantes.

À professora e coorientadora, Janaina Soares, por toda a dedicação e empenho, e pelo carinho com que me recebeu, desde nosso primeiro contato.

Obrigada, Janaina, por todos os ensinamentos!

Aos profissionais do Consultório de Rua, por aceitarem participar desta pesquisa, pelo carinho recebido e por me proporcionarem momentos emocionantes de muito aprendizado profissional e pessoal.

Aos meus avós, Sebastião e Maria, meus tesouros, meus amores, meus maiores exemplos de fé, força e determinação. Vocês, vovô e vovó, são a luz que me ilumina e me guia! Sei que sofreram e choraram muito, com minha

ausência, mas que também estão muito felizes, com mais esta conquista.

Obrigada por tudo!

Aos amados tia Rosimar e Mateus. Nossa sintonia faz-se presente, desde que me entendo por gente, e o apoio, o carinho e o amor de vocês fez-se fundamental, em todo este processo. Nossa afinidade faz com que os dias sejam mais coloridos. Obrigada, amados, por escutarem meus desabaços e por entenderem sempre minhas ausências.

Aos meus queridos Primos Lindos, sempre presentes, fazendo questão de oferecer-me um ombro amigo e caminhando fielmente ao meu lado. Obrigada, Primos, pelas risadas constantes, pelo amor e pelos conselhos, sempre que preciso deles!

À minha afilhada Giovana e aos sobrinhos Arthur, Gustavo e Murilo. Seus doces sorrisos de criança completam meus dias e fazem-me querer ser uma pessoa melhor. Dindinha e titia ama muito vocês!

À minha sogra Maria do Carmo e à minha cunhada Ana Paula, por acolherem-me tão bem na família, escutarem-me, rezarem e torcerem tanto por mim.

Às minhas amigas, em especial, Andreza, Isabela, Juju e Lilian, que me ensinam que amizade vai muito além de presença física. Amizade é cumplicidade, é sintonia, é compaixão, é amor!

Às Amoras, que se fazem presentes, depois do término da graduação, que dividem comigo as lutas e as conquistas, e que me fazem acreditar que posso ir além. Obrigada, amigas, por permanecerem ao meu lado!

Aos amigos irmãos Hiago e Lucas, por estarem ao meu lado, em tantos anos de amizade, por serem presentes, nos momentos em que mais precisei, pelo seu cuidado, carinho e amizade constante.

Aos amigos de BH e da UFMG, Adrielle, Bianca, Carol, Hudson, Jannine, João, Luana, Marina e Stela, por me acolherem, proporcionarem-me momentos inesquecíveis e por serem a minha família, em Belo Horizonte.

Aos colegas do NUPEPE, espaço muito importante de formação, discussão e produção coletiva. Em especial, a Ana Renata, Bene, Fernanda Batista e Stephanie, pelo companheirismo, força e amizade.

A todos os familiares e amigos, pelo incentivo constante e por me proporcionarem momentos de alegria e de descanso, nesta jornada.

Aproveita o dia

*Aproveita o dia,
Não deixes que termine sem teres crescido um pouco.
Sem teres sido feliz, sem teres alimentado teus sonhos.
Não te deixes vencer pelo desalento.
Não permitas que alguém te negue o direito de expressar-te, que é quase um dever.
Não abandones tua ânsia de fazer de tua vida algo extraordinário.
Não deixes de crer que as palavras e as poesias sim podem mudar o mundo.
Porque passe o que passar, nossa essência continuará intacta.
Somos seres humanos cheios de paixão.
A vida é deserto e oásis.
Nos derruba, nos lastima, nos ensina, nos converte em protagonistas de nossa própria história.
Ainda que o vento sopra contra, a poderosa obra continua, tu podes trocar uma estrofe.
Não deixes nunca de sonhar, porque só nos sonhos pode ser livre o homem.
Não caias no pior dos erros: o silêncio.
A maioria vive num silêncio espantoso. Não te resignes, e nem fujas.
Valorize a beleza das coisas simples, se pode fazer poesia bela, sobre as pequenas coisas.
Não atraíções tuas crenças.
Todos necessitamos de aceitação, mas não podemos remar contra nós mesmos.
Isso transforma a vida em um inferno.
Desfruta o pânico que provoca ter a vida toda a diante.
Procures vivê-la intensamente sem mediocridades.
Pensa que em ti está o futuro, e encara a tarefa com orgulho e sem medo.
Aprendes com quem pode ensinar-te as experiências daqueles que nos precederam.
Não permitas que a vida se passe sem teres vivido...*

(WALT WHITMAN, 1858)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a formação dos profissionais que atendem a mulheres usuárias de drogas, em situação de rua, para lidar com esse público. Especificamente, propôs identificar as estratégias utilizadas em seus processos formativos que geram aprendizados experienciais; identificar os conteúdos, temas, referenciais abordados, facilidades e desafios, nesse processo de formação. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Adotou-se o referencial da aprendizagem experiencial, como possibilidade para entender como os processos de formação inicial e permanente dos profissionais abordam, especificamente, as questões referentes às mulheres em uso de crack e outras drogas. Os participantes foram os profissionais de todas as equipes de Consultório de Rua da cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). Os dados foram obtidos por meio de entrevistas. A análise do material foi realizada por meio da Análise do Discurso Crítica, proposta por Norman Fairclough. Os resultados estão organizados em três categorias: a primeira, “condição materna” - representação das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua; a segunda, “Consultório de Rua” - espaço de cuidado para as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua e a terceira categoria, “a formação e a experiência” - aprendizagens adquiridas. As mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, são representadas, funcionalmente, na condição de gestantes, por estarem no puerpério ou por terem perdidos seus filhos para o Estado, para abrigamento ou para a família extensa. Destaca-se a situação das mães órfãs como uma condição que chama a atenção, na perspectiva dos profissionais. Há diferentes tipos de violências sofridas pelas mulheres em situação de rua, desde a violência sexual e a física, à violência institucional. O Consultório de Rua é um importante espaço de cuidado, com articulações com outros serviços, para assegurar vínculo, confiança e apoio, que se efetiva por meio da atuação nas questões relativas à saúde e ao corpo das mulheres. Em relação à aprendizagem, os achados indicam que ela acontece em duas dimensões: a educação formal, obtida em cursos e capacitações, e a educação permanente, que acontece no cotidiano do trabalho. O ciclo da aprendizagem experiencial concretiza-se com a Observação Reflexiva, que se dá quando um profissional observa outro mais experiente e reflete sobre o que viu, transformando o seu aprendizado, e com a Experiência Concreta, que ocorre quando o profissional sente e vivencia o fazer do Consultório de Rua, junto da equipe e das mulheres, buscando soluções concretas para seus problemas. Conclui-se que a formação para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, ainda é insuficiente, sendo necessário ampliar os espaços de trocas, de disponibilização de experiências concretas, como a formação por meio de ligas acadêmicas, estágios e programas de residência, além de educação permanente.

Palavras chave: Capacitação profissional. Saúde mental. Usuários de drogas. Mulheres. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the professional qualification for dealing with drug user women under homeless condition. Specifically, it proposes the identification of strategies used in the qualification processes that generate experiential knowledge for professionals that attend homeless drug user women; the identification of content, subjects and references that have been used in the qualification process for professionals that treat homeless drug user women; and the identification of facilities and challengers throughout this formation process. A qualitative assessment was applied on this research. The experiential learning reference was adopted as a possibility to understand both initial and permanent qualification process of professionals who deal, unambiguously, the matters related to women in use of crack and other drugs. The participants were professionals from all the Street Clinics in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Data was extracted from interviews and subsequently processed by means of the Critical Discourse Analysis proposed by Norman Fairclough. Results are organized into three categories: 1) Maternal condition: representation of homeless drug user women; 2) Street Clinic: care space of homeless drug user women; and 3) Qualification and experience: acquired knowledge. Homeless drug user women are functionally represented as pregnant women, as they are in the puerperium or because they have lost their children to the state, orphanages or to the extended family. The situation of orphan mothers stands out as a condition that draws attention from the perspective of professionals. There are different types of violence suffered by homeless women, from sexual, physical and institutional violence. The Street Clinic is an important care space that is effective through action on issues related to women's health and body with articulations with other services to ensure bonding, trust and support. In relation to learning, findings indicate that it comes from two dimensions: the formal education obtained in courses and training and the permanent education that takes place in daily work. The cycle of experiential learning takes shape with Reflective Observation that occurs when a professional observes a more experienced one and reflects on what he/she saw, transforming his/her learning and with the Concrete Experience that occurs when professionals feel and experience the practice in Street Clinics with the team and women, looking for concrete solutions to their problems. As conclusion, the formal training to deal with women drug users under street condition is still insufficient and it's necessary to broad learning experiential, such as training through academic leagues, internships and residency programs and permanent education.

Keywords: Professional training. Mental health. Drug users. Women. Homeless persons.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo da aprendizagem experiencial.....	29
Figura 2 - Tipos de processos nas orações.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas.....	34
Quadro 2 - Caracterização dos participantes do estudo.....	35
Quadro3-Aspectos discursivos que emergiram durante a análise dos dados...38	
Quadro 4 - Apresentação de categorias e subcategorias.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PET- SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SBIRT - Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment

SUDs - Substance use Disorders

SAAS - Substance Abuse Attitude Scale

IPAS - Interprofessional Attitudes Scale

AA - Alcoólicos Anônimos

NA - Narcóticos Anônimos

ENB - English National Board

NSEC - Nursing School Education Collaborative

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ATENfs - Atendentes de Enfermagem

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EDRN-SBIRT - Educating Emergency Department Registered Nurses in Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment

CICAD - Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas

OEA - Organização dos Estados Americanos

EC - Experiência Concreta

OR - Observação Reflexiva

CA - Conceituação Abstrata

EA - Experimentação Ativa

CR – Consultório de Rua

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ADC - Análise do Discurso Crítica

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

RAS - Rede de Atenção à Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PTS - Projeto Terapêutico Singular

AD - Cersam Álcool e outras Drogas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PIA - Plano Individual de Atendimento

RD – Redução de Danos

HIV - Human Immunodeficiency Vírus

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

CERSAM AD - Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas

CERSAMI - Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil

HN – Hospitalidade Noturna

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FUMSD – Fundo Municipal sobre Drogas

CMPD/BH - Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Belo Horizonte

CIAM – Centro Integrado de Atendimento à Mulher

PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Centro Pop - Centro de Referência da População em Situação de Rua

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

MG – Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Melhores práticas na formação de profissionais de saúde para lidar com pessoas usuárias de crack e de outras drogas.....	17
2.1.1 <i>Práticas formativas com aprendizagem em serviço.....</i>	<i>17</i>
2.1.2 <i>Práticas formativas em sala de aula.....</i>	<i>21</i>
2.1.3 <i>Práticas formativas de educação permanente.....</i>	<i>24</i>
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Tipo de estudo e referencial teórico.....	28
3.2 Cenário e participantes do estudo.....	30
3.3 Produção dos dados.....	32
3.4 Análise dos dados.....	35
3.5. Aspectos éticos.....	39
4 RESULTADOS.....	41
4.1 Condição materna: representação das mulheres usuárias de crack e de outras drogas em situação de rua.....	41
4.1.1 <i>Manejo do Consultório de Rua.....</i>	<i>47</i>
4.1.2 <i>Mulheres em situação de rua e as múltiplas violências.....</i>	<i>56</i>
4.2 Consultório de Rua: espaço de cuidado para as mulheres usuárias de drogas em situação de rua.....	63
4.3 A formação e a experiência: aprendizagens adquiridas.....	75
4.3.1 <i>A formação.....</i>	<i>76</i>
4.3.2 <i>A experiência.....</i>	<i>81</i>
4.3.3 <i>A aprendizagem experiencial.....</i>	<i>87</i>
5 SÍNTESE INTERPRETATIVA.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICE A –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
APÊNDICE B – Instrumento para Entrevista Narrativa.....	113
ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CEP UFMG	114
ANEXO B – Carta de anuência para execução da pesquisa, fornecida pelo município de Belo Horizonte/MG.....	117

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com grande desigualdade em relação às características socioeconômicas, culturais e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Dentre outros fatores, o gênero é considerado um fator determinante da pobreza e da vulnerabilidade da mulher, assim como a idade, a etnia-raça e a localização geográfica, dentre outros (RAIHER, 2016).

A mulher, devido à herança cultural do patriarcado, apresenta-se em situação de desvalorização e de vulnerabilidade, na sociedade brasileira, tendo, muitas vezes, uma quase exclusão dos seus direitos de cidadania. A atenção integral e direcionada a esse público não tem sido contemplada de maneira absoluta pelas atuais políticas de atenção à mulher (ALEXANDRE, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher explicita que existem condições que determinam a vulnerabilidade social da população feminina sobre as quais são necessários pesquisas e estudos. Dentre elas, é possível citar a precariedade da atenção obstétrica e da assistência em anticoncepção, o abortamento em condições de risco, as doenças crônicas, a violência doméstica e a sexual, e a saúde da mulher em situação de prisão e em uso de crack e de outras drogas, dentre outras (BRASIL, 2004).

É cada vez mais preocupante, no Brasil, o uso abusivo de substâncias psicoativas. Essa realidade desse excesso é agravada pela falta de políticas adequadas que visem às necessidades sociais e de saúde dos usuários, bem como ao tratamento de forma integral e humanizado, com respeito e segurança (LIMA *et al.*, 2015).

Dados de uma pesquisa realizada no país, entre os anos de 2011 e 2013, mostraram que os usuários de crack, nas cenas de uso, são predominantemente do sexo masculino, embora haja um número cada vez maior de mulheres usuárias (BASTOS; BERTONI, 2014).

Bastos e Bertoni (2014) caracterizaram o perfil das usuárias de crack ou de substâncias similares, em uma pesquisa de âmbito nacional. A média de idade das mulheres foi de 29,60 anos; a maioria declarou-se branca; eram casadas ou moravam com companheiro ou companheira, possuíam baixa escolaridade (somente até o Ensino Fundamental) e não estavam estudando no momento da pesquisa. Importante ressaltar que as mulheres estavam em situação de rua nos 30

dias anteriores à pesquisa. A pesquisa demonstrou que o tempo médio de uso de crack ou de substâncias similares era de seis anos e que pelo menos uma em cada cinco mulheres tinha algum trabalho ilícito, relacionado ou não ao tráfico de drogas, como meio para obter dinheiro ou drogas, além de relatarem (cerca de 55% delas) trabalho sexual.

Evidencia-se que as pesquisas acerca do consumo de drogas acabam por secundarizar ou até mesmo negligenciar as análises de gênero. Contribui para que isso aconteça o inegável predomínio masculino no tráfico e no consumo de drogas, em todo o mundo. As mulheres são, também, um grupo mais difícil de ser pesquisado, devido ao caráter privado que muitas têm em suas práticas e do constrangimento e da estigmatização que lhes são impostos, em diversos contextos (BASTOS; BERTONI, 2014).

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e de outras drogas ainda são mais comuns entre os homens. Mudanças no papel social da mulher, entretanto, têm determinado a diminuição dessa diferença (BASTOS; BERTONI, 2014; THOMAZ; OLIVEIRA; BISPO, 2016). O uso abusivo de tais substâncias é uma questão de saúde pública, pois agrega problemas de ordens física, psíquica, familiar, social, econômica e laboral (VIEIRA *et al.*, 2014). Esse excesso ocasiona, além disso, um aumento de ocorrências sociais indesejáveis, como crises familiares, violências e internações hospitalares evitáveis, aumentando a taxa de ocupação de leitos hospitalares e, conseqüentemente, sobrecarga para o Sistema Único de Saúde (KASSADA *et al.*, 2013).

Há uma preocupação, exposta na literatura, com o impacto do uso de crack e de outras drogas, nos contextos obstétrico e neonatal. É possível verificar que o uso de drogas ilícitas por mulheres interfere de forma significativa em sua saúde sexual e reprodutiva e acarreta implicações negativas na morbimortalidade materno-fetal e na infantil (BASTOS; BERTONI, 2014).

Verifica-se, então, que mulheres em uso de drogas têm amplificada sua condição de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade social é multidimensional, pois refere-se a situações de sujeitos ou de coletividades em fragilidade, expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social, gerando discriminação, exclusão e enfraquecimento (XIMENES, 2014; NICHIIATA *et al.*, 2008 *apud* FRANÇA; OLIVEIRA; SILVA, 2016). Diz respeito, ainda, às dimensões sociais da vida, remetendo a uma noção mais abrangente de como cada

um vivencia o mundo ao seu redor e aos sentidos atribuídos à autonomia perante as decisões sobre a sua própria saúde (OKIDO *et al.*, 2012).

O contexto do uso de drogas na rua é uma situação grave e preocupante: existem cerca de 101 mil pessoas em situação de rua no Brasil, mais de 50% delas, há mais de 20 anos (NATALINO, 2017).

Embora não seja a única condição, o uso de crack e de outras drogas é uma condição prevalente (cerca de 80%), na população em situação de rua, e um dos motivos para a sua permanência na mesma (BASTOS; BERTONI, 2014; CAVALCANTE, 2017; MATOS, 2018).

O uso das drogas ocorre, justamente, com o intuito de prover algo que está em falta, seja simulando uma falsa alegria ou um súbito esquecimento dos problemas vivenciados (CAVALCANTE, 2017; HINO; SANTOS; ROSA, 2018; MATOS, 2018).

Cada vez mais identifica-se, portanto, a necessidade urgente de criação de políticas que visem à saúde da população feminina -sem descuidar da importância de incluir, nessa realidade, a percepção que esse público vulnerável tem a respeito das novas propostas e qual a sua sensação em relação às políticas já existentes, ao acesso aos serviços de saúde, ao acolhimento inadequado por parte dos profissionais de saúde e dos gestores e ao seu convívio social (FRANÇA e OLIVEIRA e SILVA, 2016).

Ao verificar a complexidade que envolve a mulher em situação de vulnerabilidade, percebe-se a relevância de estudos voltados à busca da compreensão de seu mundo e de trazer à tona questões muitas vezes negligenciadas por parte dos profissionais e gestores da saúde, contribuindo para mudanças em seu contexto (FRANÇA; OLIVEIRA; SILVA, 2016). Essa importância verifica-se, além disso, pela necessidade de melhorar a formação desses profissionais, para que saibam lidar com essas mulheres, fazendo dessa experiência uma oportunidade de trocas e de aprendizados (SANTOS, 2014; VARGAS, 2015; MATTA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2017).

Deve-se, portanto, atentar para o fato de que a formação dos profissionais ainda é voltada apenas para os aspectos fisiológicos do uso e do abuso de drogas, baseada no saber médico, enfocando a dependência, não priorizando a prevenção. Observa-se, no cotidiano de trabalho e também nos currículos das universidades,

que esse é um assunto abordado de maneira limitada e carregada de estigmas (SANTOS, 2014; COSTA *et al.*, 2015; VARGAS, 2015; MOREIRA *et al.*, 2017).

Historicamente, nos cursos de graduação, os currículos eram voltados para o manejo e o tratamento em saúde mental, mas apenas focados no atendimento a doenças psiquiátricas, não no desenvolvimento de competências para a realização de intervenções que considerassem outras abordagens e perspectivas da doença mental (HIRDES *et al.*, 2015; VARGAS, 2015; MOREIRA *et al.*, 2017).

Em consequência desse hiato na formação acadêmica e na formação técnica, visto em todos os níveis do processo educacional, há fragilidades no atendimento dos usuários que apresentem outras demandas de saúde mental que não sejam transtornos psiquiátricos. Essa fragilidade gera repercussões estigmatizantes, moralizantes e preconceituosas, baixa adesão aos tratamentos que demandem alta cobrança, menor engajamento pessoal e baixa empatia pelo sujeito usuário (SANTOS, 2014; CASTELO BRANCO; MONTEIRO; VARGAS, 2015; MATTA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2017).

Observa-se que a prática dos profissionais de saúde, com relação ao usuário de drogas, ainda é muito precária e carregada de preconceitos e de estigmas, o que não facilita o contato, o manejo e o acesso desses usuários aos serviços de saúde (MATTA *et al.*, 2016).

Um estudo de Matta e colaboradores (2016) discute que a formação pode ser uma possibilidade humanizadora e efetiva, em relação às práticas de cuidado em saúde, no Brasil. Apesar de ser vista como uma questão complexa e desafiadora, no contexto do século XXI, a formação deve ser realizada em consonância com o avanço na construção das políticas sobre drogas. Para que isso aconteça, é importante que esse processo possibilite a produção de experiências formativas que alcancem o novo modelo de saúde mental e a inclusão das temáticas contemporâneas, com repercussões nas práticas profissionais.

O que se nota, contudo, é que a intensa discussão sobre as práticas propostas para o cuidado de usuários de crack e de outras drogas não encontra na formação o mesmo vigor, constituindo-se esse o problema de pesquisa. A formação inicial e a permanente dos profissionais de saúde para a abordagem dos usuários de crack e de outras drogas será, assim, o tema deste estudo.

Com base nessas perspectivas e na relevância do tema para a saúde e, principalmente, para essa população, este estudo pretende responder às seguintes

perguntas: “como é a formação dos profissionais, para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, considerando sua condição de vulnerabilidade? Que estratégias utilizadas nesses processos geram aprendizados experienciais?”.

Justifica-se este estudo, ao entender que os problemas relacionados ao consumo de álcool e de outras drogas ainda são mais comuns entre os homens. Mudanças no papel social da mulher, entretanto, têm determinado a diminuição dessa diferença (BASTOS; BERTONI, 2014; THOMAZ; OLIVEIRA; BISPO, 2016). O uso abusivo de tais substâncias é uma questão de saúde pública, pois agrega problemas de ordens física, psíquica, familiar, social, econômica e laboral (VIEIRA *et al.*, 2014). Além disso, ocasiona um aumento de ocorrências sociais indesejáveis, como crises familiares, violências e internações hospitalares evitáveis, aumentando a taxa de ocupação de leitos hospitalares e gerando, conseqüentemente, sobrecarga para o Sistema Único de Saúde (KASSADA *et al.*, 2013).

Embora existam publicações acerca da aprendizagem dos profissionais e também sobre as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em condições de vulnerabilidade, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, para revisão integrativa acerca da temática, e verificou-se que estudos específicos que associem os dois temas, aprendizagem e cuidado a mulheres usuárias de crack e de outras drogas, ainda é incipiente, bem como estudos relacionados à Experiência como busca de melhoria da atenção e do cuidado prestado a essa população.

A relevância do estudo reside na possibilidade de contribuir para a formação e a prática de profissionais, no campo da saúde mental, especialmente para atuação com a população de mulheres usuárias de crack e de outras drogas. Poderá favorecer, ademais, a reflexão quanto às estratégias adotadas no ensino e na educação permanente, apontando as facilidades e os desafios, nesse processo, por meio de um referencial que assume os trabalhadores como sujeitos ativos e participativos, nas experiências vivenciadas. Auxiliará, também, na formulação de políticas e de ações de qualificação profissional, na temática do uso de crack e de outras drogas, em populações vulneráveis.

Teve-se como objetivo geral deste estudo analisar a formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua. Os objetivos específicos foram: identificar as estratégias utilizadas nos processos formativos que geram aprendizados experienciais dos profissionais

que atendem mulheres usuárias de crack e outras drogas, em situação de rua; identificar os conteúdos, temas e referenciais que foram abordadas no processo de formação desses profissionais e identificar as facilidades e desafios nesse processo de formação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Melhores práticas, na formação de profissionais de saúde, para lidar com pessoas usuárias de crack e de outras drogas

Trata-se de uma revisão integrativa – assim classificada por ter como objetivo contribuir para a ampla análise da literatura e para a sistematização dos manuscritos sobre uma determinada temática, possibilitando o aprofundamento do conhecimento e a realização de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: “quais as melhores práticas, na formação de profissionais de saúde, para lidar com pessoas usuárias de crack e de outras drogas?”.

Na análise dos estudos, constatou-se que muitos dos profissionais tinham práticas em comum, na formação; por isso, realizou-se a divisão do trabalho nas três seguintes categorias temáticas: “Práticas formativas com aprendizagem em serviço”, “Práticas formativas em sala de aula” e “Práticas formativas de educação permanente”, que serão explicitadas a seguir.

2.1.1 *Práticas formativas com aprendizagem em serviço*

Foram agrupadas nesta categoria seis publicações que apresentavam práticas formativas com aprendizagem em serviço.

A aprendizagem em serviço é uma forma de educação experiencial em que o aprendizado ocorre em um ciclo de ação e reflexão. Os alunos aplicam os conhecimentos aprendidos em sala de aula em problemas de uma comunidade - ali refletem suas experiências, tentando alcançar objetivos reais para essas pessoas e, ao mesmo tempo, aprofundar seus próprios conhecimentos. Quando eficaz, esse ciclo traz benefícios para a comunidade e para os alunos, já que permite atrelar as necessidades dessa população à oportunidade de aprendizagem pelos alunos (DEBONIS, 2016).

Os artigos apresentaram resultados que discutem a aprendizagem em serviço, evidenciando-a como uma prática potente para a formação de profissionais de saúde aptos para lidar com pessoas usuárias de crack e de outras drogas.

Santos e Lima (2018) relatam, em seu estudo, uma experiência vivida por eles, durante a graduação como bolsistas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE), na vertente Redes de Atenção Psicossocial, a fim de estimularem outros graduandos a enveredarem pelos caminhos da extensão universitária, já que isso possibilita uma formação em saúde mais integral, no contexto dos serviços. A experiência possibilitou a construção de vínculos, trabalho interprofissional, ações intersetoriais, bem como um estímulo à ampliação da visão dos contextos, da complexidade e da intersubjetividade do universo da investigação, possibilitando a melhora da qualidade do atendimento prestado na atenção da saúde de pessoas usuárias de drogas. Foi uma experiência de muito aprendizado, que contribuiu para o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, para o de toda a população, já que possibilitará a formação de profissionais qualificados para atuarem e lutarem para sanar os problemas relativos à questão, buscarem solucionar os desafios e se engajarem, cada vez mais, para fazer um SUS mais justo e igualitário.

Outra prática, apresentada em uma das publicações desta categoria, foram vivências de discentes e de docentes em atividades de uma liga acadêmica em dependência química, desenvolvidas nas dependências de um Centro Universitário e em uma Organização Não Governamental, localizados no município de Teresina, no Estado do Piauí, no Brasil. Foram desenvolvidas atividades de caráter extracurricular, que possibilitaram extensão, na formação curricular do discente. Buscou-se aprofundar os conhecimentos e a vivência acadêmica na área de dependência química. Durante as atividades, os alunos foram instigados a desenvolver raciocínio científico e senso crítico, ampliando os conhecimentos teóricos e práticos abordados durante os encontros (MOREIRA *et al.*, 2017).

O projeto tornou-se importante para a formação dos profissionais de Enfermagem, uma vez que buscava ampliar as competências do graduando e fornecer conhecimento para uma atuação qualificada ao usuário de substâncias psicoativas, sob a perspectiva da redução de danos.

As ligas acadêmicas são de fundamental importância para a formação do graduando, especialmente quando relacionadas a temas complexos e que são poucos discutidos no âmbito acadêmico, uma vez que elas oportunizam ao estudante, diante do seu papel protagonista, criar espaços de discussões, culminando em um conhecimento construído capaz de beneficiar a comunidade em

que estão inseridos (MOREIRA *et al.*, 2017). Além disso, o papel dos docentes, enquanto supervisores do protagonismo discente, em ligas acadêmicas, destaca-se como fundamental nesse processo, já que estes são considerados os principais condutores da aprendizagem e responsáveis pela formação cidadã do indivíduo, no contexto do Ensino Superior (MOREIRA *et al.*, 2017).

Uma prática educativa desenvolvida em uma unidade de desintoxicação química foi o objeto de estudo de outra publicação. Foi desenvolvida com 40 acadêmicos de uma instituição privada de Ensino Superior da Região Central do Rio Grande do Sul, no período de agosto a dezembro de 2010. Os acadêmicos, distribuídos em grupos de seis estudantes, semanalmente desenvolveram a prática educativa, estimulando o autocuidado da pessoa hospitalizada, por meio de analogias de músicas, jogos e embelezamento estético.

No mesmo período, também coletaram-se dados, por meio de uma entrevista semiestruturada, elaborada pelos autores do estudo. O instrumento de coleta de dados contemplou as seguintes questões norteadoras: “qual o significado da prática educativa, no desenvolvimento profissional do acadêmico de Enfermagem, em unidade de desintoxicação? Quais características se expressam no seu desenvolvimento profissional, ao promover a prática educativa, na promoção do autocuidado?”. Os dados analisados resultaram nas categorias: “Atribuindo significado à prática educativa” e “A expressão subjetiva da prática educativa na promoção do autocuidado” (GEHLEN *et al.*, 2013).

Os significados da prática educativa dos acadêmicos apontaram para uma possível mudança de paradigma, no que se refere à formação de enfermeiros para atuarem como educadores em saúde, e sinalizaram para experiências subsidiadas por enfoques participativos que previam o envolvimento ativo de todos os atores sociais envolvidos. Nessa direção, enfatiza-se a necessidade de o ensino viabilizar vivências alicerçadas em referencial crítico-reflexivo acerca da dimensão educativa na atuação dos enfermeiros. Os significados da prática educativa dos acadêmicos contribuem para uma possível mudança de paradigma, no que se refere à formação de enfermeiros para atuarem como educadores em saúde (GEHLEN *et al.*, 2013).

Brito, Silva e Azevedo (2012) relatam a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na Fundação Belo Amor, localizada no município de Caicó, no Estado do Rio Grande do Norte, no Brasil, em um serviço de reabilitação psicossocial para usuários de álcool e de outras drogas, buscando reconhecer a

Rede de saúde mental no município. A vivência partiu da disciplina “Políticas Públicas de Saúde Mental”, ofertada no sexto período do curso de graduação em Enfermagem e compreendeu dois momentos: a captação da realidade e o desenvolvimento de duas técnicas de grupo.

Por meio das atividades realizadas foi possível aproximar-se da história de vida dos usuários, apreender sentimentos e conhecer as situações que os levaram ao consumo de drogas e às recaídas, compreender a vivência do processo de reabilitação de então e as perspectivas futuras. Essa experiência possibilitou que os acadêmicos percebessem a importância desse serviço para a Rede de saúde mental, a relevância do fenômeno do uso e abuso de drogas, sob a ótica dos usuários, e a relevância do desenvolvimento de estratégias de prevenção e de promoção da saúde, na comunidade e nos serviços de saúde (BRITO; SILVA; AZEVEDO, 2012).

Nessa perspectiva, a formação em saúde destaca a importância de atividades que contemplem a relação teoria-prática-teoria, objetivando um ambiente de aprendizagem capaz de suscitar nos alunos o despertar para a solução de problemas, o contato com situações específicas e o trabalho em grupo. Considera-se, ainda, a visualização de um processo de trabalho em saúde extremamente rico e plural, dada a lógica do cuidado na perspectiva da saúde mental (BRITO; SILVA; AZEVEDO, 2012).

Os discentes identificam, ainda, que essa metodologia de ensino colaborou para a construção de conceitos e de experiências importantes, no auxílio da formação profissional generalista, crítica e reflexiva do futuro enfermeiro (BRITO; SILVA; AZEVEDO, 2012).

Uma última prática foi um estágio extracurricular, em uma clínica psiquiátrica. As experiências vivenciadas foram atividades artísticas, vivência acadêmica, interação com a família do paciente psiquiátrico e com dependentes químicos. Foram realizadas, além dessas experiências, reuniões de equipe e reuniões acadêmicas interdisciplinares, com os estudos de caso, que foram de suma importância, visto que essas atividades tornaram o trabalho da equipe focado para o cuidado integral, beneficiando o cliente. Tais reuniões reforçam a construção teórica, a partir da prática, tornando o binômio teoria-prática profissional ainda mais enriquecedor, tendo em vista as diferentes áreas (PAULA *et al.*, 2011).

Observou-se neste estudo que, durante o estágio, houve o favorecimento da interdisciplinaridade, na teoria e prática, visando sempre ao cuidado integral do cliente.

O desenvolvimento da atividade acadêmica extracurricular, em cenário da prática de cuidado baseada na interdisciplinaridade e na consolidação da saúde, como um direito social, contribui expressivamente para a formação profissional do acadêmico de Enfermagem, na área de saúde mental (PAULA *et al.*, 2011).

2.1.2 Práticas formativas em sala de aula

Das 37 publicações analisadas, 22 foram agrupadas nesta categoria por apresentarem práticas formativas realizadas em sala de aula.

Todas as publicações analisadas citaram a importância de haver algum contato científico com a temática de drogas, em sala de aula, durante a graduação dos cursos de profissionais de saúde.

Observou-se que o conhecimento dos alunos, antes desse contato com disciplinas, cursos e demais aproximações com a temática, era generalista, pautado em mídias sociais e em meios de comunicação eletrônicos, impregnado de preconceitos e de estigmas, tornando-se um tabu.

A reformulação de currículos, no sentido de abordar a temática do uso de drogas de forma mais ampla, e não apenas nos aspectos fisiológicos do seu uso, é um passo imprescindível para alcançar-se a melhoria do conhecimento dos alunos, lembrando que esse assunto não deve ser trabalhado apenas em disciplinas de saúde mental, mas em todos os momentos do ensino em saúde (CASTELO BRANCO; MONTEIRO; VARGAS, 2015; SANTOS *et al.*, 2014; ALVES *et al.*, 2010; PESSANHA, 2008; OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007; GONÇALVES, 2006; IRLES; HUERTES; TOMÁS, 2004; CAMPOS; SOARES, 2004; PILLON; LUÍS; LARANJEIRA, 2003; SMOTHERS *et al.*, 2018)

O estudo dessa temática, de forma incisiva e científica, é apontado como uma potente forma de prevenção e de diminuição do uso de drogas, importante questão de saúde pública e social. Profissionais bem capacitados, engajados e encorajados pelos estudos da temática fazem com que haja mais engajamento de seus pacientes e uma melhor escuta dos familiares, tornando-os uma potente ajuda (CASTELO BRANCO; MONTEIRO; VARGAS, 2015; ALVES *et al.*, 2010; SANTOS, 2010;

PESSANHA, 2008; OLIVEIRA; KESTENBERG; SILVA, 2007; GONÇALVES, 2006; CAMPOS; SOARES, 2004; PILLON; LUÍS; LARANJEIRA, 2003; SMOTHERS et al., 2018)

Outro aspecto importante desse processo de ensino é citado por Santos (2010): é fundamental que seja problematizadora. Nessa perspectiva, o professor apresenta o conteúdo, envolvendo as interfaces econômicas, políticas, sociais e psicológicas do uso de drogas, problematizando-o, a fim de que seja reelaborado pelo discente. É importante que o docente seja atualizado e capacitado, que seja levado a pensar sobre as situações cotidianas, para que possa criticar a realidade em que vive.

Um estudo espanhol cita que, desde 1987, houve um aumento da média de horas de treinamento em dependência de drogas, nas universidades, passando de 10 para 49 horas. O treinamento é limitado, no entanto, pois depende da escolha do aluno: são oferecidas disciplinas eletivas e de livre escolha; portanto, não é assegurado que o aluno tenha, pelo menos, o conhecimento básico no assunto (IRLES; HUERTES; TOMÁS, 2004).

Algumas estratégias foram citadas, nas publicações, como potentes para aumentar o conhecimento e melhorar a formação dos profissionais de saúde, para lidar com pessoas usuárias de crack e de outras drogas.

A estratégia *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT) foi citada em algumas publicações (KNOPF-AMELUNG et al., 2018; MITCHELL et al., 2017; BRERETON; GERDTZ, 2017; KANE et al., 2014; PUSKAR et al., 2013; TANNER et al., 2012). É uma prática baseada em evidências usada para identificar, reduzir e prevenir o uso problemático, o abuso e a dependência de álcool e de drogas ilícitas. Foi utilizada, no ambiente acadêmico, por meio de treinamentos presenciais e à distância, com simulação de computador, com situações reais. Em ambos os casos, houve um aumento dos conhecimentos, de atitudes e de confiança dos alunos, frente ao rastreamento e à intervenção com pacientes que usam essas substâncias. A estratégia, além disso, mostrou-se eficaz na elaboração de habilidades para a condução de uma breve intervenção para motivar os pacientes a reduzir o uso de substâncias. Os alunos mostraram-se bem satisfeitos e capazes de atuar, após a educação oferecida (KELLY et al., 2018; KUZMA et al., 2018; KNOPF-AMELUNG et al., 2017; KANE et al., 2014; MITCHELL et al., 2013; PUSKAR et al., 2013; TANNER et al., 2012).

Outra prática utilizada foi o curso *Substance Use Disorders* (SUDs), no qual estudantes da área da saúde tiveram várias oportunidades didáticas (palestras multiprofissionais, equipes de aprendizagem, discussões facilitadas e entrevistas motivacionais) para obter uma compreensão dos aspectos biopsicossociais da dependência e para demonstrarem sua capacidade de comunicarem-se e envolverem-se empaticamente com os pacientes. O curso ocorreu mensalmente com grupos de estudantes. No primeiro dia, os alunos avaliaram suas próprias atitudes, em relação indivíduos com SUDs, utilizando a *Substance Abuse Attitude Scale* (SAAS), e suas atitudes em relação a interprofissionalismo, usando a *Interprofessional Attitudes Scale* (IPAS) (MUZYK *et al.*, 2017).

Os alunos participaram de seis sessões de aula de uma hora cada, de palestra com discussão ou de pequeno grupo de aprendizado baseado em equipe. Para o aprendizado em equipe, os alunos foram divididos em grupos multiprofissionais de três a quatro alunos, para trabalharem em um caso criado pelos docentes, em seguida do qual houve uma discussão sobre suas respostas (MUZYK *et al.*, 2017).

Para a aula de entrevista motivacional foi fornecida aos alunos uma introdução aos princípios e aos processos de entrevista motivacional. Para o desenvolvimento de empatia e de reconhecimento de preconceito, os alunos aprenderam conceitos da área da Psicologia (como empatia, contratransferência e preconceito) e entenderam como esses conceitos podem impactar as interações do paciente, por meio de vídeos, de casos clínicos padronizados e processando suas próprias experiências clínicas, com uma reflexão guiada. Durante a última parte da atividade, os alunos realizaram uma entrevista motivacional. Todos os alunos participaram, também, de uma reunião de recuperação de etapas, como Alcoólicos Anônimos (AA) ou Narcóticos Anônimos (NA) e escreveram um documento de reflexão de uma página sobre sua experiência. No último dia do estudo, os alunos reavaliaram suas atitudes em direção a indivíduos com SUDs e a interprofissionalismo, utilizando as escalas SAAS e IPAS, respectivamente (MUZYK *et al.*, 2017).

Um programa educacional sobre álcool e drogas foi utilizado como estratégia em dois estudos. O quadro educacional para o programa foi baseado nas diretrizes curriculares para educação sobre abuso de substâncias em cursos de graduação em Enfermagem, *English National Board* (ENB), 1996. As intervenções educativas

foram apresentadas por diferentes facilitadores, que estavam familiarizados com o programa educacional (RASSOOL; RAWAF, 2008a; RASSOOL; RAWAF, 2008b).

Os resultados desse estudo sugerem que, um curto período, um programa educacional intensivo sobre álcool e drogas pode ser eficaz para aumentar o conhecimento, mudar atitudes e criar habilidades de confiança de intervenção com pacientes desse contexto. Esse programa poderia ser implementado, sem muita interrupção, em um currículo de Enfermagem sobrecarregado, mesmo que essa não seja uma solução educacional. É necessária, portanto, uma abordagem de integração vertical sobre os aspectos de ensino da temática álcool e drogas, em conjunção com o conteúdo dos currículos de Enfermagem (RASSOOL; RAWAF, 2008a; RASSOOL; RAWAF, 2008b).

Uma última estratégia citada é o desenvolvimento do corpo docente, por meio do projeto *Nursing School Education Collaborative* (NSEC). O projeto aconteceu durante três anos, em quatro escolas de bacharelado de Enfermagem. O foco do NSEC era fortalecer os programas educacionais, por meio do desenvolvimento do corpo docente e da integração curricular, na área de abuso de substâncias e de educação de vícios. Um abrangente processo de avaliação de necessidades foi descrito e atividades de desenvolvimento e de integração curricular foram detalhadas. O desenvolvimento do corpo docente resultou em melhorias significativas, no currículo de abuso de substâncias de cada escola. Os resultados, em cada escola participante, incluíram atividades de educação continuada, aquisição de recursos didáticos adicionais, desenvolvimento de um modelo de integração e aumento do número de horas de contato clínico e curriculares (HAYES, 2002).

2.1.3 Práticas formativas de educação permanente

Foram agrupadas, nesta categoria, nove publicações que mostravam práticas formativas de educação permanente.

Algumas concepções sobre o dependente químico foram explicitadas em alguns artigos. Por exemplo, o dependente químico é uma pessoa doente e as situações sociais ou familiares e de saúde mental são importantes fatores a considerar, nesse adoecimento. O estigma e o treinamento insuficiente para lidar com problemas de álcool ou de drogas, em ambientes clínicos, são duas barreiras

significativas, para a identificação precoce e o acesso a cuidados, para pacientes com problemas relacionados a drogas (NASH *et al.*, 2017; VARGAS *et al.*, 2015; VASQUEZ; ONIEAL, 2002).

É possível teorizar, por meio dos estudos selecionados para esta categoria, que o contato e o trabalho com pacientes usuários de substâncias psicoativas, em serviços especializados, possibilitam a mudança de concepção dos trabalhadores. Daí, novamente, a relevância de os currículos dos profissionais incluírem, em suas atividades práticas, estágios em serviços especializados no atendimento de indivíduos com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isso permitirá que o ensino formal, na temática álcool e outras drogas, seja reforçado durante atividades práticas com esses usuários, e que o futuro profissional esteja mais bem preparado para atuar nos serviços de saúde (ZICKAFOOSE, 2018; REZENDE, 2017; VARGAS *et al.*, 2015, VASQUEZ; ONIEAL, 2002).

Observou-se, em dois estudos, que a educação sobre álcool e outras drogas, entre funcionários de hospital, é muitas vezes inadequada, o que leva a um cuidado não adequado dos pacientes, além de ser uma oportunidade perdida de identificação e de tratamento precoces (MITCHELL *et al.*, 2017; BRERETON; GERDTZ, 2017)

Uma estratégia utilizada como prática, na formação permanente de profissionais da saúde, foi o projeto “Caminhos do Cuidado”, que foi um conjunto de normativas de combate às drogas, de propostas para o tratamento e a reinserção social dos usuários, por meio de um trabalho que envolvia a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e a sociedade brasileira. A proposta do plano apontava a importância da integração entre as políticas públicas dos entes federativos, devendo-se construir uma gestão compartilhada, na qual os gestores, os profissionais das diversas Redes e a sociedade pudessem debater e avaliar as ações de prevenção, de promoção, de cuidado à saúde, de inclusão às pessoas com problemas relacionados às drogas (REZENDE, 2017; SANTOS; FERLA, 2017).

A formação ocorreu em larga escala, em todas as regiões de saúde, e capacitou Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Atendentes de Enfermagem (ATEnfs) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais de nível superior que atuavam nos serviços de saúde mental e na atenção básica. O currículo do projeto, a partir das dimensões pedagógica e metodológica, possibilitou, por meio do

currículo integrado, a construção de um plano pedagógico que privilegiou a articulação entre ensino-serviço, divididos em momentos de concentração para apresentação das políticas de saúde e momentos de dispersão, nos quais os alunos colocavam em prática o conteúdo assimilado. A escolha da metodologia da problematização permitiu a elaboração de problemas e de hipóteses, incluindo os alunos no processo de formação, respeitando as características regionais, as do território e do domicílio de trabalho do profissional (REZENDE, 2017; SANTOS; FERLA, 2017).

Outra prática de formação utilizada foi a intervenção educativa intitulada *Understanding Substance Use Disorder in Nursing*, para atender à exigência de educação continuada, para relicenciamento no Conselho Nacional de Enfermagem da Extensão de Aprendizagem (ZICKAFOOSE, 2018).

Um desenho quase experimental pré-teste e pós-teste foi usado para determinar se houve um aumento nas pontuações dos educandos, após a conclusão do curso on-line. Sessenta e oito das 86 enfermeiras que iniciaram o curso on-line o completaram. Um aumento de 22% (com significância estatística $p < 0,001$) foi observado, quando os escores pré e pós-teste foram comparados, sugerindo um aumento no conhecimento dos enfermeiros sobre o SUD. Pode-se inferir desse estudo, portanto, que cursos on-line são um meio eficaz para aumentar o conhecimento de enfermeiros quanto aos transtornos derivados do uso de substâncias psicoativas (ZICKAFOOSE, 2018).

Uma intervenção educativa em uma prática clínica, com enfermeiros da comunidade e da saúde pública, sobre problemas relacionados ao álcool ou a drogas foi objeto do estudo de Nash e de colaboradores (2017). Os propósitos da intervenção foram atingir os objetivos exigidos para o curso clínico de Enfermagem da comunidade e da saúde pública da universidade, melhorar as atitudes dos alunos e o compromisso terapêutico, para trabalhar com os pacientes. Essa estratégia mostrou-se consistente, para mudanças nas atitudes em relação aos pacientes com problemas relacionados ao álcool e às drogas. As enfermeiras, ao mostrarem que podiam fornecer e manter uma atmosfera de apoio marcada pela compreensão e pela aceitação de seus pacientes, tinham maior probabilidade de desenvolver com eles fortes relações terapêuticas.

O projeto *Educating Emergency Department Registered Nurses in Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* (EDRN-SBIRT) foi concebido para

melhorar o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros do Departamento de Emergência, que trabalhavam em um grande centro médico acadêmico, para identificar e abordar o uso arriscado de álcool e de drogas, em uma visita ao Departamento de Emergência (MITCHELL *et al.*, 2017; BRERETON; GERDTZ, 2017).

O conhecimento e as atitudes das enfermeiras de emergência, em relação aos pacientes em uso de álcool e de outras drogas podem ser melhorados com a educação em SBIRT. A educação do SBIRT pode estabelecer um padrão de prática de Enfermagem baseado em evidências, para melhorar os resultados de saúde, mas deve ser reforçado com revisões no Departamento de Emergência e com sessões educacionais de apoio, até que a prática esteja firmemente estabelecida e tornada habitual. A implementação do EDRN-SBIRT é um excepcional exemplo de como a liderança de Enfermagem pode instituir uma abordagem centrada na qualidade da prática de cuidados ao paciente, para impactar o uso perigoso de álcool e de outras drogas (MITCHELL *et al.*, 2017; (BRERETON; GERDTZ, 2017).

Um curso de especialização denominado *Research training program for nurses to study the drugs phenomenon in Latin America*, oferecido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e por uma organização internacional, a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas – CICAD, da Organização dos Estados Americanos – OEA, é o tema da publicação de Luis e colaboradores (2004). Esse programa foi oferecido, consecutivamente, em 2002 e em 2003. De acordo com os alunos participantes, professores e instituições envolvidas, a oferta de cursos desenvolvidos parte presencialmente e parte à distância, como o programa acima mencionado, provou ser uma experiência bem-sucedida, com boas repercussões políticas, acadêmicas e sociais para os participantes.

Os resultados desta revisão revelaram a utilização de três práticas, para lidar com pessoas usuárias de crack e de outras drogas, na formação de profissionais de saúde: “Práticas formativas com aprendizagem em serviço”; “Práticas formativas em sala de aula” e “Práticas formativas de educação permanente”.

De um modo geral, as práticas apontadas pelos estudos parecem contribuir para a formação de profissionais de saúde, na lida com pessoas usuárias de crack e de outras drogas, em especial ao permitir o aumento de conhecimento, a troca de experiências, vivências teóricas, práticas dentro e fora de sala de aula, atualização

dos profissionais, por meio de educação permanente, quebra de estigmas e de preconceitos, dentre outros benefícios.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo e referencial teórico

Trata-se de uma pesquisa transversal, narrativa e interpretativa de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa possui como base os vários significados atribuídos à experiência, à vivência, ao senso comum e à ação.

Adotou-se o referencial da aprendizagem experiencial como possibilidade para entender como os processos de formação inicial e permanente dos profissionais abordam, especificamente, as questões referentes às mulheres em uso de crack e de outras drogas. A aprendizagem experiencial assenta-se na premissa de que todo desenvolvimento profissional prospectivo decorre da aprendizagem atual, assim como o desenvolvimento já constituído é imprescindível para o aprendizado (PIMENTEL, 2007).

David Kolb, psicólogo americano e teorista educacional, é responsável pela definição da aprendizagem experiencial como um processo em que o conhecimento é construído a partir da transformação da experiência, sendo esta a interação entre o meio interno e o meio externo do homem (RUOFF *et al.*, 2016).

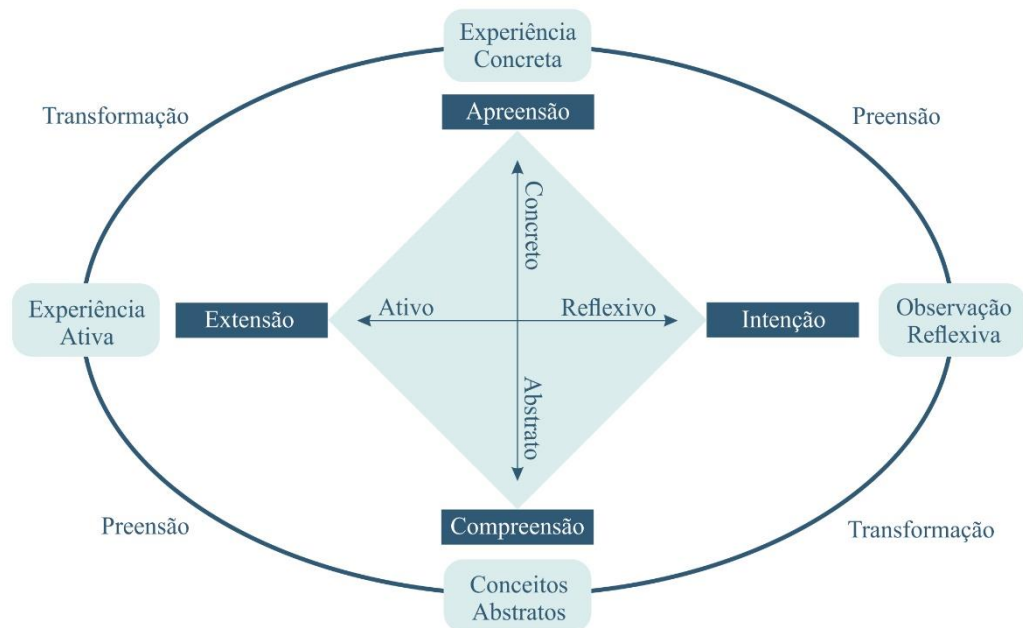
Para Kolb (2014), viver “em” um mundo não é simplesmente “estar” nele, mas interagir com ele. O homem é um ser integrado ao meio natural e ao cultural, capaz de aprender a partir de sua experiência, da reflexão consciente acerca dela, e ao empenhar-se na obtenção de aprendizado que lhe faça sentido (RUOFF *et al.*, 2016).

As abordagens idealistas da educação tradicional, baseadas em uma filosofia empirista, consideram que o saber é um elemento fixo e imutável, passível de ser mensurado por meio da capacidade de armazenamento de informações (RUOFF *et al.*, 2016). A aprendizagem experiencial defende uma educação em constante transformação, influenciada pelo contexto social do indivíduo, que é capaz de criar e recriar o seu próprio conhecimento, por meio da experiência (KOLB, 2014).

Há alguns conceitos que fundamentam a teoria da aprendizagem experiencial, fundamentada em uma perspectiva holística integrativa, que liga experiência, conceito, reflexão e ação.

Na Figura 1 estão representadas, por meio de setas que se cruzam, as duas dimensões que ligam teoria e prática (concreto-abstrato, ativo-reflexivo). Os retângulos indicam os quatro aspectos do desenvolvimento: apreensão (aprendizagem intuitiva e instantânea, pela experiência concreta), intenção (reflexão intencional, que transforma o aprendizado), compreensão (interpretações conceituais e representações simbólicas) e extensão (ações para novas experiências). As expressões côncavas e convexas dizem respeito aos sistemas de pensamento: apreensão (relação dialética entre concreto e abstrato) e transformação (relação dialética entre reflexivo e ativo). As quatro modalidades de aprendizagem estão representadas nas figuras ovaladas: experiência concreta (EC), observação reflexiva (OR), conceituação abstrata (CA), experimentação ativa (EA) (RUOFF *et al.*, 2016).

Figura 1 - Ciclo da aprendizagem experiencial



Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos de Kolb (2014).

Kolb (2014) elaborou combinações entre os diversos elementos, visto que isolados não fazem sentido algum. Há sempre a união de um processo de apreensão com um de transformação, resultando em quatro combinações: apreensão transformada por extensão (EC-EA), compreensão transformada por extensão (CA-

EA), apreensão transformada por intenção (EC-OR), compreensão transformada por intenção (CA-OR).

O processo de aprendizagem ocorre, tendo como base um ciclo contínuo de quatro estágios, quais sejam: a experiência concreta (sentir), a observação reflexiva (observar), a conceituação abstrata (pensar) e a experimentação ativa (fazer). O aprendiz, assim, para ser efetivo, deve estar apto a envolver-se em novas experiências completa, abertamente e sem preconceitos; deve ser capaz de refletir sobre e observar as experiências, de várias perspectivas. Deve, além disso, ser capaz de criar conceitos que integrem suas observações em teorias logicamente plausíveis e de usá-las na tomada de decisões e de resolução de problemas (KOLB, 2014).

O ciclo dialético formado por experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstratos e, finalmente, teste de hipóteses e conceitos em situações novas constituem os pilares entre experiência vivida, construção de conhecimento e projeção de aprendizagem em experiências futuras. Na aprendizagem experiencial, o aprender é um constante reaprender, pois, não sendo “página em branco”, cada indivíduo ancora o novo conhecimento a um saber prévio, de forma a integrá-lo ou a substituí-lo (RUOFF *et al.*, 2016).

"A aprendizagem experiencial defende uma educação em constante transformação, influenciada pelo contexto social do indivíduo que é capaz de criar e recriar seu próprio conhecimento, pela experiência" (KOLB, 1984, p. 56).

A aprendizagem experiencial pode ser caracterizada com base nas seguintes proposições: a aprendizagem é mais bem concebida como processo, não em termos de resultados; a aprendizagem é um processo contínuo fundado na experiência; o processo de aprendizagem requer a resolução de conflitos entre modos dialeticamente opostos de adaptação ao mundo; a aprendizagem envolve transação entre a pessoa e o ambiente; a aprendizagem é um processo que estimula a construção de conhecimento (RUOFF *et al.*, 2016).

3.2 Cenário e participantes do estudo

O estudo foi realizado com todas as equipes dos Consultórios de Rua (CR) do município de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. O município está inserido na região ampliada de saúde Centro de Minas Gerais. A população estimada era de

2.501.576 habitantes, em 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), e contava com quatro equipes de Consultórios de Rua, de modalidade II (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

Segundo a Portaria n. 122 do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2011, as equipes dos Consultórios de Rua são classificadas nas seguintes modalidades:

- a) Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais (excetuando-se o médico): dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio;
- b) Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, (excetuando-se o médico): três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio;
- c) Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2011).

A estratégia Consultório de Rua surgiu em 1999, em Salvador, na Bahia, como um projeto-piloto para solucionar a problemática de crianças e adolescentes em uso de drogas nas ruas. Já em 2004, um CR foi implantado para o atendimento em álcool e outras drogas de Salvador. Em 2009, foi proposto pelo Ministério da Saúde que o CR se tornasse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas usuárias de álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Outra experiência, foram os Programas Saúde da Família sem Domicílio – PSF Sem Domicílio, mais tarde Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua – ESF Pop Rua. Pode-se referir, a partir de 2004, a criação do PSF sem Domicílio, de Porto Alegre, seguido das ESF sem Domicílio de Belo Horizonte e de São Paulo e a ESF Pop Rua do Rio de Janeiro. Após este contexto, o CR que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, passa a integrar a Política Nacional de Atenção Básica, se tornando consultório na rua, com intuito de ampliar suas estratégias para acesso da população em situação de rua às ações da atenção primária como um todo (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Portanto, com a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, em 2011, o Ministério da Saúde adotou o CR como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família. Dessa forma em 2012, com a interposição do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a rede básica participa com as UBS e os CR (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Esses dispositivos visam a ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais adequada, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, por parte de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2018). Foi criada, também, no escopo da Política de Álcool e outras drogas, e tem como função atender às pessoas em situação de rua, devido ao uso de drogas (BRASIL, 2012; HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

As equipes atuam junto à população em situação de rua que faz uso abusivo de álcool e de outras drogas. Por meio do serviço são desenvolvidas ações compartilhadas e integradas com as políticas públicas, de forma intersectorial. O serviço utiliza um veículo do tipo van, como ponto de apoio no território, funcionando da segunda à sexta-feira, em período intermediário, das 15h às 21h (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

Segundo a Prefeitura de Belo Horizonte (2018), o dispositivo visa a conhecer o público, a estabelecer vínculos com a comunidade e a acompanhar os casos de uso abusivo de drogas, construindo as ações e as estratégias em conjunto com os próprios usuários. São desenvolvidas atividades, na cena de uso, e promovidas oficinas de promoção da saúde.

Segundo Minayo (2012), a definição de amostragem significativa, na pesquisa qualitativa, não pressupõe o critério numérico; entretanto, a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado. Ressalta-se que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e que busca a qualidade das ações e das interações, em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017).

Para a escolha dos participantes da pesquisa deve ser levado em consideração quem são os indivíduos sociais que têm maior vinculação com o problema a ser investigado (MINAYO, 2012). Tornou-se significativo, nesta

pesquisa, incluir todos os membros das equipes de Consultórios de Rua do município de Belo Horizonte: quatro enfermeiros, quatro psicólogos, oito assistentes sociais, quatro arte-educadores e quatro redutores de danos, totalizando 24 profissionais. Atualmente, estão cadastradas quatro equipes do Consultório de Rua, em Belo Horizonte, lotadas nas regionais Oeste, Norte, Centro Sul-Leste e Noroeste.

Foram incluídos todos os profissionais que trabalhavam no Consultório de Rua que estiveram presentes no momento da coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos, portanto, profissionais que estavam em férias, folga ou licença, nos dias da coleta, além daqueles que não aceitaram participar da pesquisa ou assinar o TCLE.

No total, participaram 18 profissionais, sendo quatro enfermeiros, três psicólogos, cinco assistentes sociais, quatro arte-educadores e dois redutores de danos. Seis profissionais recusaram-se a participar da pesquisa.

3.3 Produção dos dados

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador coleta dados empíricos que tenham uma ligação com a questão para, então, analisá-los e escrever a respeito deles, tendo como competência o mundo da experiência vivida, pois nele é que a crença individual, a ação e a cultura entrecruzam-se (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas narrativas, realizadas no período de julho a setembro de 2019. As entrevistas narrativas caracterizam-se como ferramentas não estruturadas, que visam a analisar aspectos específicos em profundidade, permitindo que emergjam aspectos das histórias de vida, tanto do entrevistado como dos relacionados ao seu contexto situacional. Pretender encorajar e estimular o sujeito entrevistado, chamado informante, a relatar algo a respeito de algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social (MUYLAERT *et al.*, 2014).

Neste estudo, o instrumento de entrevista narrativa (Apêndice B) continha perguntas que possibilitavam realizar uma caracterização geral dos participantes e perguntas abertas que permitiam aos participantes descreverem situações de formação, vivenciadas por eles, em que tiveram que lidar com mulheres usuárias de

crack e de outras drogas, em situação de rua, e a relatarem, a partir dessas descrições, como foi o processo de aprendizagem para lidar com esses casos.

Foram realizadas três entrevistas piloto para adequação do instrumento de pesquisa. Essas entrevistas foram realizadas com três profissionais com experiência profissional com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, que foram gravadas e transcritas. Após a entrevista piloto, as adequações foram realizadas, considerando a apreciação acerca da linguagem, a compreensão das perguntas feitas pelo entrevistador, a verificação da necessidade de alteração de perguntas e a verificação da necessidade de inclusão de perguntas no roteiro original.

A ordem dos contatos para as entrevistas foi realizada previamente pela Coordenadora do Consultório de Rua, afim de que não atrapalhasse o fluxo de trabalho das equipes. As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente, após a autorização dos sujeitos, em local escolhido pelos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas, para facilitar a posterior transcrição e a composição do *corpus* analítico.

Durante a realização das entrevistas, foram registradas notas de observação, com impressões da pesquisadora. Ao final de cada entrevista, foram registradas, também, as percepções e as análises do pesquisador, perante o observado. Seguindo as orientações de Spradley (1980), os registros condensados podem, posteriormente, ser transformados em registros expandidos, por meio da organização das anotações e da construção de textos com características descritivas e reflexivas.

Foi oportuna a condução de entrevistas, como estratégia de coleta de dados para a investigação e para a obtenção de informações em relação à formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua. Observa-se que a entrevista é um momento em que o participante pode expor os fatos não ditos de outras maneiras. A entrevista busca captar a percepção e a perspectiva dos participantes, dando-lhes voz.

Foram realizadas entrevistas com 18 profissionais das equipes de Consultório de Rua de Belo Horizonte, com duração média de 14 minutos e 83 segundos cada, totalizando aproximadamente quatro horas e 27 minutos (a entrevista mais curta durou por volta de nove minutos e a mais longa, 21). Foram gravadas e transcritas na íntegra, de forma a possibilitar a captação formal do discurso narrado sobre o

tema, o acompanhamento e a complementação das informações provenientes das observações.

De posse das entrevistas, foi realizada a transcrição do áudio obtido, gerando um banco de dados de textos com 137 páginas em Word, com formatação padrão A4, espaço duplo, fonte Arial 12. Durante a transcrição, procurou-se evidenciar justaposições, pausas, silêncios, entonação, ênfase, interrupções e trechos incompreensíveis. No processo de transcrição, foram adotadas convenções para transcrições, segundo a descrição do Quadro 1.

A convenção de transcrição traz adaptações ao padrão sugerido por Koch (1997), assim como os modelos de transcrições e orientações descritos por Fairclough (2001) e Magalhães (2000), no que diz respeito às direções referentes aos recursos para análise de discurso.

Quadro 1 - Codificação adotada para a transcrição das entrevistas

Códigos	Ocorrências
[[Falas simultâneas
(+)	Pausas e silêncios de até 1,5 segundo (+), sendo cada (+) para cada 0,5 segundo. Acima de 1,5 segundo, cronometrar e colocar entre parênteses
(), (incompreensível) ou (suposição)	Dúvidas ou sobreposições
/	Truncamentos bruscos
LETRAS MAIÚSCULAS	Ênfase ou acento forte
::	Alongamento de vogal
(())	Comentários do analista
-----	Silabação
Própria letra	Repetições
É, ah, ahan	Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção
[...]	Indica recortes dentro do mesmo discurso
(XXX)	Nomes de usuários, profissionais e instituições

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Koch (1997).

Nas transcrições, os entrevistados receberam uma identificação e uma codificação, atribuindo uma classificação alfanumérica, composta pela letra 'E', da palavra 'entrevista', e um número, entre '01' a '18', seguindo a ordem de realização das entrevistas.

A seguir, apresenta-se uma caracterização de cada um dos participantes do estudo, que permite identificar a escolaridade, o ano de formação, o tempo de trabalho nessa estratégia e, ainda, os quantitativos das entrevistas realizadas (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo

Identificação	Escolaridade	Ano de formação	Tempo de trabalho no CR	Tempo de entrevista
E01	Superior completo	2017	4 meses	16:04
E02	Superior completo / Especialização	2013	1 ano e 3 meses	21:33
E03	Superior completo / Mestrado	2012/2019	6 meses	14:55
E04	Superior completo	2011	6 anos	10:44
E05	Superior completo	2012	6 anos	19:05
E06	Superior completo (2) / Mestrado	2008/2016/2 017	7 anos	21:31
E07	Superior completo / Especialização	2010/2018	1 ano e 5 meses	12:16
E08	Superior completo / Especialização	1989/2018	6 anos	14:23
E09	Superior completo	2016	1 ano e 6 meses	14:23
E10	Superior completo	2012	5 anos	17:51
E11	Ensino Superior Incompleto	2020	2 anos	17:40
E12	Ensino médio completo	2009	6 meses	10:30
E13	Superior completo / Especialização (2)	2013/2015/2 019	4 anos	23:03
E14	Superior completo (2)	2014/2019	1 ano e 5 meses	09:07
E15	Superior completo / Especialização (2)	2008/ 2010/ 2013	4 anos	09:33
E16	Superior completo / Especialização	2011/2019	7 anos	18:16
E17	Superior incompleto	2016	2 anos e 8 meses	08:58
E18	Ensino médio incompleto	2012	4 anos	11:13

Fonte: Dados da pesquisa.

3.4 Análise dos dados

Os dados empíricos foram analisados, buscando revelar o conteúdo manifesto nos discursos, correlacionando-o ao referencial teórico que sustentou a descrição das categorias analíticas. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise do Discurso Crítica (ADC), para apreender a prática social dos indivíduos pela linguagem utilizada nos discursos, condicionados à historicidade, considerando a realidade vivida. Ressalta-se que os discursos refletem entidades e relações

sociais, bem como as constroem ou as constituem como entidades-chave, de diferentes modos, e posicionam as pessoas, de diversas maneiras, como sujeitos sociais (FAIRCLOUGH, 2008).

Por representar o local de sua produção, é possível, por meio da ADC, compreender o contexto social do objeto estudado e os aspectos que possam complementá-lo, assim como as ideologias utilizadas pelos grupos de domínio e as estratégias discursivas utilizadas para sua manutenção (FAIRCLOUGH, 2008; RESENDE; RAMALHO, 2004).

A ADC constitui um modelo teórico-metodológico para o tratamento de diversas práticas, na vida social. Situa-se entre a Linguística e a Ciência Social Crítica e procura estabelecer um quadro analítico capaz de mapear a conexão entre as relações de poder e os recursos linguísticos selecionados por pessoas ou por grupos sociais (RESENDE; RAMALHO, 2004; RAMALHO, 2005; TILIO, 2010).

Uma característica determinante da ADC é seu caráter emancipatório. Ao investigarem-se as relações entre discurso e prática social, busca-se desnaturalizar crenças que servem de suporte às estruturas de dominação, a fim de favorecer sua desarticulação (RESENDE; RAMALHO, 2004; RAMALHO, 2005; TILIO, 2010).

O modelo tridimensional de ADC, proposto por Fairclough, em 1989, e aprimorado, em 1992, distingue três dimensões no discurso: texto, prática discursiva e prática social. Nesse modelo, a análise é, portanto, dividida em três etapas (RESENDE; RAMALHO, 2004; RAMALHO, 2005; TILIO, 2010).

O modelo de análise do texto é pormenorizado em categorias. São categorias da análise textual: o vocabulário, a gramática, a coesão e a estrutura textual. O estudo do vocabulário trata das palavras individuais - neologismos, lexicalizações, relexicalizações de domínios da experiência, superexpressão, relações entre palavras e sentidos - e a gramática, das palavras combinadas em frases. A coesão ocupa-sedas ligações entre as frases, por meio de mecanismos de referência, de palavras de mesmo campo semântico, de sinônimos próximos e de conjunções. A estrutura textual refere-se às propriedades organizacionais do texto, em larga escala, às maneiras e à ordem em que elementos são combinados (RESENDE; RAMALHO, 2004; RAMALHO, 2005; TILIO, 2010).

Na análise das práticas discursivas, participam as atividades cognitivas de produção, de distribuição e de consumo do texto. Analisam-se, também, as categorias força, coerência e intertextualidade. A força dos enunciados refere-se aos

tipos de atos de fala desempenhados; a coerência, às conexões e às inferências necessárias e ao seu apoio em pressupostos ideológicos; a análise intertextual refere-se às relações dialógicas entre o próprio texto e outros (intertextualidade) e às relações entre as ordens de discurso (interdiscursividade) (RESENDE; RAMALHO, 2004; RAMALHO, 2005; TILIO, 2010).

A análise da prática social está relacionada aos aspectos ideológicos e hegemônicos, na instância discursiva analisada. Na categoria ideologia, observam-se os aspectos do texto que podem ser empregados ideologicamente, como os sentidos das palavras, as pressuposições, as metáforas, o estilo. Na categoria hegemonia, consideram-se as orientações da prática social, que podem ser econômicas, políticas, ideológicas, culturais. Procura-se investigar como o texto insere-se em focos de luta hegemônica, colaborando na articulação, na desarticulação e na rearticulação de complexos (RESENDE; RAMALHO, 2004; RAMALHO, 2005; TILIO, 2010).

A análise dos dados iniciou-se por uma primeira leitura cuidadosa das transcrições das entrevistas e das notas registradas pela pesquisadora, realizando a conferência de sua fidedignidade. Somente na segunda leitura foram registrados grifos e comentários a respeito dos textos, já iniciando uma seleção prévia de recortes potenciais, para ilustrar a resposta ao objetivo da pesquisa. Tais leituras foram realizadas seguindo a ordem de realização das entrevistas, iniciando pela primeira pergunta da entrevista narrativa. Em uma terceira leitura, foram realizados os recortes dos excertos discursivos organizados em categorias.

Tratou-se de uma tarefa trabalhosa, demorada, mas que buscou apresentar os dados especificamente relacionados à questão de pesquisa. Como a unidade mínima de análise em ADC é o texto, buscou-se apresentar os recortes selecionados para análise de modo que não se constituíssem de enunciados isolados, mas de trechos significativos, em seu conjunto.

Em uma aproximação com as categorias de análise da ADC propostas por Fairclough (2008), destaca-se que não se pode definir, *a priori*, que dimensões seriam utilizadas para a análise dos discursos. É sempre uma consequência do próprio texto e da questão de pesquisa (RAMALHO; RESENDE, 2011). As categorias de análise textual são formas e significados textuais conjugados a formas singulares de representar, de (inter) agir e de identificar(-se), em práticas sociais situadas. Por meio delas é possível “analisar textos, buscando mapear conexões

entre o discursivo e o não discursivo, tendo em vista seus efeitos sociais” (RAMALHO; RESENDE, 2011, p. 111-112).

Durante a análise dos dados, os aspectos discursivos - assim classificados conforme Fairclough (2001) e Ramalho e Resende (2011) - que emergiram foram os seguintes: modalidades deônticas, afirmações avaliativas, pressuposições, representações dos atores sociais, modalidades epistêmicas, presunções valorativas e temporalidade.

No Quadro 3, apresenta-se uma exemplificação de cada elemento textual discursivo que emergiu durante a análise. Optou-se por apresentar seu conceito e um exemplo de excerto do discurso.

Quadro 3 - Aspectos discursivos que emergiram durante a análise dos dados

Aspecto discursivo	Conceito	Exemplo na análise (discursos dos profissionais)
Modalidade deôntica	Refere-se ao comprometimento com a obrigatoriedade/necessidade	“a gente avaliou que a gente tinha que continuar acompanhando ela...”
Afirmação avaliativa	Mostram quais são os valores com os quais os entrevistados comprometem-se	“no fim das contas deu certo” “que são muito legais” “Eu acho que a experiência mesmo, sabe?”
Pressuposição	Proposições tomadas pelo produtor do discurso como já estabelecidas ou dadas	“eu não acho que isso se dá apenas pelo uso da substância assim” “É, tipo, brincadeira, né?”
Representação dos atores sociais	Representam os atores envolvidos nas práticas, de diferentes maneiras	“a gente” “a equipe” “o Consultório de Rua”
Modalidade epistêmica	Refere-se ao comprometimento com a "verdade"	“a mulher na cena de uso não é muito diferente da mulher na sociedade, né?”
Presunção valorativa	Elemento avaliador implícito, com emissão de valor	“te confesso que tenho aprendido muito” “sempre fui construindo muito mais, assim”
Temporalidade	Revela as séries de tipos de texto nas quais ou das quais é transformada	“Eu vou fazer agora algumas coisas de álcool” “A gente tem formações periódicas”

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Fairclough (2001) e Ramalho; Resende (2011).

Para a construção dos resultados, procedeu-se à análise dos eventos discursivos, entendidos como partes de uma prática discursiva, considerando as dimensões tridimensionais texto, a prática discursiva e a prática social, nos contextos sócio-histórico e das transformações sociais (FAIRCLOUGH, 2008; MAGALHÃES, 2004).

Seguindo as diretrizes propostas por Fairclough (2008), a análise e a apresentação do *corpus* progrediram, da interpretação à descrição, e voltaram à interpretação, em um processo contínuo, refletindo o que acontece na prática, em que as dimensões da análise, decisivamente, encontram-se superpostas na prática.

A apresentação e a discussão dos resultados foram organizadas em forma de categorias, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Apresentação das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
1. Condição materna: representação das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua	1.1 Manejo do Consultório de Rua
	1.2 Mulheres em situação de rua e as múltiplas violências
2. Consultório de Rua: espaço de cuidado para as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua	-
3. A formação e a experiência: aprendizagens adquiridas	3.1 A formação
	3.2 A experiência
	3.3 A aprendizagem experiencial

Fonte: Dados da pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos, da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 04722818.8.0000.5149), sob o parecer de número 3.338.631 (Anexo A), e pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Anexo B).

Foram respeitados todos os direitos dos participantes do estudo, garantindo-lhes a liberdade de recusarem-se a participar ou a retirarem seu consentimento, no decorrer do estudo. Aos participantes que aceitaram participar da presente pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias

(Apêndice A), que foi por eles preenchido e assinado. Também foi assegurado o caráter anônimo dos sujeitos e das instituições, que tiveram suas identidades protegidas. Ressalta-se que a fase de coleta de dados foi realizada somente após a apreciação e a aprovação do trabalho pelos Comitês de Ética.

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo foram organizados em três categorias. Na primeira, analisa-se a perspectiva dos profissionais do Consultório de Rua a respeito das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

Na segunda categoria, discute-se a atuação do Consultório de Rua, como espaço de cuidado às mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, sua atuação nas questões relativas à saúde e ao corpo das mulheres e suas articulações com as Redes e com serviços de apoio.

Na terceira categoria, apresentam-se os achados relativos ao ciclo da aprendizagem para lidar com as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, destacando os espaços, os tempos e as estratégias que permitem as experiências formativas e as transformativas dos profissionais.

4.1 Condição materna: representação das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua

As mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, foram representadas pelos profissionais, sobretudo, na sua condição materna. A referência a elas como mães, mesmo sem terem sido questionados a respeito de mulheres grávidas, revelam a denominação, na representação social do discurso. Além disso, eles trazem referências à mãe e ao binômio mãe-filho, na narrativa. Esse fato marca hegemonicamente os discursos, com relação às percepções que os profissionais têm sobre essas mulheres.

A palavra ‘gestante’ aparece como marca, no discurso dos profissionais, demonstrando que há uma associação entre ser mulher e a gestação, sendo, portanto, a primeira lembrança desses profissionais, ao serem questionados sobre mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

“P: Então vamos começar as perguntas, (XXX). A primeira é: ‘descreva uma situação vivida em que você teve que lidar com uma mulher usuária de crack e outras drogas em situação de rua’.

E01: (+4s). Eu **acho** que, assim, vieram duas pessoas na minha mente. (+1s). Uma que foi uma **gestante** que a gente... ela já tava com o... não sei quantas semanas, mas já tava mais pro fim da gestação [...] Ai... Eu me

lembro dessa situação, assim, que foi a primeira que **veio na minha cabeça**, quando você me perguntou ((risos)) ”.

“São muitas, assim. Eu... eu... agora, **assim, que me chega assim** primeiro, algo que foi muito marcante, foi de **uma mulher que tem... o filho... foi o segundo filho dela que foi... é... abrigado, né?**” (E13).

Além da palavra ‘gestante’, os profissionais citam o binômio mãe-filho e as diversas situações que ambos sofrem na rua:

“Por exemplo, essas que eu contei da **gestante**, na rua, prestes a **ter um filho... que a gente achou que ela ter o filho naquele momento...** a enfermeira ficou lá contando o tempo da... e eu lá tentando escuta, tentando acalmar...” (E01).

“Mas essa **mãe foi uma mãe** que por muito tempo ela deu conta disso e quando a **filha** tava com mais ou menos um ano e meio, ela **se desorganiza** novamente, a gente acha que essa desorganização nem vem só da questão do uso da substância e aí ela começa a **se descuidar um pouco dos cuidados da criança** o...o...o...o abrigo já fica mais próximo assim disso tudo.” (E02).

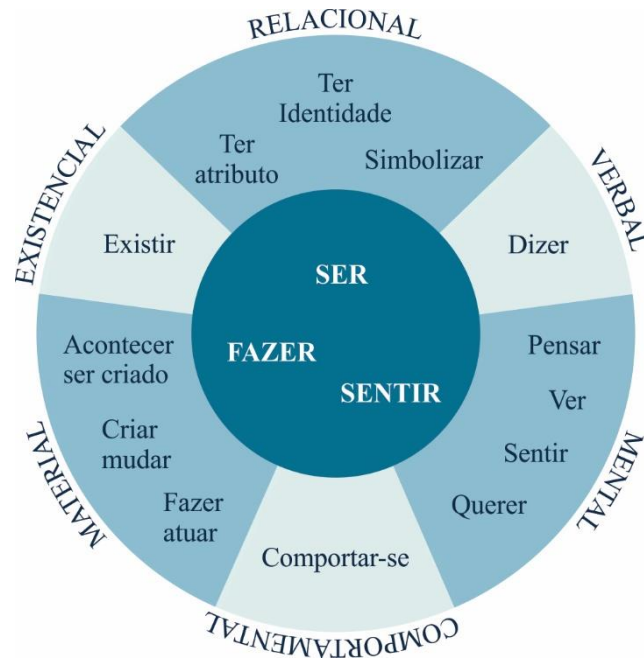
“... Essa **mulher se vinculou à equipe, teve sua criança**, foi pra um abrigo, né, pelo fato **dela estar gestante** na rua a equipe conseguiu um abrigo pra ela ficar, deu uma es... é... largou o crack até, praticamente [...]” (E04).

“Tem uma outra também que **me deixa muito assim**, que... ela... **ela traz pra equipe que não dá conta de criar os filhos, mas que não quer os filhos longe, que quer os filhos com a família, né?**” (E05).

“E eu acho é... que uma situação foi a (XXX) que era uma... ela era uma **gestante**, né, ela teve o **filho**, saiu do hospital recentemente e quando a gente re... a gente gente reencontrou com ela uma vez por acaso, ela tava **muito organizada, tava indo visitar o bebê, tinha saído da rua, a gente nem tava vendo ela na cena...**” (E07).

Utilizando a gramática da experiência, proposta por Halliday (1994) e por Halliday e Matthiessen (2004) (Figura 2), observa-se que o processo mental está presente nessas falas. Ele é capaz de representar a experiência interna (lembranças, reações, reflexões e estados de espírito) por meio do lembrar, do pensar, do imaginar, do gostar e do querer. Ao serem questionados sobre mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, esses profissionais frequentemente trazem à mente lembranças de situações e de sofrimentos que gestantes, mães e seus filhos passam na rua.

Figura 2 - Tipos de processos nas orações



Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos de Halliday (1994); Halliday; Matthiessen (2004) e de Cunha; Souza (2007).

Os profissionais referem-se a essas mulheres e mães com sentimentos de estranheza, frente à condição materna na rua. Tratam-na como diferente, não natural e não esperada, visto que estão passando pela gestação na rua.

Os profissionais mencionam que os casos de mulheres em condição materna e usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, são difíceis, negativos e complexos, revelados pelas categorias linguísticas de modalidades epistêmicas, com ênfase nos sentimentos de angústia, de surpresa, na dificuldade, como algo que os marcou profundamente. A trajetória é contada demonstrando as estratégias que foram usadas para manejar da melhor maneira esses casos.

Alguns profissionais citam situações relacionadas à condição materna das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, como algo marcante, denotando um sentimento de maior importância e de maior valor afetivo e emocional.

Os trechos marcados, a seguir, com o uso das expressões 'assim', 'muito' e 'bem' reforçam que ser mãe, no contexto da rua, não é uma condição habitual, esperada, mas tem uma característica que chama a atenção e que causa surpresa.

“...foi uma coisa que me **marcou assim**, foi uma coisa que aconteceu a pouco tempo até... recentemente!” (E01).

“É... mas uma situação que me **marcou muito**, foi uma usuária que talvez as meninas tenham falado também, que... tava gestando!” (E03).

“Como que elas... que elas desenvolvem mesmo, SOBREVIVEM nessa cenas, assim. Eu acho que isso **me marca o tempo todo**.” (E05).

[...] Então eu acho que principalmente o que **me marca** nos atendimentos com as mulheres são essas... pequenas falas que a gente... escuta e, no caso, da (XXX) é isso, assim. Cada carta que ela deixa ou cada fala tem, assim, **um ponto, assim, que PEGA**.” (E14).

“Nossa! É... Foi uma vez que eu... tava indo pegar o trabalho e aí... **várias, tem várias**, viu, mas eu vou descrever essa que... essa que **marcou muito**, porque ela era uma gestante, né?” (E18).

Os trechos marcados com as palavras ‘também’ e ‘todos’ expressam que havia alguns casos que os marcaram, mas que o citado era apenas mais um entre tantos, demonstrando o quão comum é essa situação, na atuação do Consultório de Rua.

“Agora de uma gestante... é... que **me marcou também**, é uma usuária que a gente acompanhou durante um tempo, na verdade.” (E04).

“É... **Várias, né?** Gestantes e às vezes que de tá ali e de dizer talvez que a **única água que ela deu na gestação é a água que a gente levou**, isso eu acho que **também me marca assim!**” (E05).

“Ah! **Todos me marcam**. As mulheres na cena **me marcam, assim**. Eu acho que elas têm um... um... uma presença **muito diferente** na cena, assim, elas têm uma estratégia de sobrevivência **muito diferente**, assim, da figura masculina, assim, do outro gênero.” (E05).

O advérbio de intensidade ‘mais’ denota uma ênfase, no caso específico citado, revelando um reforço valorativo por parte do entrevistado. Além disso, as frases ‘estar às voltas’ e ‘ficou assim pra mim’ demonstra algo que ainda está preocupando e que, portanto, é um caso com maior valor.

“São esses, assim, que me **marcaram mais!**” (E04).

“Mas **foi um caso que ficou pra mim**, porque foi um caso... foi **muito**... (+2s) mudou **muito**, sabe, **em pouco tempo**, assim. E apesar de conhecer e de ter um certo vínculo, **pouco**, não foi uma paciente que a gente acompanhou... (+2s) **mas isso ficou, assim, pra mim**. Pela... pela... **pela desorganização**, né, do quadro associado ao uso, é [...] **Esse foi... é um caso pra mim que tá, assim, pra mim... que eu tô às voltas com ele!** (+3s).” (E07).

Uma situação pertinente à condição materna das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, foi relatada, demonstrando o sentimento de

angústia dos profissionais, em relação à tomada de decisão sobre a conduta e ao seguimento do plano da Redução de Danos, para o cuidado da mulher. A angústia também é citada em relação à falta de acesso, de estrutura e, principalmente, de distribuição dos serviços de saúde no território:

“... E a gente segue o acompanhamento, porque por mais que a gente trabalhou a redução de danos e construímos diversas questões importantes com ela, **ela tava ainda numa situação de fragilidade, assim, não tava com tanta autonomia** e a gente avaliou que a gente tinha que continuar acompanhando ela, assim, **mas foi um pouco angustiante**” (E02).

“... uma mulher que tem... o filho... foi o segundo filho dela que foi... é... abrigado, né. [...] numa sexta-feira que ela foi visitar o filho, o filho não estava. E aí ela chega até a gente desesperada, chorando, como é que ela ia fazer pra poder saber como, onde que o filho tinha ido [...] Ela tava amamentando, então ela tinha leite, né, as mamas... molhadas, assim... ela chegou a molhar a roupa dela. Então, assim, são uns **pontos dolorosos mesmo**, né, que a gente se depara.” (E13).

“A **impotência** de saber que é **pouco** as perna... é **pouca!** (+3s). ((chora)). Que as perna **as vezes não vai muito além** e que não dá pra abraçar o mundo ((bate na mesa e chora)). Então isso também **mexe muito**, assim.” (E05).

Ao narrarem, analisarem e refletirem sobre os casos em que atenderam às mulheres em condição materna, nas ruas, os profissionais demonstram sentimentos negativos, através de orações mentais, de algo que os marcou muito, e dão ênfase em alguns casos, evidenciando-se, assim, nos discursos, que estão experienciando questões que são materializadas pelos usos principalmente de atributos e circunstâncias, além de muitos operadores argumentativos.

A denominação na representação social do discurso e as modalidades deônticas presentes nesses excertos demonstram as percepções e os sentimentos de obrigação e necessidade de atendimento que os profissionais têm, frente à condição materna das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua. Revelam que a gestação é algo que merece atenção, em todas as situações de vida das mulheres, em geral, mas que, ao depararem essa situação, na rua, os profissionais têm uma maior preocupação; devido a isso, a ocorrência é algo que os marca profundamente e que lhes causa surpresa.

Ao serem questionados sobre mulheres em situação de rua, a maioria dos profissionais citou, em primeiro lugar, as gestantes e o binômio mãe-filho, o que demonstra a magnitude desse problema e de suas consequências e evidencia essa situação como algo muito frequente.

Os profissionais citam que ser mãe na rua é algo coberto de desafios e carregado de sentimentos. Esses sentimentos revelam que lidar com essas mulheres não é uma tarefa fácil e que exige um nível de comprometimento e de acolhimento ainda maior do que o necessário nas demais situações. Além disso, há uma relação predominante na sociedade de que o cuidado e responsabilidade acerca das responsabilidades da família e dos filhos devem ser exercidas pela mulher, levando em conta, então, uma análise de gênero. Essa questão aumenta ainda mais os encargos da mulher e, conseqüentemente, sua condição de vulnerabilidade.

Os profissionais, muitas vezes, dizem-se despreparados para atuarem com essas mulheres. É necessário, assim, prover treinamento profissional adequado para os trabalhadores de saúde, especialmente sobre o direito à saúde reprodutiva das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade, durante a gravidez e o parto, bem como o atendimento de emergência feito a tempo.

É preciso, também, quebrar os preconceitos e os estigmas frente a essas mulheres em condição materna na rua. Só assim terão o amparo e o atendimento adequado às suas necessidades. É preciso fortalecer as políticas públicas existentes e fomentar a criação de espaços adequados para que essas gestantes tenham proteção e auxílio, durante a gestação, o parto e o puerpério.

Ao analisarmos a literatura, encontramos um olhar conservador de Marçon, Oliveira e Januzzi (2018) acerca das políticas públicas para as mulheres. Há uma dicotomia produzida entre a figura da mulher do lar e a da mulher em situação de rua que se expande, gerando dois grandes vetores de força que podem ser observados, na produção da subjetividade da mulher.

Essa dicotomia fica nítida, ao observarmos que, quanto mais amplo o investimento nos cuidados em saúde, para a manutenção de uma mulher saudável (com recomendações específicas para o cuidado da casa e dos filhos), maior a quantidade de prescrições e de procedimentos apresentados (como práticas de aleitamento, ideais de maternidade e controle da sexualidade). Forma-se um diagrama de poder que controla a conduta e garante a vigilância do cumprimento dessas recomendações, passando a compor uma ideia específica de feminino.

Com relação às mulheres e à rua, Marçon, Oliveira e Januzzi (2018) identificaram um conjunto de regras e de normas sobrepostas que constituem, hoje, no Brasil, as Políticas e os Programas que têm como objeto a população em situação de rua: quanto sobrecodificam-se desejos, esquemas, estratégias e

manobras das “autoridades profissionais”, com o propósito de moldar opiniões e condutas, em uma direção indicada pelos códigos sociais vigentes. Busca-se atingir esse objetivo, atuando sobre as vontades e os desejos das pessoas que constituem essa população, sobre as suas circunstâncias e sobre o seu ambiente, a fim de produzirem-se sujeitos aceitos socialmente, dentro das próprias capacidades e regras morais ditadas pelas políticas e pelos programas do sistema público, o que acaba garantindo os direitos de acesso ao cuidado por essas pessoas.

4.1.1 Manejo do Consultório de Rua

Em geral, as situações descritas culminaram em uma abordagem que ora bem-sucedida, ora não. Os profissionais emocionaram-se nas entrevistas, relatando as dificuldades para lidar com essas mulheres.

Por meio da narrativização (FAIRCLOUGH, 2003; RAMALHO; RESENDE, 2011), os discursos revelam como é realizado o trabalho do Consultório de Rua, na abordagem e no manejo dessas mulheres. Ao relarem suas experiências, em uma estrutura de sucessão de fatos, os profissionais vão mostrando como a equipe atua, as tecnologias que usa, como acionar a Rede de apoio, a extensão junto à família, como atuar intersetorialmente e as mudanças necessárias, dentro da estrutura do Consultório de Rua, para adequarem-se a casos específicos, dentre outros.

O trabalho do Consultório de Rua é mencionado como algo essencial para o atendimento das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, mas não é possível realizá-lo, sem a ajuda de uma Rede intersetorial, como relatado nos trechos a seguir:

“... E aí a gente foi e fez o... a coisa de **chamar o SAMU**... só que aí não tinha ambulância e tal, aí **apareceu a comunidade** pra poder... **algumas pessoas que moravam ali perto apareceram**, porque **a gente tava sem a nossa van**.” (E01).

“...**mas foi possível o cuidado** a partir do momento que a gente **aciona** uma **Rede** e que a Rede **constrói junto!** Sabe? É, na época, a gente acionou o **Consultório de Rua**, a **Coordenação da Saúde da Mulher**, **Coordenação de Saúde da Criança**, é... todos os serviços, assim, possíveis foram acionados e **conseguimos um desfecho MUITO bom**, porque a Rede **abraçou e acreditou**.” (E02).

Ao dizer da intersetorialidade na prática, analisa-se o uso da Rede comunitária e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como possibilidades de atendimento à população. No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)(BRASIL, 2006; 2015) é considerada a primeira normativa oficial a indicar a intersetorialidade como estratégia para a produção e a promoção de saúde (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Ela indica a necessidade de envolvimento dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores dos territórios, na produção de subjetividades mais solidárias, corresponsáveis e participativas, por meio da mobilização de recursos humanos, financeiros, territoriais e políticos, para a garantia da saúde e da cidadania como direitos humanos (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Em termos objetivos, compreende-se que a intersetorialidade afirma-se, em práticas contextualizadas e relativa a problemas reais, sendo apoiada por diferentes atores sociais e, portanto, somente por meio destes pode ser empreendida. O conhecimento e o saber articulados são produzidos em arenas dialógicas - entendidas como espaços de diálogo e de elaboração de alternativas para as problemáticas elencadas a partir dos diferentes sujeitos envolvidos -, nas quais distintos interesses, perspectivas e valores são colocados em jogo (AKERMAN *et al.*, 2014). O compromisso concreto a ser assumido pelas equipes de saúde, de outras políticas sociais e das comunidades, nessa proposição, portanto, é o do exercício cotidiano da corresponsabilização pelo cuidado, pela construção de projetos de vida e pela garantia dos direitos da população atendida (BRASIL, 2014; 2014b).

Os profissionais citam que existem casos que necessitam de mudanças nas regras de funcionamento do Consultório de Rua, visando a um melhor acesso, à criação de vínculo e ao atendimento às mulheres em condição materna:

“Mas a gente já tinha desdobrado várias coisas, assim, a gente já tinha acionado a família extensa dela, a gente já tinha mudado um procedimento do Consultório de Rua, porque a gente, como a gente é Consultório de Rua a gente não faz Pré-Natal na rua, mas eu tenho formação de Enfermagem Obstétrica, então eu tenho material e tal [...] Aí eu pedi autorização para a minha chefe e... tinha conversado com minha equipe também para que eu levasse o material para fazer o Pré-Natal, para começar o Pré-Natal dela lá no parque e também abrir o SISPRENATAL dela no sistema, assim. (...). É... mas a gente tentou várias abordagens... ela falava que ela queria tomar chup-chup... [[Ah! Eu conversei com vocês se vocês me derem chup-chup!]]. E aí uma das técnicas da equipe foi lá, ficou o final de semana, fez o chup-chup pra ela e na segunda-feira ela levou e ela... ela falava que: [[Ah! A tarde ela já

tinha usado várias vezes, então era pra gente ir de manhã!]] **Aí a gente mudou nosso horário num dia pra ir de manhã.**" (E03).

"No primeiro momento, **a gente chegou e ofereceu um copo d'água, foi bem assim desinteressado [...].** Num segundo momento, **a gente chegou, uma água, um pirulito, um pouco de conversa.** Aí com o tempo essa mulher se vinculou à equipe, **a gente foi chegando devagar, né, com cuidado, é...oferecendo para aferir pressão** e o vínculo foi se estabelecendo." (E04).

"O Centro de Saúde entra em contato com a gente, **a gente faz uma busca dela que o teste de HIV dela tinha dado positivo e aí a gente fez a busca [...]** pra médica dar a notícia pra ela, né, e nisso **ela pediu pra que eu entrasse com ela dentro da sala, dentro do consultório.**" (E15).

Ao dizerem da necessidade de mudanças nas regras e do contexto de trabalho do Consultório de Rua, discute-se a singularidade do cuidado aliada ao Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e que leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo (BRASIL, 2013a).

Brasil (2013a; 2013b) reforça que a utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, de reflexão, de discussão, de compartilhamento e de corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos poderes e dos conhecimentos.

Com relação ao rearranjo do cuidado que se faz necessário na saúde, para possibilidade de acesso ao sujeito, Brasil (2013b) sinaliza que são inúmeras as ferramentas utilizadas pelos profissionais, para atender às pessoas em situação de rua, entre as quais se emprega a escuta, o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização. Por meio da escuta e do acolhimento efetivo é construído um vínculo com os sujeitos, para a produção de um plano de ação compartilhado e composto por um conjunto de intervenções que seguem a intencionalidade do cuidado integral à pessoa. No PTS, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Ele deve ser elaborado

com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional a respeito das múltiplas dimensões do sujeito (BRASIL, 2013b).

A prática da corresponsabilização, ou seja, a responsabilização compartilhada entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços busca contribuir para a integralidade do cuidado à saúde, principalmente, por intermédio da ampliação da capacidade de análise e de intervenção acerca dos problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2013b).

Para alcançar essa corresponsabilização, os trabalhadores de saúde precisam socializar, trocar experiências, compartilhar informações, orientações, de tal forma que os usuários e os familiares sintam-se empoderados e com capacidade para desenvolver o autocuidado, a autonomia e a responsabilidade pela sua própria vida (BRASIL, 2013b).

Ao citarem-se as tecnologias de cuidado utilizadas para o atendimento das mulheres em situação de rua, podemos notar o uso das tecnologias ditas leves, conforme entendimento de Emerson Merhy (1997).

As tecnologias leves de cuidado são ferramentas utilizadas na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários, que permitem a produção de relações entre o profissional e o usuário, mediante a escuta, o interesse, a gestão como forma de orientar processos, a construção de vínculos, a confiança e o gerenciamento (MERHY, 1997). Pode-se notar, então, conforme explicitado anteriormente, que as tecnologias utilizadas no manejo do Consultório de Rua são as mesmas sinalizadas por Merhy (1997), como importantes fontes de contato com os usuários.

A família extensa é citada como peça fundamental para evitar a perda dos filhos, a manutenção do vínculo e também a redução de danos. Os profissionais demonstram a potência dessa instituição frente às políticas e aos serviços, como mostram os fragmentos a seguir:

“[...] ela traz pra equipe que não dá conta de criar os filhos, mas que não quer os filhos longe, **que quer os filhos com a família**, né? [...] **Ela demanda isso da equipe...** a equipe **ainda trabalha no caso**, né? A família tá com as crianças, mas **ela traz isso o tempo todo assim. ((chora)).**” (E05).

“Então, a princípio, ela falava que... que não tinha condições de cuidar dessa filha, que ela tava até com o intuito de doá-la na época, né. Ela chegou, inclusive, a ofertá-la até pra mim **((emocionada))**, **assim, pelo vínculo ela queria que eu ficasse com o bebê e aí a gente constrói isso**

juntas que... que eu não era a pessoa ideal, que o ideal era que ela voltasse pra casa, que ela conseguisse, né, retomar o vínculo familiar para que a criança pudesse estar no seio familiar e não com... com terceiros e tal! “ (E10).

“Hoje ela não está com essa criança, ela voltou pra **cena de uso**, mas mesmo assim é **uma criança que não foi institucionalizada, ela tá na família extensa**. A gente, inclusive, visita essa criança **independente da mãe dela**, a gente visita a mãe que tá na cena de uso, mas ainda tem o contato com... com essa criança dela, assim.” (E16).

“E aí ela queria conversar comigo, **eu aguardei ela usar**, e aí **ela queria conversar e falou que tava grávida e tal**. E a partir daí eu **acionei a equipe** e a gente **começou a fazer um acompanhamento do pré-natal até ela ficar com a criança e quase perdeu a criança por causa dessa...** de uma **Portaria** que soltaram, mas aí **nós fizemos** contato com a **família** e o **menino hoje tá com a vó**, que é a mãe dela, né? (++)” (E18).

Algumas condições maternas mais vulneráveis são citadas de maneira mais enfática, denotando juízos de valor e, conseqüentemente, tecendo discursos diferentes sobre elas. As afirmações avaliativas mostram quais são os valores com os quais os entrevistados comprometem-se.

Alguns profissionais avaliam de forma positiva a resolução e a conduta dos casos de mulheres, para que elas não percam seus filhos.

[...] Aí... mas **aí no fim das contas deu certo**, a gente conseguiu levar ela, **mas ela não teve o bebê nesse momento**, mas ela enfim...foi uma **coisa que me marcou assim...**” (E01).

“É... E assim dentro das possibilidades a gente vê inúmeros casos, assim, que... que... **que são muito legais**, assim,...**de crianças muito vinculadas a família, de um cuidado... real, assim... que tem capacidade protetiva, inclusive mães que conciliam o uso com a maternidade e que ok assim.**” (E02).

“Teve outro também que a gente acompanhou essa é um **caso positivo**. Chegou a demanda pra gente do Consultório de Rua de uma mulher **super arredia** na sua 11ª gestação, se eu não engano [...] **Super arredia, não conversava com ninguém, não aceitava tratamento, não aceitava nada** e chegou essa demanda pro Consultório de Rua **tentar fazer um vínculo com essa mulher e chegou com um alerta pra gente tomar cuidado, porque as vezes ela era agressiva [...]** Hoje ela foi abrigada, deixou o uso do crack e aí recuperou a maioria dos filhos, está bem, trabalhando e ajuda outras mulheres do abrigo, assim. Então esse **caso foi bem positivo.**”(E04).

A perda dos filhos, apesar da tentativa dos profissionais de solução dos casos dessas mulheres, é algo citado com uma avaliação negativa, que afeta a equipe e impacta fortemente na vida dessas mulheres, conforme mostrado nos excertos a seguir:

“Olha, quando... quando eu conheço ela... conheço essa mulher... conheço ela na maternidade, né? Antes de estar no Consultório, assim... E a fala dela o tempo inteiro... É um... um... **um corpo que de você olhar assim você vê que tá mal... e não é mal de magreza, de uso, é mal de tudo assim**, e ela fala assim: **[[Pelo amor de Deus eu não posso perder minha filha! Uma mãe não dá conta de...de viver sem... o filho!]]**. E ela fala assim: **[[Pelo amor de Deus não tira minha filha de mim! Não tira minha filha de mim!]]**.” (E02).

“De uma outra paciente... que... ela acaba... ela era de situação de rua, ela estava em situação de rua, **ela se organiza...** vai prum... pra uma ocupação e mora com esse companheiro, o companheiro continua olhando carro e ela fica nessa ocupação com essa criança. Ele demora a chegar em casa, **ela vem atrás dele, desentende com ele ali na rua e faz um uso prejudicial, ela tava reduzida, mas um uso prejudicial naquele momento e um pouco intoxicada...** (+2s)... e as pessoas da região chamam, acionam o Conselho Tutelar pra ela, né? A guarda vem junto com o Conselho Tutelar e leva ela... e e ela faz uma pergunta pra equipe, assim, **que eu acho que marcou muito também. É... [[Porque que eu, tô aqui na rua, um pouco alterada...]], [[...e meu filho é retirado?]]**. (...) **Então essa cena eu acho que fica bem marcante assim junta o leite e a lágrima e os questionamentos, assim. Achei que foi bem... forte.**” (E05).

“O caso da (XXX), por exemplo, que é uma usuária que a gente, que eu já conheci, mas que era já acompanhada pelo Consultório de Rua há muito tempo por uma gestação na rua. Muito... acompanhada muito próxima do Consultório de Rua **depois que essa menina nasceu ela volta pra casa, né.** É... E aí ela estando em casa e buscando se organizar pra ficar com a menina, isso em Vespasiano, **e a gente tentando fazer uma construção com a Rede ali do município, o Conselho Tutelar pega a menina por uma denúncia de vizinhas. É... Foi, foi muito difícil esse...esse período também, porque é...foi uma intervenção, ao nosso ver, equivocada, e que custou alguns anos de trabalho, né?**” (E07).

“E aí a **gente tentou de todas as formas**, assim, entre **abrigo e hospital** pra... ver se... se essa mãe conseguia a guarda dessa criança de volta, mas assim, as burocracias foram tantas, as exigências foram tantas e até a distância também do abrigo [...] **Várias condições, inclusive, a irmã dela foi pra falar do desejo de ajudá-la a cuidar dessa criança, mas, assim, nada adiantou e a gente nunca conseguiu entender o porquê** que essa mãe que era assistida por nós [...] **e esse direito foi negado a ela, assim.**” (E16).

A narrativização e as afirmações avaliativas apresentam o manejo do trabalho do Consultório de Rua frente à condição materna das mulheres em situação de rua, revelando a prática social do discurso.

Os profissionais citam que a gestação na rua é cercada de diversos desafios, entre eles a falta de acesso a serviços de saúde e a insumos, a fragilidade do corpo da mulher, a violência, a falta de preparo da mulher, o uso abusivo de crack e de outras drogas, durante a gestação, os entraves com a Rede de saúde e a Rede assistencial e o atendimento pouco qualificado, nos abrigos para as mulheres grávidas. Ao mesmo tempo, revelam que é preciso fortalecer o trabalho em equipe,

a Rede, como um todo, e a família extensa, para que esses desafios sejam superados.

O excerto E16 evidencia uma luta discursiva entre duas práticas muito presentes no país. A primeira é denominada práticas jurídicas e assistenciais, onde a Justiça e as instituições criam barreiras e leis que impedem que a mãe usuária de droga fique com seu filho. E a segunda, denominada de práticas cotidianas, onde profissionais e família se esforçam para manter a criança com a mãe ou, pelo menos, no seio familiar, utilizando como premissa o discurso do cuidado.

Comitê Pop-Rua (2018) aponta que é necessário proporcionar a todas as gestantes e às mães, nos períodos pré e pós-natal, assistência à saúde, com trabalho em Rede, articulando os serviços de saúde, a assistência social e os recursos da comunidade, com o objetivo de garantir a assistência integral ao recém-nascido e à mãe e de fortalecer o vínculo materno e a integração de todos na família natural. Além disso, garantir condições de moradia ou espaços de acolhimento para mulheres gestantes e puérperas, em situação de rua, a fim de manter o vínculo familiar e garantir o direito de ser mãe. Ressalta, por fim, que as equipes multidisciplinares de saúde e assistência social devem organizar-se, mutuamente, dentro e fora da instituição hospitalar para, de maneira efetiva, colher as informações sobre a gestante e sobre sua família extensa, a fim de atuarem na promoção, na proteção e na defesa do direito de crianças e de adolescentes à convivência familiar e à comunitária. É desejável que isso ocorra antes do nascimento e é imprescindível que esse direito seja resguardado, em todo o processo da gravidez e, sobretudo, após o nascimento.

Estudos mostram que, presentes três condições humanas, a de ser/estar mulher, a de estar gestante e a de estar usuária de crack e de outras drogas, uma prática violadora de direitos humanos tem-se mostrado comum: a recomendação dirigida aos profissionais de que, diante do não início ou da interrupção do pré-natal, seja a mulher denunciada à vara da infância, que então julgaria não sobre crianças e adolescentes, pois nem nascidas ainda estariam (COMITÊ POP-RUA, 2018).

O Comitê Pop-Rua (2018), que foi instituído pelo Decreto n. 53.795 de 2013, é um órgão colegiado de composição paritária entre Governo e sociedade civil, que visa construir a política municipal voltada à população em situação de rua. Esse Órgão afirma que, em reiterados episódios ocorridos, em distintas capitais do país, tais práticas acabaram resultando em impositiva separação dos recém-nascidos das

suas mães, em suspensão ou em quebra do poder familiar, sem atenção ao cuidado sobre uma e sobre outro; ou seja, se a finalidade era garantir o direito à saúde de ambos, nenhum dos dois - mãe e filho - tem os direitos garantidos; pior, têm os direitos humanos básicos brutalmente violados. Valem as seguintes reflexões:

a. Violação do direito à convivência familiar e à comunitária: a prática descrita viola esse direito especial de crianças e de adolescentes, principalmente durante o primeiro ano de vida, quando desenvolvimento deve ocorrer, prioritariamente, segundo os direitos de escolha da mulher e a condição peculiar do recém-nascido.

b. Violação do direito de escolha da mulher: a condição materna não deve ser compreendida como obrigatória e natural. À mulher gestante e nutriz cabe, assim, antes de tudo, o direito de fazer escolhas acerca de todos os modos e os estilos de vida que deseje ter. A composição dessa vida com as necessidades de uma pessoa recém-nascida deve acontecer na dimensão do cuidado, da orientação e, quando desejado, do fortalecimento de vínculos.

Analisando, segundo Halliday (1994) e Halliday e Matthiessen (2004), os processos existentes na linguagem, nas orações dos profissionais do Consultório de Rua sobre o manejo do Consultório de Rua, para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, observa-se a presença dos processos do tipo relacional.

Os processos relacionais são constituídos por tipos de oração utilizados para representar seres, no mundo, em termos de suas características e de suas identidades, ajudando na criação e na descrição de personagens e de cenários, em textos narrativos, e contribuindo na definição de coisas e na estruturação de conceitos (HALLIDAY, 1994; HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). Nas entrevistas sobre a condição materna, essas orações, constituídas pelos verbos 'ser' e 'estar' apresentam quem é a mulher usuária de droga, em situação de rua, e quem são os profissionais que as atendem.

A representação dos atores sociais (VAN LEEUWEN, 1997; RAMALHO; RESENDE, 2011) é outra categoria de análise do texto, relacionada ao significado representacional desses atores construídos por discursos de pessoas particulares e a partir de determinados pontos de vista. As representações dos atores sociais, nos textos, podem ter, desse modo, implicações ideológicas. Esses atores sociais podem ser incluídos ou excluídos do texto de diferentes formas (VAN LEEUWEN, 1997; RAMALHO; RESENDE, 2011).

Nas entrevistas, os atores sociais foram incluídos por ativação (VAN LEEUWEN, 1997; RAMALHO; RESENDE, 2011). As mulheres foram incluídas, nos discursos, na categorização por funcionalização, representadas apenas por suas funções de mãe e de gestante. Os profissionais do Consultório de Rua, como atores sociais, foram representados ativamente como responsáveis pelo manejo do trabalho. O uso das expressões 'a gente', 'equipe' e 'Consultório de Rua' foram utilizadas para referência à equipe do Consultório de Rua, dando, portanto, voz a quem realizava os trabalhos.

Há exclusão da representação de vozes por supressão (VAN LEEUWEN, 1997; RAMALHO; RESENDE, 2011), por exemplo, das autoridades do Estado. Não há menção a qualquer autoridade responsável por assegurar o funcionamento das Redes assistencial e da operacional, no que diz respeito ao atendimento a essas mulheres. Muitas vezes, a culpa foi colocada nos funcionários desses serviços, sem a menção de leis e de diretrizes vindas do Estado que as determinavam, isentando-o da responsabilidade pelo atendimento a essas mulheres. Pode-se notar, além disso, a supressão do papel da mulher como responsável pelo seu próprio cuidado, diante de sua condição materna, dando um destaque maior apenas ao papel do Consultório de Rua.

Esse é um dado ideologicamente relevante, que revela a dissimulação por eufemização (THOMPSON, 2002; RAMALHO; RESENDE, 2011), na qual as relações de dominação das mulheres, em sua condição materna, e dos profissionais dos serviços pelo Estado são ocultadas, negadas ou obscurecidas, causando uma valoração positiva das instituições e de suas ações. O impacto gerado não permite entender que há uma negativa por parte do Estado em atender aos direitos dessas mulheres e em criar leis que as protejam.

Há, também, nos relatos, a referência ao modo de operação da ideologia da fragmentação por diferenciação (THOMPSON, 2002; RAMALHO; RESENDE, 2011), que acontece por meio da ênfase nas diferenças em grupos. A retirada dos filhos dessas mulheres usuárias de substâncias psicoativas é algo marcante e revela o pouco preparo, o descaso, os preconceitos e os estigmas dos profissionais que atendem a essas mulheres, na Rede, devido ao simples fato de serem usuárias de crack e de outras drogas e de estarem em situação de rua. É evidente, nos discursos, que há uma diferença no tratamento dispensado a essas mulheres. São constantemente vigiadas. Ao primeiro desliz, seus filhos são delas retirados, sem

ao menos dar-lhes o direito de escolha e de despedida. Nota-se que a exposição de suas vidas, na rua, torna essas mulheres mais vulneráveis. Até a vigilância e a fiscalização quanto ao cumprimento das leis difere daquelas exercidas sobre as mulheres que vivem dentro de casa.

Ao analisarmos os dados, observa-se que apareceram algumas barreiras que se destacaram como fatores que dificultaram o desfecho esperado; ou seja, a mãe ficar com o filho. Há um sentido, na lei, que a torna diferente para as mães que têm casa e usam drogas e para as mães que vivem na rua.

A condição materna das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em condição de rua, é um evento marcante para os profissionais do Consultório de Rua. Isso ocorre pelo fato de serem mulheres, gestantes, de perderem seus filhos, além da presença de transtornos mentais que as levam para a rua. O Consultório de Rua tem atuado nesse manejo, procurando estender o cuidado à família, acionando a Rede de Atenção à Saúde e Assistência Social e fazendo modificações no próprio serviço.

Essas ações são muito importantes para um melhor atendimento à condição materna das mulheres em situação de rua, mas ainda há muito o que fazer. Isso é um enorme desafio, visto que é necessária uma luta constante a favor de uma gestação segura e de qualidade, na superação de preconceitos e de estigmas e no acionamento de Redes de apoio, para a construção de políticas públicas que as atendam integralmente.

4.1.2 Mulheres em situação de rua e as múltiplas violências

Os profissionais do Consultório de Rua revelam que as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situações de rua, sofrem múltiplas violências, entre as quais as sexuais, as físicas e as institucionais.

A violência sexual sofrida pelas mulheres é descrita na ocorrência dos estupros, que muitas vezes acontecem enquanto dormem, encobertos pela “preferência” da mulher por ter um companheiro que a estupra, mas que a “protege”, a ser estuprada por vários. Os trechos a seguir mostram esse tipo de violência:

“As **cen**as de abuso também são cenas **muito difíceis** [...] teve uma que foi assim que **ela tava dormindo e chega um homem armado e a estupra, né?** [...] Ela contando que... ela ficava, ela dormia só num ponto e fora, assim, distante da cena de uso... e outras ruas que eram... ruas,

assim, mais ermas [...] e ela **tava dormindo quando o homem acorda ela e a estupra.**” (E13).

“Eu acho que **uma coisa que me impressiona, assim**, quando eu penso em mulher em uso e em rua, **assim**, é uma frase que às vezes que escuto muitas mulheres que estão na rua [...] **tem sempre um companheiro, uma pessoa pra tá com elas acompanhando e outro dia eu escutei uma frase que eu acho que eu nunca vou esquecer** que é: **[[É melhor ser estuprada por um do que por trinta!]]**. Então, eu acho que, sempre me... me pega, assim, é a vulnerabilidade da mulher quando ela tá na rua, assim. É isso o principal ponto! E em uso, principalmente!” (E14).

Os profissionais citam que a violência física se apresenta por meio de ameaças de morte, de agressões, como queimaduras e cortes, pelas situações em que as mulheres são feitas reféns e pelo próprio homicídio, conforme excertos abaixo:

“[...] quando eu cheguei no Consultório de Rua **a gente perdeu uma mulher que foi assassinada no território** também e a gente **fica escutando** as histórias, né... **a gente não sabe muito bem** o que aconteceu, mas ela (+2s)... fazia... ela é... fazia... era profissional do sexo e tava na pista e aí **parece que um cara não quis pagar** assim... e aí ela pegou o celular dele e aí ele voltou e esfaqueou ela e enfim (+2s)...” (E01).

“Ow... Ah! São muitas, né? São muitas! Mas eu acho que teve um caso, assim, **muito difícil** que a gente teve de... **acompanhou** que é da (XXX), eu esqueci o sobrenome dela [...]É... (XXX). Ela **visivelmente** saúde mental, né? [...] e **a gente sempre via ela em algum momento agredida, né? Ou por parceiros ou por alguém do território...**” (E06).

“[...]a gente acordou ela e aí essa mãe,**entre aspas, né**, falou assim: **[[Oh! Leva ela embora, tem que levar ela embora hoje, porque ela tá ameaçada, o pessoal do tráfico vai vir aqui e vai matar ela, porque eles já sabem que ela tá aqui!]]**...” (E06).

“Já teve caso de... (+2s) **de um homem dever, ficar devendo e colocar a mulher na roda pra pagar**, ou então, tipo assim, falar pra ela é... **[[Fica aqui no parque que eu vou... que eu vou lá buscar o dinheiro e vou voltar]]**, e aí **ela fica enquanto REFÉM, né?** E o cara não volta! E aí teve uma vez que a gente tava fazendo campo no parque e chegou uma **mulher desesperada** falando isso com a gente. **[[Ow, tem um cara passando a faca na... na... no chão, tipo, amolando a faca, porque se o cara não voltar ele vai me matar!]]**. E a gente tentou tirar ela do território, mandou pra um abrigo de outra regional pra ver se ela ficava **VIVA, né, por aquele dia** (+2s).” (E11).

A violência institucional revela-se atrelada às demais. É representada, nas falas, nos relatos da falta de acesso aos serviços públicos, em geral, da negligência por parte dos profissionais e da falta de equipamentos, em alguns territórios, conforme demonstrado a seguir:

“De se manter, de, às vezes, **forjar gravidez pra se manter naquele território e pra não ser agredida** (+2s). Várias coisas assim (+2s). Falha também dos equipamentos, né? Uma vez a gente atendeu **uma moça...**

(+3s) que... depois ela não foi aceita. Ela estava... **estava já com o corpo queimado pelo companheiro...** e... ela é atendida num AD [Cersam Álcool e Droga] e o **AD faz esse contato com o abrigo e o abrigo não aceita ela. O Consultório de Rua chega nesse momento que ela está na porta do abrigo pedindo pra entrar e o Consultório de Rua faz a articulação também e eles não deixam ela entrar.**” (E05).

“E uma história que eu não tava no dia, **mas que eu fiquei muito... (+2s) muito tocada, assim,** foi de uma usuária que a gente atende, que é a (XXX), que ela chega na UPA Nordeste dizendo que **ela tava abortando,** o pessoal da UPA por já conhecer ela, fala que ela é caso de saúde mental, transfere ela pro AD [Cersam Álcool e Droga], **transfere não, fala assim:** [[Vai pro AD que aqui não é lugar procê não!]], **não acreditam nela, nesse aborto, acharam que ela tava delirando,** ela foi pro AD, no que ela foi pro AD ela já **chegou nervosa, porque ela não teve o atendimento na UPA e o pessoal do AD conteve ela**” (E11).

Há, também, a sobreposição das violências, múltiplas violências sofridas pela mesma mulher, uma trajetória de violências sofridas desde antes mesmo de estarem nas ruas, conforme os trechos abaixo:

“[...] eu não **acho** que isso se dá apenas pelo uso da substância assim. As mulheres **que a gente acompanha** na grande maioria das... não... 100% das vezes, assim... **as mulheres que a gente acompanha sofrem diversas violações que atravessam a vida delas, que atravessam o corpo, é... violências de todos os tipos.**” (E02).

“[...]é uma mulher que **tá na rua desde os 12 anos de idade, que foi estuprada pelo padastro... padrasto... e a mãe negligencia, ela diz pra mãe que não concorda e coloca ela pra fora de casa.** Então, assim, **uma mulher que tá desde os... uma menina de 12 anos que tá na rua e se constrói na vida adulta, tá respondendo processo enquanto tráfico.É, tipo, brincadeira, né?** Porque é uma **vida extremamente vulnerável** assim, sabe? E que **não tem nenhum poder,** tipo [[Quem é ela na fila do pão do tráfico, né?]] Não é nada! **Não tem poder nenhum naquele espaço, é mais uma pessoa que está sendo usada, né?** E... Então eu não acho que seja pelo uso, eu acho que é dive... **uma variedade de violências, violações, assim, ao longo da vida que atravessam o corpo dela. Uma mulher negra, né, e que tá em situação de rua desde os 12 anos(+3s).**” (E02).

“E... E essa... esse preconceito mesmo de tá o tempo todo a se reafirmar, né? Igual até o uso da droga, assim. De dizer: [[Ela tá fazendo o uso de outra substância, né?]]. [[Não, ela só cheira, né? Ela não fuma crack!]]. Então **eles têm todo esse preconceito.** Um outro uma vez que disse pra gente que: [[Ah! Porque aquela mulher lá que bebe cachaça com a boca cheia... sem dente... que ocês é diferente!]]. Sabe? De dizer que: [[Não! Peraí! Nós somos todas mulheres!]]. **Delas terem essa diferença, delas terem esse preconceito até ali dentro do meio que elas estão! Sabe? De reafirmar até da... de de... ter o desejo de fazer o uso da droga que ela elege, sabe?**” (E05).

“[...]uma usuária **que a gente atendeu, que teve que fugir do território, porque o marido dela vendia dola de maconha** e aí alguém, em algum momento, pegou essas dolinhas e tal e passou, e **aí o movimento começou a cobrar dele e aí ele vazou e deixou ela lá com uma criança,**

tipo, de menos de um ano... meses... meses de nascido. E ela só não apanhou, porque ela tava com o bebê..." (E11).

"É... questão da mulher, geralmente, **a mulher na cena de uso não é muito diferente da mulher na sociedade, né? Sofre todas aquelas questões que a gente sofre da questão do patriarcado e tal e na cena de uso também não é muito diferente.** Elas são estupradas, as vezes, sabe?" (E15).

"Houve vários momentos, porque na... inclusive, familiares, e na própria cena de uso, né. **Porque elas estão ali sujeitas a vários contextos de violência e que a gente tem que ter o manejo de lidar com essa situação, por exemplo né,** e entender o uso de drogas nessa gestante e até onde o desejo é dela ou o desejo é nosso de que ela faça o pré-natal [...]"(E16).

Os trechos apresentam a narrativização (THOMPSON, 2002; RAMALHO; RESENDE, 2011), por meio da sucessão de fatos, como forma de mostrar as inúmeras formas de violências presentes, ao longo da vida das mulheres. Os discursos dos profissionais relativos às violências sofridas por mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, são marcados por pressuposições e por modalidades epistêmicas, presentes nos trechos marcados em E02 e E11, que revelam a prática social que cerca o trabalho do Consultório de Rua.

As pressuposições, segundo Fairclough (2011), são proposições tomadas pelo produtor do discurso como já estabelecidas ou dadas, que podem ser engatilhadas por diversos recursos linguísticos. Nos relatos obtidos, elas demonstraram que a violência já é algo naturalizado e óbvio, pela construção da mulher na rua. Nos discursos dos profissionais do Consultório de Rua, essas pressuposições aparecem por meio das palavras 'mas', 'assim', 'sabe', 'tipo', 'né', 'às vezes', 'acho', 'porque' e 'lógico'.

As modalidades epistêmicas são um processo de elaboração mental reflexivo acerca de situações problemáticas (FAIRCLOUGH, 2011). Dá-se por meio de um modo interrogativo presente no discurso, no qual proposições tomadas pelo seu produtor são usadas para demonstrar verdade (afirmar, reafirmar e confirmar o que está sendo dito). Esse tipo de elemento discursivo foi usado para mostrar uma reflexão acerca do que foi dito pelos profissionais naquele momento, referente ao manejo do seu trabalho e para afirmar o que os marcava, no aprendizado por meio da experiência.

As modalidades epistêmicas aparecem nos discursos dos profissionais do Consultório de Rua pelas palavras e frases 'né?', 'assim', 'sabe?', 'porque', 'tipo',

'né', 'me impressiona' e 'nunca vou esquecer', 'sempre', além da presença de pausas.

As narrativizações, pressuposições e modalidades epistêmicas presentes nesses excertos demonstram que a mulher usuária de crack e de outras drogas, em situação de rua, é vulnerável a vários tipos de violências. A violência é definida como o comportamento que causa dano a outra pessoa, a ser vivo ou a objeto e que invade a autonomia, a integridade física ou psicológica ou até mesmo a vida do outro. O termo deriva do latim *violentia* e refere-se a qualquer comportamento que implica o uso de vigor contra qualquer coisa ou ente. A violência inclui a força, mas não se reduz a ela, porque se caracteriza pela ação corrupta, impaciente e baseada na ira, que, ao invés de buscar o convencimento do outro, o agride (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016).

O processo presente nas falas dos profissionais sobre as várias formas de violências que as mulheres sofrem, na rua, é o do tipo mental. Ao narrarem situações vividas nos atendimentos realizados a mulheres que foram cruelmente violentadas, os profissionais usam das lembranças e, portanto, do verbo 'pensar'. Ao utilizarem pressuposições acerca do ocorrido e tomarem os fatos como verdade, por meio das modalidades, os profissionais refletem sobre os acontecidos, mostram que a discussão sobre a violência é importante e buscam melhorias na sua prática profissional. Há nesses discursos também a presença de orações encaixadas, que começam com a palavra 'que'. Essas orações funcionam como um grupo ou parte de um grupo, desempenhando funções de núcleo de um grupo nominal, de pós-modificadora num grupo nominal e de pós-modificadora num grupo adverbial (HALLIDAY, 1994; HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004).

O fato de viver na rua significa estar sujeito a diversos riscos: furto dos seus pertences, agressões e violências diversas. Em paralelo à caminhada pela garantia de seus direitos fundamentais, as pessoas em situação de rua têm sido alvo da repressão institucional e da segregação, por vezes violenta, do convívio social. Cotidianamente são humilhadas e violadas. São agredidas enquanto dormem, seus pertences são agressivamente recolhidos, são expulsas, compulsoriamente, de centros urbanos, de bairros, de municípios e até mesmo de Estados, morrem de hipotermia, sofrem maus tratos de agentes públicos e de outros cidadãos. A essas violências somam-se a violência verbal e a simbólica, constantemente sofridas por esse segmento, produzidas e reproduzidas, nas pesquisas de opinião, nos recortes

de noticiários e nos artigos desrespeitosos da mídia. Muitas vezes, a comunidade hostiliza não só a população que habita as ruas, que ela considera só sua, mas a própria existência ou a construção de albergues para o abrigo público desses indivíduos em sua vizinhança, alegando que acarretam a desvalorização dos imóveis do bairro (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016).

As formas de violência presentes nas falas foram a sexual, a física e a institucional, assim definidas por Farias, Gomes e Almeida (2016):

1) Violência sexual: ato ou jogo sexual que ocorre nas relações hetero ou homossexuais e visa a estimular a vítima ou a utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

2) Violência física: uso da força, de forma intencional, para produzir lesões, traumas, feridas, dores, incapacidades e, em casos extremos, a morte, como no caso das chacinas praticadas pelo Estado ou por outros cidadãos.

3) Violência institucional: é a que ocorre dentro das instituições, principalmente, por meio de regras, de normas de funcionamento e de relações burocráticas e políticas que reproduzem estruturas sociais injustas, pelo impedimento à entrada e ao acesso dessa população aos serviços públicos, em geral, por regras rígidas, nos serviços de abrigamento, pela ostensiva abordagem policial desses cidadãos. Esses são alguns dos exemplos da violência institucional sofrida por pessoas em situação de rua.

A violência sexual é a que aparece, predominantemente, nos excertos das entrevistas com os profissionais do Consultório de Rua, mostrando que essa é a que lhes chama mais a atenção e a que mais os preocupa, gerando novos aprendizados por meio da reflexão pela experiência.

Os achados deste estudo são confirmados por outras produções que revelam que o tipo de violência mais comum contra as mulheres nas ruas é a violência sexual, muito ligada ao gênero, à ampliação da vulnerabilidade e ao uso abusivo da droga que, por muitas vezes causarem intoxicação, deixam-nas sem senso-percepção e sem proteção alguma.

A literatura a respeito demonstra que o risco frequente de violência sexual, muitas vezes, leva as mulheres em situação de rua a procurarem um parceiro, para protegê-las do assédio geral e indiscriminado, mas que isso nem sempre garante que ela não sofra violência, visto que o próprio companheiro pode ser o seu

agressor (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016). Neste estudo, houve dois relatos que confirmam essa situação.

Farias, Gomes e Almeida (2016) alertam que a subnotificação desse tipo de violência também é a causa do aumento do número de ocorrências, visto que organizações sociais e o próprio Estado nada fazem para amenizá-la, como visto nos excertos transcritos, que comprovam que, muitas vezes, as próprias instituições são as causadoras dessas violências.

Os profissionais citam que as mulheres sofrem, na rua, as mesmas violências que a mulher, na sociedade, em contexto geral, mas que, devido aos motivos já citados, as mulheres em situação de rua são mais suscetíveis à violência sexual.

A violência física é a segunda mais recorrente, nos discursos. Novamente, encontram-se ligações com a condição de gênero, o ser mulher, gerando uma maior vulnerabilidade, nesse cenário da rua. Os homens abusam do seu poder e da sua força, para provocarem esse tipo de violência contra a mulher, ditas mais frágeis. Esse tipo de violência acontece tanto na rua quanto na sociedade, em geral, mas, por serem invisíveis, na rua, as subnotificações acontecem com maior frequência e as mulheres agredidas não possuem defesa frente ao Estado e às demais pessoas.

Por fim, a violência institucional, que se revela atrelada às demais. É representada, nas falas, por meio da menção à falta de acesso aos serviços públicos, em geral, à negligência por parte dos profissionais e à falta de equipamentos, em alguns territórios. Essas carências são dificultadores para a proteção da mulher e demonstram a existência de preconceitos e de barreiras que impedem o atendimento a essas mulheres, acarretando a maximização de suas vulnerabilidades e, conseqüentemente, o aumento das variadas formas de violência.

A sobreposição de múltiplas violências é algo que chama a atenção, nos excertos. O termo 'interseccionalidade' é usado para explicar a sobreposição de uma série de determinantes, de sistemas relacionados de opressão, de dominação ou de discriminação (AKOTIRENE, 2018). No caso da violência descrita no discurso de E02, a interseccionalidade ocorre pelo fato de a mulher ser negra e de uma situação de abuso, na infância ou na juventude, que a leva para a rua. Nela, essa mulher sofre uma série de diferentes tipos de violações, aumentando, ainda mais, a sua vulnerabilidade. Ao entrar nesse ciclo de eventos, ela vive momentos muito complicados, dos quais dificilmente conseguirá sair, sem a ajuda de instituições como o Consultório de Rua. Infelizmente, evidencia-se que, muitas vezes, as

próprias instituições são as mantenedoras das violências, pois em vez de garantirem a proteção e a ajuda necessárias para essas mulheres, essas organizações oferecem muitas barreiras para que o ciclo seja encerrado.

Uma forma de superar essas barreiras institucionais pode ser a criação de estratégias, por exemplo, para ampliar o acesso e os equipamentos na Rede. Essas estratégias são pouco evidentes, como demonstrado no estudo de Farias, Gomes e Almeida (2016), que aponta faltas como as seguintes: restaurantes populares que não atendem aos finais de semana; abrigos que funcionam apenas à noite; abrigos em que não há como os moradores de rua guardarem seus pertences, durante o dia; insegurança no acolhimento; hostilidade no atendimento de alguns técnicos, nos abrigos; ausência, em alguns casos, de elaboração de um Plano de Intervenção de Atendimento (PIA), construído pela Rede de atendimento, que acompanhe o indivíduo atendido pela instituição; instituições de abrigamento despreparadas, no trato com moradores de rua com transtorno mental ou dependência química; atendimento pouco qualificado, nos abrigos, para públicos específicos, como os moradores de rua travestis, transexuais, mulheres grávidas e indígenas, dentre outros.

Todas essas questões devem ser discutidas, no âmbito local; a política de assistência social deve ser tratada em conjunto com os gestores municipais, que devem buscar soluções tempestivas para humanizar o atendimento à essa população. Cabe à Rede levantar esses problemas, provocar o debate, cobrar mudanças e acionar o Ministério Público e os Órgãos de direitos humanos, no combate às violações praticadas.

Ao dizerem das situações de violências, os profissionais expõem que elas os marcaram, causando uma reflexão acerca do manejo do trabalho no Consultório de Rua. Apresentam as estratégias utilizadas no processo de lidar com esses casos, tais como o trabalho em equipe e em Rede, as negociações com as pessoas ligadas ao tráfico, a quebra de regras do Consultório de Rua e da rua, a escuta e os abraços, como forma de conforto, a discussão com a Rede sobre medidas equivocadas e a proteção dessas vítimas por meio do abrigamento ou na tentativa de tirá-la da cena.

É necessário repensar um cuidado especial feito pelo próprio Consultório de Rua, para com essas mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua. A proteção a essas mulheres deve ser o principal foco desse trabalho,

visando à diminuição da violência e dos riscos que elas enfrentam. O Consultório de Rua é uma estratégia que funciona como um vínculo com essa população, mas a Rede deve ser entendida como ponto de articulação e como participante ativa, para que essa proteção seja assegurada, não sendo permitidos preconceitos e estigmas. Além disso, devem haver discussões com os entes públicos sobre a questão da maior vulnerabilidade dessa população de rua, visando ao fortalecimento dessa estratégia e das políticas públicas existentes, mas também a criação de outras, como por exemplo, um local seguro onde essas mulheres possam fazer uso da droga e sentirem-se protegidas. Demonstrar à população a importância de denunciar abusos e de proteger essa população que tanto sofre, minimizando preconceitos, estigmas e violações.

4.2 Consultório de Rua: espaço de cuidado para as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua

A segunda categoria analisada refere-se ao cuidado que o Consultório de Rua exerce para com as mulheres usuárias de drogas, em situação de rua. A narrativização (THOMPSON, 2002; RAMALHO; RESENDE, 2011) é o recurso discursivo utilizado para mostrar esse cuidado. Ao contarem, em uma estrutura de sucessão de fatos, vão mostrando como a equipe cuida e as tecnologias utilizadas, como atuam nas questões relativas à saúde (cólicas, medicações, higiene, entre outras), as articulações com as Redes e os serviços, a criação de vínculo, de confiança e o apoio dado em situações difíceis. Os trechos são marcados por expressões como 'né?', 'sabe?', 'assim', 'então', que caracterizam essa narrativização dos fatos.

O cuidado com a saúde e com o corpo das mulheres é retratado pelos profissionais em relação ao uso de medicamentos, à distribuição de insumos, às questões relacionadas ao uso abusivo das drogas e suas consequências, às doenças sexualmente transmissíveis e também às questões que envolvem o universo feminino, como cólicas menstruais e amamentação.

A estratégia da Redução de Danos (RD) é utilizada no Consultório de Rua, onde ocorre, dentre outras atividades, a distribuição de insumos como preservativos, água e pirulitos. Os relatos da atuação dos profissionais frente a esse tipo de cuidado são narrados a seguir:

[...] Eu cheguei, **conversei** com ela, **distribui alguns insumos, uma água, um pirulito, preservativo...** E aí fizemos **uma conversa sobre redução de danos** mesmo, por alto, falei com ela pra **tomar uma água a mais, pra ela se cuidar, porque nesse período agora de gravidez é mais delicado**, e aí, foi isso.” (E17).

“Teve uma outra situação que a gente teve que uma usuária que tava em uso de tiner, sabe? **Muito intenso** e tal, a e aí a gente **conversou, orientou e tal pra diminuir, porque tá grávida e é mais vulnerável nessa época da vida, né?** [...] **E distribuimos insumos também, água, pirulito, essas coisas...**” (E17).

Nos trechos citados, observa-se a referência a algumas atividades relacionadas à Redução de Danos, nas equipes do Consultório de Rua de Belo Horizonte. Vale ressaltar que essas não são as únicas atividades realizadas e que, portanto, seu trabalho não deve ser minimizado. O acolhimento, a criação de vínculo, as articulações de casos com a Rede, dentre tantas outras citadas, também fazem parte da RD. Por si só, portanto, o Consultório de Rua é uma estratégia da política de Redução de Danos.

Destaca-se que as mulheres em situação de rua necessitam de ajuda para cuidados básicos de vida, como hidratação, alimentação e contracepção. O trabalho do Consultório de Rua, com a distribuição de insumos, por meio da estratégia da Redução de Danos, é o que pode possibilitar esse cuidado a essas mulheres, frente à sua condição de vulnerabilidade.

Os profissionais relatam questões específicas, referentes à condição feminina e à intoxicação pelo uso abusivo de drogas, geradas por problemas afetivos. Relatam um cuidado especial, no que se refere à menstruação e às cólicas, que causam intensificação no uso da droga. Outros aspectos retratados, relativos ao corpo feminino, é o ingurgitamento das mamas e a conseqüente necessidade da ordenha, devido à separação dos filhos. Os relatos abaixo mostram esses achados:

“E aí **toda vez** quando eu passei a atender eu observava que ela ficava **muito devastada, muito intoxicada de uma forma muito ruim**, [...] Então eu vou **subindo com ela pela calçada e coloco ela dentro da van, ela muito intoxicada e de um manejo muito difícil**, mas a gente consegue levar ela no CIAM [...] **E aí a gente leva ela lá, ela toma um banho, lancha e fica mais calma**, mas essa cena [...]. **Fica num nível de intoxicação muito mais desorganizado e fica muito ruim, muito devastada mesmo, sabe, dessa coisa feminina mesmo, assim.**” (E09).

“A gente tem as **questões das mulheres**, né, da **menstruação, coisas simples, é, que elas lidam**. A questão das **cólicas menstruais é algo que intensifica muito o uso de drogas**, né? É... (+3s)... E também a **higiene**

delas nesse período, né, é a fase mais difícil assim pra elas é o período menstrual, porque elas não tem condição mesmo de [...] a questão da **higienização** é algo que elas **sempre se** deparam com isso e **as dores mesmo nesse período**. Eu acho que é o **período mais crítico** pra elas, né?” (E13).

“[...] E já as mulheres que... que... que chegam num período já de puérpera e que muitas vezes elas saem dos hospitais, né, por evasão ou as vezes a criança é abrigada junto, né, ela sai, dá alta pra ela, ela continua indo no hospital e depois essa criança é abrigada. Enfim, com essa separação a questão da **amamentação**, né, muitas começam a ter **ingurgitamento de mama** e aí **cê tem que fazer a ordenha**, né, ou levar em ciclos especializados para ordenha [...]” (E13).

Além disso, apontam que as mulheres acionam mais o serviço do Consultório de Rua para o cuidado com o corpo, pedindo mais consultas com médicos e encaminhamento a outros serviços da Rede:

“[...] **Geralmente... uma diferença é que... de alguma forma elas acionam mais a equipe, né?** Então, assim, lógico que a **gente faz abordagem distribuindo os insumos**, mas as mulheres chegam mais com essa questão do **cuidado com o corpo** mesmo, né? Então se aparece **alguma coisa diferente na pele elas vêm e perguntam o que que pode ser, acionam mais a questão de encaminhamento pra MÉDICO**[...] eu acho que as mulheres elas de alguma forma, **mesmo que num uso muito intenso e muito abusivo, elas ainda tem algo do cuidado com o corpo que ainda é mais pulsivo de vincular, sabe?**” (E09).

Identifica-se, nos achados, que as mulheres nas ruas, como todas as outras mulheres, também precisam de cuidados, em momentos específicos de suas vidas - como no período na menstruação, na ocorrência de cólicas e quando surgem problemas relacionados à não amamentação de seus filhos – e sofrem das mesmas questões afetivas e emocionais das demais mulheres, tendo a equipe do Consultório de Rua como apoio, nesses momentos.

As questões relativas ao cuidado com o corpo acometem as mulheres, de modo geral; porém, devido às condições precárias de higiene e de saúde, as mulheres nas ruas sofrem de acometimentos diferentes das outras mulheres, e os sofrem com maiores frequência e gravidade. Observa-se, culturalmente, que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens e que o padrão de beleza e de corpo socialmente estabelecidos afetam, em maior quantidade, as mulheres do que os homens, impactando, conseqüentemente, os processos de saúde-doença.

Os participantes deste estudo revelam que há prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (HIV, Condiloma e Herpes Genital) entre as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, e que associadas a elas

existem outras doenças transmissíveis, como a Tuberculose e a Hepatite C. Nos relatos a seguir, são citados o cuidado e o tratamento das mulheres em situação de rua, nessas condições:

“Olha, atualmente eu **atendo** uma **usuária de crack** que fica debaixo do viaduto, ela não é gestante, mas ela tá nessa situação há mais ou menos uns 10 anos, tem vários filhos [...]. Então fica... fica, né, só ela e o companheiro, é... **HIV positivo e acaba de saber que tá com tuber... tuberculose** também e ganhou bolsa moradia, mas o companheiro não quer sair muito, assim, do território.” (E04).

“É, já perdeu vários filhos, inclusive um em 2018. É... é **HIV positiva** e aí a gente tem feito um **trabalho bacana com ela** junto com a abordagem de rua também, que também a atende, para o tratamento de HIV, para o... os **exames... é... dentário** e tal. [...] **Ela tem Hepatite C também**. E a Hepatite C tem um agravante que você tem que **medicar durante 6 meses um comprimido todos os dias**. Então, nós vamos ter que fazer um trabalho muito... bacana, assim, no território, pra **ver se a gente consegue um lugar pra ministrar esse comprimido pra ela durante esses 6 meses todos os dias**. É... eu tenho olhado, ela me contou que toma café da manhã todos os dias numa **padaria** que é perto da onde ela fica. É... **Eu tô aguardando todos esses procedimentos acontecerem, o final dos exames e tudo e tentar negociar lá nessa padaria, ou num restaurante próximo também pra ver se a gente consegue que ministrem esse... essa medicação**.” (E08).

“[...] ela depois teve o diagnóstico de **Condiloma**, mas ela teve uma **Herpes genital** [...]e, assim, sentindo **muita dor, muita vergonha** de tudo aquilo que ela tava vivendo [...]. Então é isso as dores também das **infecções transmissíveis sexualmente**, assim. É... o desespero que elas procuram a gente quando elas tem um sintoma de uma **IST**, sabe? **É no corpo mesmo, a ferida tá no corpo, né?**” (E13).

Nota-se, nesses achados, que como outras pessoas em situação de rua, as mulheres também exigem cuidados com relação à prevenção e ao tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e das doenças transmissíveis que mais frequentemente se apresentam, devido à sua condição de vulnerabilidade. O Consultório de Rua tem tentado, em parceria com outros serviços da Rede, garantir esses cuidados às mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

As articulações e a formação de vínculos dão-se tanto do ponto de vista pessoal dos profissionais para os usuários e vice-versa (rede existencial), quanto entre os serviços, para ser possível o cuidado dessas mulheres.

Os profissionais mencionam que para que o cuidado ocorra, primeiramente, é necessário que a mulher sinta confiança no profissional. Apenas a partir de um acolhimento adequado haverá a criação de vínculo e a consequente melhoria da qualidade do atendimento, na busca de que isso ocorra de maneira integral.

Existem situações em que a criação de vínculo com determinado profissional é tão intensa que este oferece um apoio imenso às mulheres, em situações difíceis. Os profissionais, muitas vezes, tornam-se referência para essas mulheres, que buscam ser iguais a eles. Os trechos abaixo mostram esse tipo de cuidado:

“[...] equipe em campo e a gente tava abordando uns usuários e a gente... **uma usuária me abordou bem... bem especificamente que precisava de mim que ela... ela não aguentava mais, ela já tava enlouquecendo e que era pra eu fazer alguma coisa por ela. [...]** Porque o desespero dela era muito grande em relação... é... a... a paranoia dela ali e tal, a ponto de que parece... parece que se não tivesse uma intervenção ali naquele momento ela poderia cometer alguma coisa que seria mais prejudicial a ela, porque ela não tava mais conseguindo controlar o efeito da droga no... no organismo dela, né?” (E12).

“[...] ela é mãe e o filho é menor e é usuário de droga também, né, em situação de rua também, só que eles não ficam juntos e **ela é uma usuária bastante, assim, que faz um uso muito intenso e ela não... não tem esse controle de conseguir...** ela quer se aproximar do filho, mas ela não consegue, né? **E aí chega um momento que ela me pede essa ajuda, assim: [[Eu preciso ver o (XXX), eu preciso ver o (XXX)!]].** Mas por meios judiciais eu não tenho como fazer nada por ela também, né?” (E12).

“[...] (XXX) eu conheço antes de ser profissional do Consultório de Rua e aí ela... ela... **ela me olha e fala assim: [[(XXX), eu preciso ser igual a você! EU quero ser igual a você! Se você conseguiu eu também vou conseguir!]].** Eu falei: [[Então vamos tentar, ué. Eu tô aqui pra te ajudar! Eu não conseguiria sem uma ajuda! Então vamos tentar!]]. E aí a gente consegue fazer, assim, através de uma... de... de... de uma consulta médica que ela precisava, **a gente foi conseguindo adentrar mais ali que ela era uma pessoa muito difícil de abordar e a gente foi conseguindo estipular planos, assim, pra ela que ela foi conseguindo cumprir determinadamente, assim, pontualmente. E ela se mostrou bastante envolvida nesse processo dela[...].**” (E12).

Podemos notar, pelos relatos, que o Consultório de Rua é um dispositivo que enxerga essa população, em sua totalidade, na tentativa de retirá-los da invisibilidade da sociedade, e que os profissionais que ali atuam criam vínculo muito especial com essa população, sendo, muitas vezes, o apoio e a ajuda em diversas situações de suas vidas.

Os profissionais do Consultório de Rua revelam que as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, necessitam de um cuidado especial e para que este seja feito de uma maneira mais potente, é necessária a articulação com as Redes e demais serviços, conforme mostrado nos excertos a seguir:

“Quando ela mudou de cidade, porque ela é de uma cidade do interior, **a gente transferiu o cuidado pro Centro de Saúde de lá, ela continuou fazendo o acompanhamento no CERSAM AD aqui,** a medicação aqui, atendimento aqui, mas ela vai pra lá também. Mas o Centro de Saúde de lá não sei se é porque é de uma cidade do interior tava com muito preconceito,

assim, sabe? **A gente teve que pedir o pessoal do CERSAM AD também pra fazer um... um relatório** pedindo prioridade pra ela continuar a medicação pra manutenção e ela não entrar em abstinência (+4s).” (E03).

“É, como ela, só tá na cena onde ela fica na parte da manhã, o Consultório de Rua foi acionado **pela abordagem** pra gente auxiliar mesmo, porque ela não aderiu a nenhum tratamento. Então, a partir do momento que a gente entra, ela começa a tomar e [...]. E junto com **a abordagem. A abordagem também tem uma... uma... uma relação bacana com ela, um vínculo bacana com ela.** Então, geralmente quando a gente chega, eles já passaram antes, já falaram que a gente ia, que o exame é tal dia. Tal hora, sabe?” (E08).

“Eu sempre observava ela, ela muito SOZINHA, é uma usuária que fisicamente ela destoa, né, do perfil dos usuários, ela é uma mulher branca, loira. [...] E é um caso que me chamava atenção e a gente abordava, mas ela não dava muita moral, até que um dia, **quando o CIAM que é um dispositivo de... de serviço de atenção integral às mulheres em situação de vulnerabilidade abriu, a equipe fez campo com a gente.** Ai eu falei: [Ah! Já sei como vou abordar! Vou apresentar a técnica do CIAM e falando desse lugar pra tomar banho, pra descansar, pra almoçar e ver se ela conversa um pouco mais.] **Então eu apresento a técnica do CIAM, converso um pouco com ela e desde então ela começa a ficar mais receptiva às abordagens da equipe.**” (E09).

“uma adolescente que tem 16 anos, que a adolescente e a mãe são usuárias de crack. A mãe tem 37, se não me engano. E elas tão num processo de tentar vincular ao serviço, assim. **Ela já conhece, a adolescente já conhece o CERSAMI, a mãe já conhece o CERSAM AD** e... só que volta e meia elas entram no serviço, ficam de HN, depois elas saem, fazem o uso prejudicial, ficam 3, 4 dias na rua direto. Tava nesse movimento, inclusive, ontem a gente fez uma busca ativa e não conseguimos encontrá-las [...]. E hoje a gente já ficou sabendo, pela gerente do **CERSAMI**, que as duas foram no **CERSAM AD**. Então elas ficam nessa... nesse movimento, sabe? De uso BEM prejudicial e quando a coisa tá pegando elas pegam e vão pro serviço, assim.” (E11).

Os achados revelam as diferentes formas de cuidado que as mulheres demandam, na rua, como as questões relacionadas à saúde e ao corpo; o apoio derivado da criação de vínculo com determinados profissionais e o acesso à Rede de serviços.

Segundo Farias, Gomes e Almeida (2016), as principais doenças que acometem os cidadãos em situação de rua têm correlação com o desgaste físico e o emocional provocados pelas privações que suportam por estarem na rua. As doenças mais prevalentes são as psiquiátricas, como Depressão, Esquizofrenia e quadros psicóticos, associados ou não à dependência de álcool ou de drogas; além dessas, são acometidos por doenças infectocontagiosas, como a AIDS, a Tuberculose Pulmonar, as infecções por vírus da Hepatite B e da Hepatite C, por doenças cutâneas e cardiovasculares, e são tabagistas, diabéticos e hipertensos mal controlados. Há, também, ferimentos e traumatismos, no rosto, nos braços e nas

pernas - as ocorrências mais comuns – resultantes da influência do ambiente violento das ruas (CREMESP, 2011).

Essas condições também estiveram presentes nos relatos dos profissionais, com destaque para as condições sexualmente transmissíveis e as demais doenças transmissíveis, especialmente a Hepatite.

Segundo Bretas, Rosa e Cavalcchili (2006), a rua, enquanto ambiente de moradia, além de não garantir as condições básicas consonantes à vida, interfere na saúde mental das pessoas que nela são obrigados a viver, acaba por provocar, gradualmente, a perda da autoestima e prejudica a prática do autocuidado. Ações que sinalizam o autocuidado, nesse contexto, são a busca de lugares seguros para dormir, cuidados com a higiene e com a aparência, uso de vaso sanitário, com privacidade, preferência por locais que tenham acesso a água potável e busca por um local para repouso.

Esses achados demonstram a importância do Consultório de Rua, no acompanhamento e no tratamento dos casos de sua competência, e no seu encaminhamento para outros serviços, na tentativa de garantir-lhes um atendimento adequado e integral. Mostram, além disso, que a atuação do Consultório de Rua tem proporcionado a possibilidade do autocuidado para essas usuárias, oferecendo, por meio da estratégia da Redução de Danos, a distribuição de insumos como água, preservativo, e pirulitos, entre outros.

Segundo Cruz (2017), a Redução de Danos é um conjunto de princípios e de ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas que é utilizado internacionalmente e é apoiado pela Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (2003).

As Estratégias de Redução de Danos não pressupõem que deva haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, mas formulam práticas, direcionadas àqueles que usam drogas e aos grupos sociais com os quais eles convivem, que visam a diminuir os danos causados por elas. A Redução de Danos acolhe a diversidade de usuários e não se sustenta na exigência obrigatória da extinção do uso. Seu objetivo é, principalmente, a diminuição dos danos físicos, psicossociais e jurídicos relacionados ao uso de drogas (CRUZ, 2017).

Com a prática das Estratégias de Redução de Danos, na década de 1980, visando à diminuição do risco de contaminação pelo vírus da Hepatite B, iniciou-se a substituição de seringas usadas por seringas estéreis e descartáveis e a distribuição

de preservativos. Atualmente, além dessas ações, há um avanço na oferta de informações sobre serviços de saúde, para a realização de exames e de tratamento para problemas clínicos e para a dependência de drogas. A atividade de troca de seringas, assim, não é um fim em si mesmo, mas um serviço, oferecido junto a muitos outros, que tem como objetivo geral a preservação da saúde. Com o surgimento da AIDS, essas ações foram incrementadas em inúmeras cidades e em vários países, difundindo as Estratégias de Redução de Danos como práticas de prevenção. Posteriormente, outras práticas de risco tornaram-se foco de ações de Redução de Danos, incluindo os problemas com drogas não injetáveis, como é o caso do crack, nos dias de hoje (CRUZ, 2017).

O Ministério da Saúde lançou o Kit Redução de Danos, em parceria com o Programa Nacional de DST/AIDS, o Programa Nacional de Hepatites Virais e a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Nesse kit há um conjunto de materiais que oferecem apoio ao trabalho dos profissionais de saúde e dos redutores de danos, na abordagem sobre o uso de álcool e de outras drogas. Os kits apresentam variações, de um Programa para outro, e são feitos considerando o contexto social e as necessidades de cada pessoa. Neles podem ser encontrados cachimbos feitos de coco, protetores labiais, seringas e preservativos, agulhas para seringas, lenços descartáveis embebidos em álcool, para esterilização do local da aplicação da agulha, frascos de água destilada e fôlderes informativos (CRUZ, 2017).

Cruz (2017) aponta que, nas estratégias de cuidado pautadas na Redução de Danos, a definição do objetivo, das metas intermediárias e dos procedimentos não é imposta, mas discutida com o usuário. A interrupção do uso de álcool e de outras drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços são valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. Muitas outras dimensões da vida (relacionamento familiar, relacionamento no ambiente de trabalho e na escola, condições clínicas e psíquicas, relações com a lei, etc.) são usadas, também, para avaliação do resultado do tratamento. A participação do usuário nas escolhas das metas e das etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e o seu engajamento.

Com relação à estratégia da Redução de Danos, no Estado de Minas Gerais, a Lei n. 16.276, de 2006, dispõe sobre a atuação do Estado na prevenção, no

tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e de outras drogas e altera o artigo terceiro da Lei 12.296, de 13 de setembro de 1996.

O Decreto 44.360, de 24 de julho de 2006, institui a política estadual sobre drogas, cria o sistema estadual antidrogas e dá outras providências, entre elas garantir a implantação, a efetivação e a melhoria dos programas, das ações e das atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento e reinserção social) e de redução dos danos sociais e à saúde, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.

Em Belo Horizonte, a Lei 10.625, de cinco de julho de 2013, cria o Fundo Municipal sobre Drogas (FUMSD), com a finalidade de captar e de administrar recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de prevenção, de tratamento, de reinserção social e de redução de danos, da Política Municipal sobre Drogas executada pelo Município de Belo Horizonte.

A Resolução número um, de 2015, da Prefeitura de Belo Horizonte, aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Belo Horizonte (CMPD/BH) e dá outras providências, entre elas a adequação das estruturas e dos procedimentos da Administração Municipal, para a execução de atividades previstas nas áreas de prevenção do uso e do abuso de drogas, de tratamento, de redução de danos e de reinserção social do usuário de álcool e de outras drogas e de seus familiares.

Pautado nos preceitos políticos vigentes da Redução de Danos, o trabalho do Consultório de Rua tem possibilitado o acesso aos demais equipamentos da Rede, como aos abrigos e ao Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), onde as mulheres em situação de rua têm a possibilidade de dormir, de cuidar da higiene e de usar o vaso sanitário. De acordo com o Comitê Pop-Rua (2018), há necessidade de as equipes de saúde realizarem articulações intersetoriais com outras políticas públicas, em especial a da assistência social e a da moradia, sendo importante que haja espaço de encontros permanentes de diálogo entre seus profissionais, com o objetivo de construir uma rede de cuidado e de proteção para cada mulher, em situação de rua. Essa articulação proporcionará, além disso, maior efetividade no cuidado com a saúde, diminuindo as dificuldades de realização de tratamentos continuados na rua (Comitê Pop-Rua, 2018).

Segundo a Prefeitura de Belo Horizonte (2019), há, nessa cidade, uma Rede composta de vários serviços, que atendem à população em situação de rua:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), executado pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que cumpre a função de apoio, de orientação e de acompanhamento às famílias cujos membros estejam em situação de ameaça ou de violação de direitos;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social, destinado a pessoas de qualquer faixa etária, em situação de rua, que realiza busca ativa e identificação de pessoas e de famílias que fazem do espaço público local de moradia e de sobrevivência;
- c) Centro de Referência da População em Situação de Rua (Centro Pop), que oferta oficinas socioeducativas, local para higienização pessoal, telecentro, guarda-volumes e atendimento socioassistencial. O local é referência de endereço para a população em situação de rua, realizando atendimentos individuais e coletivos, estudo de casos, encaminhamentos a serviços e a projetos socioassistenciais e de demais políticas públicas;
- d) Centro de Referência da População em Situação de Rua (Centro Pop Miguilim), que é referência para o atendimento diurno de crianças e de adolescentes, em situação de rua. O Centro Pop Miguilim representa um espaço lúdico-pedagógico que tem como propostas elaborar e colaborar para a superação de rua vivenciada pelo público infantojuvenil e promover o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- e) Acompanhamento Sociofamiliar do Programa Bolsa Moradia, que compreende a oferta de atendimento e de acompanhamento socioassistencial, pelos serviços Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), às famílias e aos indivíduos em situação de risco pessoal ou social, em decorrência da trajetória de vida nas ruas, e que são beneficiárias do Programa Municipal Bolsa Moradia;
- f) Acolhimento Institucional (abrigo e pós-alta hospitalar), que atende a pessoas em situação de rua, ofertando o acolhimento temporário desse público, em unidades específicas, que vão desde acolhimento na modalidade de pernoite (entrada no fim do dia e saída pela manhã) a repúblicas e a unidade de pós-alta hospitalar. Oferece acolhida, alimentação, local para

higiene, atendimento socioassistencial e encaminhamento às demais políticas setoriais;

- g) Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), equipamento que atua no atendimento a mulheres em situação de vulnerabilidade social, com trajetória de vidas nas ruas, em uso prejudicial de álcool e de outras drogas e em situação de violência doméstica.

Os discursos são reveladores do reconhecimento dessa Rede, especialmente dos espaços onde há uma articulação direta com essas mulheres, tais como o CERSAM, o CERSAMI, os abrigos, o Serviço Especializado em Abordagem Social e o CIAM.

A articulação com a Rede ajuda a superar o limite, na atenção à população de rua, demonstrado por outros estudos. É importante destacar que a maioria das pessoas que vivem nas ruas raramente procura o serviço de saúde e só recorre à Rede ambulatorial em casos emergenciais. Geralmente, os motivos para a procura desses equipamentos são dor, febre, acidentes e ferimentos. Muitos ainda só se submetem a esses serviços quando são conduzidos pelo serviço de resgate ou por instituições de assistência. Para agravar essa situação, essa população ainda enfrenta problemas como a falta de funcionários especializados para administrar medicamentos controlados nos abrigos, falta de locais para a higiene corporal, dificuldade no acesso a recursos terapêuticos e a inabilidade dos profissionais de saúde no trato consigo (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016).

Em uma análise utilizando Halliday e Matthiessen (2004) a respeito dos processos existentes nas falas dos profissionais, com relação ao Consultório de Rua como espaço de cuidado das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, observa-se a presença dos processos dos tipos material, existencial e relacional.

Os processos materiais são representados pelas experiências externas expressas pelos verbos 'fazer', 'construir' e 'acontecer'. Neste caso, foram narrados o que foi feito, o que foi criado, o que foi alterado, nesse serviço, e as articulações com os demais serviços, para melhor atender às mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, apresentando as consequências desse trabalho, na vida dessas mulheres.

Já os processos existenciais dizem da existência do participante (o seu “estar no mundo”), representados pelos verbos e pelas expressões ‘existir’, ‘haver’, ‘ter atribuído’, ‘ter identidade’ e ‘simbolizar’. Os profissionais narram esse processo, ao demonstrarem seu papel no espaço do Consultório de Rua, nas articulações com os demais serviços da Rede e com as usuárias.

Os processos relacionais, representados pelos verbos ‘ser’ e ‘estar’, presentes nos discursos, são apresentados ao narrarem os diversos atores presentes nas cenas, para atenderem e lidarem com as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

A representação dos atores sociais é outra categoria de análise do texto. Os atores sociais, nessas entrevistas, foram ativados (VAN LEEUWEN, 1997; RAMALHO; RESENDE, 2011), mostrando os profissionais do Consultório de Rua como responsáveis pelo cuidado dessas mulheres. O uso das expressões ‘a gente’, ‘equipe’ e ‘Consultório de Rua’ foram utilizadas para referenciar a equipe do Consultório de Rua, dando, portanto, voz a quem realizava os trabalhos. As mulheres foram incluídas por participação, nesse cenário. Como premissa, a estratégia de Redução de Danos tem os usuários como participantes ativos do seu processo de cuidado, sendo o Consultório de Rua apenas um facilitador desse processo.

Há exclusão da representação de vozes por supressão (VAN LEEUWEN, 1997; RAMALHO; RESENDE, 2011), por exemplo, das autoridades do Estado. Não há menção a qualquer autoridade responsável por assegurar o funcionamento da Rede assistencial e da operacional, no que diz respeito ao atendimento a essas mulheres. É necessário entender que essas autoridades são responsáveis pela criação de leis e decretos que dificultam o atendimento a essas mulheres. Muitas vezes, observam-se os entraves colocados para essas mulheres ocuparem esses serviços e a dificuldade de os funcionários entenderem suas demandas, percebendo-se soluções graças à participação do Consultório de Rua.

Esse é um dado ideologicamente relevante, que revela a dissimulação por eufemização (THOMPSON, 2002; RAMALHO; RESENDE, 2011), na qual as relações de dominação das mulheres e dos profissionais dos serviços, pelo Estado, são ocultadas, negadas ou obscurecidas, causando uma valoração positiva das instituições e de suas ações. O impacto gerado não permite entender que, além de

dificultar o cuidado, o Estado nega-se a atender os direitos dessas mulheres e a criar leis que as protejam.

A operação da ideologia por meio da reificação por passivação (THOMPSON, 2002; RAMALHO; RESENDE, 2011) também pode ser percebida, nesses trechos. Ao suprimir o nome do Estado e concentrar a atenção no atendimento realizado pelo Consultório de Rua, na atuação em Redução de Danos há um prejuízo de um ator em detrimento de outro, apagando o ator mais importante, o Estado, e as ações que este deveria realizar, para além de uma estratégia de cuidado de mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

O Consultório de Rua, como espaço para o cuidado das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, segundo os profissionais entrevistados, é de suma importância para a tentativa de um atendimento integral e de qualidade para essa população. A criação de vínculo e o apoio dado, em diversas situações, são demonstrados como fundamental para o manejo do trabalho relacionado à estratégia de Redução de Danos e na tentativa de diminuição de preconceitos e de estigmas. Os profissionais do Consultório de Rua apresentam as táticas utilizadas no processo de cuidar dessa população, entre as quais a articulação em equipe e com os demais serviços da Rede; a instalação do usuário como peça central e fundamental, no seu processo de cuidado; as negociações entre equipe, usuário e demais serviços; a escuta e a criação vínculo, como forma de cuidado e de conforto.

É necessário apontar para as autoridades do Estado a importância do trabalho dessas equipes, no atendimento a essas mulheres. A criação de políticas públicas que atendam a essa população tornada tão invisível e carente de recursos e de atenção é de suma importância, para a sua valorização como cidadãos que têm direitos e necessidades. A estratégia de Redução de Danos deve ser entendida como algo essencial, para o trabalho do Consultório de Rua, sendo cada dia mais valorizada e fortalecida, aumentando sua capacidade de ação para além da distribuição de insumos.

4.3 A formação e a experiência: aprendizagens adquiridas

Nesta categoria, discute-se a formação dos profissionais do Consultório de Rua para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de

rua. A formação foi retratada por meio dos processos de educação formal (curso superior) e foram demonstrados o nível de satisfação com o conteúdo e as estratégias utilizadas nesse processo. A atuação prática foi apontada como importante espaço formativo e de aprendizados profissional e pessoal.

4.3.1 A formação

Os profissionais do Consultório de Rua, ao serem questionados acerca de como se deu sua formação para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, relataram sua ausência, sua insuficiência ou a efemeridade dessa abordagem, na vida pessoal ou na profissional.

Os profissionais citam que a “academia” não forma para atuar no Consultório de Rua ou com pessoas em situação de rua. Ao falarem dessa falta de formação, os profissionais comprometem-se com a verdade, usando a categoria discursiva das modalidades epistêmicas. As palavras ‘nenhum’, ‘nenhuma’, ‘não’, ‘nada’, ‘sinceramente’, marcadas nos trechos, demonstram esse achado:

“É... Olha eu não tive **nenhum** tipo de formação específica pra esse tipo de... de serviço, pro Consultório de Rua [...]. **Mas eu não tive ainda nenhuma** oportunidade de alguma experiência formal de formação pro trabalho do Consultório de Rua.” (E02).

“Então a... a... a escola, né, quando você passa pela faculdade e tudo mais, a gente... essas situações, essas... é... a gente **não** recebe essas instruções, assim, **com tanta clareza** diante do... dos desafios que a gente vai tendo na profissão, né? Eu acho que muita coisa **tem que ser da prática!**” (E08).

“(+2s) Então eu... na minha formação é... eu **confesso** que **não** teve, né?” (E10).

“A formação, eu acho primeiro, assim, que enquanto formação acadêmica eu **não** tive pra tá no ambiente que eu é... trabalhei.” (E13).

“A formação... a academia **não** forma a gente pra lidar **com isso não! Sinceramente?** Forma **não!** A gente tem muitas técnicas e tal, **mas até o FAZER na rua ele é um pouco diferente** [...].” (E15).

“[...] essa questão pra lidar com Pop Rua e usuário de álcool e outras drogas eu **não** tive, né? Então, assim, a academia **ela falta um pouco** nesse aspecto pra lidar com esses paciente.” (E15).

Os discursos apresentados expressam processos mentais. Segundo Halliday (1994) e Halliday e Matthiessen (2004), esses processos são capazes de representar a experiência interna (lembranças, reações, reflexões e estados de

espírito) por meio do lembrar, do pensar, do imaginar, do gostar e do querer. Os profissionais, ao utilizarem o processo mental para falarem de como se dá sua formação para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, realizam reflexões e trazem lembranças acerca da formação ofertada, dizendo de sua falta ou de sua insuficiência.

Ao narrarem suas formações, os profissionais buscam na memória as lembranças desse processo, durante sua vida acadêmica ou profissional, e refletem sobre ela. Respondem com certeza e clareza, comprometendo-se com essa verdade. Ao dizerem “sinceramente”, “eu confesso” e ao enfatizarem a palavra ‘muito’, demonstram a reflexão a respeito da insuficiência do processo formativo e sua inserção nas atividades do Consultório de Rua.

Os profissionais narram que vivenciaram poucas estratégias para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, durante sua formação, sendo elas disciplinas na graduação, estágios, especializações (residência e mestrado), outros trabalhos anteriores e cursos de formação, dentro e fora do Consultório de Rua. Nesses casos, a aprendizagem acontece de maneira formal, com conteúdos e temas relevantes para a prática profissional com o usuário de drogas em geral.

O uso das modalidades epistêmicas, revelados pelas palavras ‘né’, ‘assim’, ‘sabe’, demonstra uma necessidade de confirmação de que suas falas são verdadeiras. Os advérbios de intensidade ‘muito’ e ‘mais’ denotam ênfase na estratégia específica citada, revelando um reforço valorativo por parte do entrevistado. Os excertos a seguir indicam essas estratégias:

“[...] eu fiz **muito** estágio em lugar fechado, eu fiz estágio no (XXX) que eu tive **muito** contato com AD [...].” (E01).

“É... Eu... eu cheguei na saúde mental por conta da Residência [...]. Então foi a experiência da Residência que me deu um, **né**, subsídio para hoje **dar mais conta desse trabalho, assim.**” (E07).

“[...] **sempre** foi muito direta à partir do 5º período eu **sempre** me organizei, **assim**, em questão de estágio, de matéria, para lidar com esse público, **né?**” (E09).

“[...] **já** teve na minha graduação teve, **mas era muito mais** num contexto da psicologia social é... disciplinas em relação à mulher, feminilidade e pápá. Só que **de fato** eu não fiz, **assim**, eu **sempre fui mais pra clínica** e sempre fui construindo **muito mais**, assim, algo em relação à saúde mental, à clínica AD do que, **de fato**, à questão de gênero, **sabe?** [...]” (E09).

“[...] O meu primeiro trabalho nessa área social, **assim**, é... eu trabalhava é... com trabalho de prevenção pras pessoas com HIV e depois eu fui trabalhar numa república que acolhia mulheres em situação de rua, usuárias de drogas e com transtorno mental [...]” (E16).

“[...] E quando eu entro no Consultório de Rua **eu passo a ter** uma outra visão, **assim**[...] Que aí você **começa a** entender o contexto dessa droga na vida dessas mulheres, porque cada uma tem uma história, **né?** [...] essa mistura desses dois trabalhos que, inclusive, eu quis fazer a Pós também, porque eu acho que é isso, assim.” (E16).

Os entrevistados selecionam processos de natureza mental (“eu acho”), os quais, nas palavras de Halliday (1994), representam as experiências internas, a partir de lembranças. São esses os processos capazes de promover reflexões positivas acerca das estratégias utilizadas e de determinar seu valor, enquanto necessárias para o trabalho no Consultório de Rua.

Os cursos e as capacitações que ocorreram dentro e fora do Consultório de Rua foram estratégias formativas essenciais para seus profissionais. O uso de modalidades epistêmicas nos trechos marcados ‘né?’, ‘na verdade’, ‘muito’, ‘assim’, ‘de fato’ mostram essas estratégias e demonstram que existe uma temporalidade, no discurso: os cursos e as capacitações são relatados no presente. Os trechos marcados exemplificam essa marca de temporalidade:

“Tô pensando... Cursos, especializações... É... **Eu vou fazer agora** algumas coisas de álcool... mais específicas de AD que eu acho que vão me ajudar [...]. E na **Rede tem muita coisa que ajuda, tem a supervisão, tem... tem a supervisão da Rede**, né, dos distritos e tal [...]. **A gente vai aprendendo também quando a gente erra também, né, na verdade.**” (E01).

“[...] **A gente tem formações periódicas** que são é... reuniões ampliadas que a gente tem com todos os Consultórios de Rua, geralmente mensalmente, e que a coordenação aproveita esse espaço enquanto espaço formativo [...] **então sempre tem essas formações continuadas.** E a gente tem a nossa coordenação enquanto uma referência técnica também, né? [...]” (E02).

“[...] a **gente tá participando** de vários cursos, assim... sobre Psicanálise, teve de medicação e que aí eu **tô aprendendo a fazer uma abordagem** mais qualificada dessas mulheres, assim, sabe? **Tipo, tem a pega que a gente fala, assim. E um bom manejo, né?**” (E03).

“É essa e além do... de várias capacitações que no Consultório de Rua a **gente acaba fazendo, assim. Sempre tem** uma capacitação ou outra e a gente acaba fazendo, assim...” (E04).

“É... e aí paralelo a isso **tem as formações de equipe, né, nas reuniões ampliadas que eu acho que vai dando esse suporte.** A coordenação também sempre tá presente e vai **indicando o melhor jeito de conseguir o manejo com a usuária.**” (E11).

“[...] a equipe **um vai ajudando o outro** [...]. Você vai frequenta palestras, você vai em encontros, fóruns da saúde mental, tem espaços formadores, tem... na cidade você consegue ter espaços que se você, de fato, tiver uma busca, você vai conseguindo acompanhar isso. [...] fiz um curso de redução de danos do Ateliê Intervalo e foi um espaço de formação maravilhoso, sabe? [...]” (E13).

A supervisão é uma estratégia formativa muito citada nos excertos anteriores. Esse dispositivo ocorre na Rede de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte como forma de educação permanente. Realiza-se ao reunirem-se os diversos profissionais da Rede de um determinado território para apresentar e debater novas temáticas, discutir os casos e buscarem juntos as soluções. Os profissionais citam que esse é um dispositivo muito importante e potente, para aprenderem a realizar uma abordagem às mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

O matriciamento é outra ferramenta para o cuidado em saúde mental, utilizado na Rede e preconizado pelas políticas de Saúde Mental do Brasil. Trata-se de um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, por meio de uma construção compartilhada, elaboram propostas de intervenção para o cuidado das pessoas. Diversamente da lógica tradicional dos sistemas de saúde, que acontece por meio de encaminhamentos, referências, contrarreferências, protocolos, etc., no processo de matriciamento as relações entre os serviços de saúde estabelecem-se de maneira horizontal, com compartilhamento de estratégia de cuidado (BRASIL, 2013).

Nessa lógica, o apoio matricial integra os diferentes saberes, nos diferentes níveis de assistência. O matriciamento deve proporcionar, além da retaguarda de assistência, também o suporte técnico-pedagógico, na perspectiva de construção de projetos terapêuticos nos quais o profissional que exerce essa função pode e deve participar dos projetos de cuidados individual e coletivo (BRASIL, 2013).

O matriciamento acontecerá, portanto, nos casos em que a equipe de referência sinta necessidade de apoio para desenvolver seu trabalho, especialmente diante de situações difíceis de serem conduzidas pela equipe e que necessitem do olhar e de saberes de outros serviços, para agregar novos conhecimentos e para ampliar a compreensão, as possibilidades e a capacidade de intervenção das equipes (BRASIL, 2013).

Os profissionais citam que sua formação também se verifica com os colegas da equipe e por meio da coordenação do Consultório de Rua. A ajuda mútua entre

os colegas de equipe é apontada como imprescindível, para que o trabalho ocorra de maneira adequada, bem como as reuniões periódicas das equipes, geralmente às sextas-feiras, para discussão de casos e para formações com assuntos de seu interesse.

A coordenação do Consultório de Rua é vista como um ponto essencial de apoio para as equipes. Por ser uma pessoa de vasta experiência e muito presente, é a referência técnica dos profissionais e, portanto, os mesmos usam as reuniões realizadas com essa coordenação como espaços formativos, para tirarem dúvidas e para aprendem muito sobre os mais variados temas.

Os achados corroboram a literatura, ao dizerem que a supervisão é um dispositivo de formação permanente, que possibilita a atuação corresponsável das equipes, facilita o diálogo sobre as temáticas, casos e situações expostas, facilitando o manejo dos desafios do trabalho clínico da atenção em saúde mental. Sua atuação deve ser de forma a compartilhar a gestão dos casos e a auxiliar os profissionais a enfrentarem os impasses recorrentes do cotidiano do trabalho, levando em conta a integração da equipe, para a construção de projetos terapêuticos que considerem as necessidades do sujeito, as da Rede e as do território, e garantindo sua autonomia para a tomada de decisões (SILVA *et al.*, 2012; SEVERO; L'ABBATE; CAMPOS, 2014; FERREIRA; GOYATÁ, 2010; COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2007).

A supervisão é um dispositivo delicado, que exige cuidados e uma escuta atenta, cuja função essencial é possibilitar a palavra. A supervisão deve ser “clínico-institucional”, no sentido de que a discussão dos casos clínicos deve sempre levar em conta o contexto institucional; isto é, o serviço, a Rede, a gestão, a política pública (FERREIRA; GOYATÁ, 2010; COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2007).

Os supervisores podem ter formações teórica e prática diversas e sua presença deve sustentar a ação dos profissionais, nos serviços da Rede pública, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento, a partir da própria prática clínica, atentando para a diversidade de profissionais presentes (SILVA *et al.*, 2012; SEVERO; L'ABBATE; CAMPOS, 2014). O exercício da supervisão não é leigo, mas não se restringe à academia. Há um saber de experiência a ser compartilhado, apurado, requintado (FERREIRA; GOYATÁ, 2010).

O trabalho em equipe, na área da saúde, apontado no estudo como forte momento de formação, requer a articulação multiprofissional, o que é extremamente rico, por propiciar o levantamento de diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno, possibilitando a compreensão da importância da interdisciplinaridade. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de a prática de um profissional modificar-se, ao observar e aprender com a prática do outro, ambos sendo transformados, para a intervenção na realidade em que estão inseridos. A abordagem integral dos indivíduos é, portanto, facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes, causando um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007; PAIVA *et al.*, 2015).

Silva, Frazão e Linhares (2014) argumentam que, no Consultório de Rua, o trabalho em equipe é importante, por permitir um cuidado integral às pessoas em situação de rua. Ao sentirem-se pertencentes àquele território e àquele grupo, a *práxis* acontece de maneira a proporcionar o entendimento de que cada profissional tem um olhar diferenciado para um mesmo objeto e saberes plurais, das diferentes áreas do conhecimento, proporcionando, assim, momentos ricos de formação.

As modalidades epistêmicas e as presunções valorativas presentes nesses excertos demonstram que a formação para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, ocorre de maneira eficiente, dentro do próprio Consultório, com os colegas e com a coordenação, e dentro da Rede de Saúde Mental. Os profissionais citam que existem capacitações periódicas, no trabalho, reuniões e supervisões de equipes, além do total apoio da referência técnica. Nota-se, portanto, que para que esses espaços sejam verdadeiramente formativos, é necessário que o profissional esteja disponível para aprender, para trabalhar em equipe e para buscar novos conhecimentos fora da Rede.

Verifica-se, portanto, que a formação ainda é um desafio muito grande, para os profissionais que desejam atuar nessa área. É necessário, assim, repensar os currículos e oferecer vivências a esse público, para facilitar o processo de aprendizagem e para favorecer experiências que os toquem e que mudem o jeito como enxergam essas mulheres, conforme veremos no próximo tópico.

4.3.2 A experiência

A experiência foi apontada pelos entrevistados como uma forma importante de aprendizagem, para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

Observa-se, nos discursos, que a experiência é algo que os toca, os move, que proporciona mudanças e transformações, tanto em sua vida pessoal como na profissional. A aprendizagem experiencial ocorre de uma maneira diferente da formação formal – constrói-se sobre a vida, sobre o outro, sobre o que causa mudança no olhar para com as mulheres, a rua e a droga, permitindo a quebra de preconceitos e de estigmas.

A palavra ‘experiência’ é algo recorrente, nos discursos dos profissionais, demonstrando que há uma associação entre aprendizagem e vivência, sendo esta uma das lembranças desses profissionais, ao serem questionados sobre sua formação para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

“[...] E aí eu acho que das coisas que me... que mais me ajudam mesmo nesse trabalho são as minhas **experiências** que me fizeram ter essa postura de, tipo assim, de uma escuta livre de... de... de é isso que eu não sei o que que é o bem pro outro.” (E01).

“É... (+5s). Eu acho que a **experiência** mesmo, sabe? E aprendendo... todo dia aprendendo, né? [...]” (E05).

“[...] E com o **tempo eu fui pegando esse jeito** que eu acho que é bem... um lugar que você **vai recalculando a sua... a sua postura e jeito que você vai falando com as pessoas** a partir das **experiências** que você vai tendo mesmo, assim.” (E11).

Identifica-se, nos discursos, que os profissionais indicam as experiências como algo que mais os ajudaram, no manejo com as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, ao citarem que elas foram responsáveis por mudanças de posturas, por uma escuta livre de preconceitos, de estigmas e de julgamentos de valor, além de terem sido essenciais, no dia a dia, para uma formação profissional e um desenvolvimento pessoal mais críticos.

Essas experiências são expressas de três maneiras: como pessoais, como profissionais e de percepção do outro. As experiências pessoais foram expressas, neste estudo, como aquelas ocorridas no contexto de vida do sujeito, fora de seu trabalho no Consultório de Rua. Foram citadas, por exemplo, a vida na periferia, o

contato constante com usuários de drogas, o conhecimento do senso comum e o entendimento da vida, aprendido em sociedade.

As modalidades epistêmicas presentes nas palavras marcadas ‘né?’ e ‘assim’ demonstram a necessidade de reafirmarem e de mostrarem que o que é dito é verdadeiro. O uso das expressões ‘outro ponto’ e ‘outra forma’ apresenta as afirmações avaliativas de que os entrevistados comprometem-se, ao avaliarem de maneira diferente a sua aprendizagem como profissionais, pelo fato de terem tido experiências pessoais anteriores.

“No meu trabalho, por exemplo, **eu venho de periferia, né?** Então... (+2s) é da... é você estar num outro ponto, **né**, de você não tá enquanto morador, enquanto vizinho, você tá num **outro ponto** vindo de uma **outra forma** enquanto profissional. Então você já tem aquela... aquilo convívio, **assim...**” (E05).

“[...] E vai da **experiência** também, **né**, de cada um, do que você traz no bojo mesmo, **né**, de... de... de conhecimento, de entendimento da vida, **né**, esse... esse lugar ajuda bastante também [...]” (E13).

Os processos existenciais estão presentes nessas falas. São expressos pela existência do participante (o seu “estar no mundo”), representados pelos verbos ‘existir’, ‘haver’, ‘ter atribuído’, ‘ter identidade’ e ‘simbolizar’. Os profissionais representam esse processo, ao falarem de suas experiências pessoais e do quanto elas os mudaram, apresentando, assim, as estratégias formativas utilizadas por eles que geraram aprendizados experienciais.

Ao dizerem dessas experiências pessoais, nota-se que os participantes as consideram de extrema importância, positivas e complementares aos demais tipos de experiências.

As experiências profissionais presentes nos discursos dizem daquelas ofertadas no ambiente de trabalho do Consultório de Rua, entre elas as visitas, as conversas com as usuárias, o trabalho em equipe e os manejos em conjunto com profissionais de outros serviços da Rede.

As modalidades epistêmicas presentes nas palavras marcadas ‘mais’, ‘né?’, ‘assim’, ‘sabe?’, ‘mesmo’ e ‘de fato’ mostram a necessidade de afirmar o que se diz como verdade. O uso da expressão ‘completamente diferente’ apresenta a afirmação avaliativa positiva que o entrevistado faz sobre si mesmo, ao comparar a sua vida antes e depois de passar pela experiência profissional do Consultório de Rua.

“[...] Conhecer o funcionamento da droga, **né**, no organismo, é...é **mais** essa questão teórica, assim, **mas na rua eu conheci é o funcionamento da droga de uma outra forma, né?** Da forma que as mulheres vivenciam **assim**, como uma saída, como um refúgio, **isso eu descobri mais foi na prática** com essas mulheres, **assim** [...] assim, sabendo o que que ela usa o crack por essa questão assim, por um refúgio, na maioria das vezes, por um refúgio de estar na rua. É... como auxílio pra aliviar a dor e tal...” (E04).

“É... (+5s). Eu acho que a **experiência** mesmo, **sabe?** E aprendendo... todo dia aprendendo, **né?** [...]. Eu não me sinto que eu vim pronta. **Você aprende todo dia ((chora))**. Todo dia você aprende, **assim** (+3). **Eu acho que a maior formação é essa mesmo. De estar aberta para construções, né?** E arranjos, articulações, discussões. O trabalho em equipe é importantíssimo! O fortalecimento de Redes. Eu acho que **é construindo assim mesmo**, no dia a dia. Acho que ninguém vem pronto ((chora)).” (E05).

“Então, assim, a... eu falo que hoje eu sou uma (XXX) **completamente diferente** da (XXX) que entrou aqui em 2013 [...]” (E10).

O processo mental, conforme Halliday (1994) e Halliday e Matthiessen (2004), é representado pelas experiências internas (lembranças, reações, reflexões e estados de espírito), por meio do lembrar, do pensar, do imaginar, do gostar e do querer. As reflexões feitas acerca das experiências vividas no Consultório de Rua, suas implicações para a vida pessoal e para a profissional, e a respeito de como lidar com o outro demonstram esse tipo de processo, presente nas falas sobre suas experiências profissionais e nas estratégias utilizadas.

Essas experiências são ditas como muito positivas e surpreendentes, por proporcionarem aos profissionais um novo olhar sobre a droga e sobre o viver na rua. Apreende-se que elas proporcionaram um novo aprendizado, a cada dia, e uma mudança de atitudes, tanto pessoal quanto profissional, quebrando preconceitos e estigmas.

A literatura aponta que as experiências pessoais e as profissionais, atreladas à prontidão para aprender, contribuem para estabelecer as necessidades de aprendizagem, com vistas à capacitação para a execução de tarefas ou de problemas com os quais se tem de lidar, no ambiente profissional (FREITAS, 2016).

Vivenciada, na maioria dos casos, na fase adulta, a prática profissional possibilita a aquisição de novas experiências, que não estão desassociadas de experiências como as da educação formal e as sociais. Como resultado das práticas profissionais, os indivíduos podem alcançar o autodesenvolvimento, melhorar os relacionamentos interpessoais, enfrentar desafios ou, ainda, tornarem-se líderes (BITTENCOURT, 2005).

As experiências profissionais possibilitam um aprendizado integrado com a realidade. A teoria atua como a base para o aprendizado, que pode ser reforçado com a prática profissional. A prática é o momento de testar as habilidades adquiridas anteriormente, seja na educação formal ou na formação pessoal, e fornece segurança, na tomada de decisão dos profissionais (SANTOS; SILVA, 2012).

Outra experiência citada por eles é relacionada à percepção do outro. Essa acontece no momento em que o profissional lida diretamente com uma usuária de crack e de outras drogas, em situação de rua, tanto ajudando-a, nas suas questões de saúde e de vida, quanto na escuta e na criação de vínculo.

A necessidade de reafirmação dos conteúdos como verdadeiros estão presentes nas palavras marcadas ‘né?’, ‘assim’, ‘sabe?’ e ‘de fato’, nos trechos abaixo. O uso das expressões ‘outro lado’, ‘não adianta muito’ e ‘lugar de reflexão’ apresentam as afirmações avaliativas que os entrevistados fizeram sobre a importância da experiência, para uma melhor percepção do outro e para a saída da zona de conforto do senso comum, presente em suas vidas, antes do contato com essas usuárias:

“[...] e a gente começa a ver as pessoas, assim, de uma forma diferente, **sabe?** A gente começa a ver esse uso de uma outra forma, assim. **Não de uma forma que a mídia coloca, a gente começa a ver esse uso de um outro lado, assim.**” (E04).

“[...] E... e pra você tá você tem que tá disposta a aprender, **assim, não adianta muito** chegar com um **conhecimento muito engessado, porque a coisa vai... quebrando em vários pontos, assim.** [...] E o acompanhamento da usuária, o vínculo, então é uma coisa que você tem que tá MUITO disposta a tá... a tá presente (+1s).” (E11).

“É... Um outro fato, assim, importante pro profissional estar nessa condição é... inclusive, que isso vai autorizar a permanência dele no território e na relação e... e principalmente **nas relações ao fazer o vínculo é o profissional se despir de preconceitos. Ele tem que tá ali sem julgamento moral algum, porque você, nessa condição, você escuta tudo.** [...] **Então pra fazer vínculo você vai ter que, de fato, de DESCONSTRUIR** pra vir coisas novas, **né,** e entender o porquê daquilo tudo, **né?** Entender a questão da droga, a questão da mulher, porque que essa mulher foi pra rua, **né?** [...] É você se colocar de uma maneira muito tranquila e se despir desse juízo moral ao escutar e ao ACOLHER o outro.” (E13).

“[...] Então, esse... esse trabalho no Consultório de Rua é um trabalho que você é... tem que tá disponível pro outro e você tem que tá aberto pra aprender com o outro, você tem que ser muito observador, **né?** [...] É o fator espelho, **né,** de quando você se coloca num lugar e tenta perceber o outro. Se você não tiver com essa percepção, você não vai compreender ou dimensionar um pouco do que é aquilo, **né?** Você tem que pegar aquilo tudo assim eu... eu... todos os dias no Consultório de Rua a gente vai pra

casa com algo que mexe com a gente, que te faz repensar muita coisa. Num é...num é uma rotina, **né** [...] mas depois você vai aprendendo ao longo do tempo o lugar que você... é um **lugar de reflexão**.” (E13).

As experiências com as usuárias são ditas como muito positivas e surpreendentes, ao proporcionarem aos profissionais um novo olhar para as usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, e um outro entendimento do papel da droga nas vidas dessas pessoas, bem como sobre o significado do que seja estar na rua. A experiência possibilita desconstruir a perspectiva do que se denomina saudável e quebra preconceitos e estigmas, por meio da transformação dos profissionais, que passam a dar voz às mulheres e a proporcionar um melhor atendimento a essa população. Para que isso ocorra, é necessário que o profissional esteja aberto à novidade, disposto a ouvir e a acolher o outro.

Ao confrontar a literatura, observa-se que é de suma importância que os profissionais, vistos como educadores, e os usuários, vistos como educandos, estejam em constante troca, para que haja o aprendizado.

Nas palavras do educador Paulo Freire (2003), não existe ensino sem aprendizagem. Para ele e para vários outros educadores contemporâneos, educar alguém é um processo dialógico, um intercâmbio constante. Nessa relação de ensino-aprendizagem, educador e educando trocam de papéis, o tempo inteiro: o educando aprende, ao passo que ensina, e o educador ensina e aprende com o outro.

Para que isso ocorra de maneira adequada, é necessário que a relação profissional-usuário seja pautada na comunicação, que ambos visem a compartilhar decisões e projetos de vida e que não se limitem a esclarecimentos acerca dos tratamentos e exames. É preciso, além disso, que seja determinada a partir do agir cotidiano, que reflita a produção de sentidos acarretada das relações das práticas de cuidado (LIMA *et al.*, 2014).

Observa-se, nas falas, o estigma frente ao usuário de droga e à mulher usuária. No que se refere aos usuários de drogas, além dos estigmas de “louco”, “sem razão”, “imprevisível”, também é-lhe atribuído o estigma de “drogado”, especialmente quando esses usuários estão associados às drogas ilícitas, que são frequentemente relacionadas a desvios de conduta, ao fracasso e ao crime (HARTMANN, 2013). Ancorados na representação dos doentes mentais, enquanto sujeitos destituídos da razão, mas agravados pela ilicitude do ato, os usuários de

drogas são vistos como mais imprevisíveis, mais violentos e mais responsáveis por seu problema do que indivíduos afetados por outros transtornos mentais (RONZANI; NOTO e SILVEIRA, 2014).

Entre as diversas condições de saúde comumente estigmatizadas pela sociedade, as decorrentes do uso de álcool e de outras drogas são uma das questões que mais apresentam conotação moralizante, no mundo, sobretudo se tiverem como foco usuários de uma substância ilícita (FORTNEY *et al.*, 2005). Sobre essa lógica, pensar no usuário de drogas como “ameaça social” é imprimir-lhe os estigmas de “nocivo” e de “indesejável”; ou seja, de fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão, reforçando o caráter simbólico do imaginário social, segundo o qual os sujeitos estigmatizados são considerados incapazes e prejudiciais à interação sadia na comunidade (MEDEIROS; MACIEL; SOUSA, 2017).

Com relação às mulheres usuárias de crack e de outras drogas, há uma narrativa histórica recente, nos registros, construída a partir da condição de transgressoras das regras e das normas estipuladas socialmente, para o exercício da feminilidade: está vinculada à prática da prostituição, que é considerada como uma ameaça para a construção da família (MACEDO; ROSO; LARA, 2015). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo com usuárias de crack conduzido por Maciel e Medeiros (2017), no qual as mulheres relataram serem rotuladas pela sociedade como mulheres “sem valor”, “prostitutas” e “irresponsáveis”, sofrendo com situações de preconceito e de estigmatização.

Esse modo de representar a mulher usuária faz menção a uma identidade feminina deteriorada, designado por Goffman (2006) como estigma social, decorrente da sucessão de fatos históricos nos quais se responsabilizam os sujeitos, mediante os seus comportamentos, pelos danos causados ao meio social, com uma consequente desvalorização do portador do estigma. Uma das consequências do estigma, para o indivíduo estigmatizado, é a sua internalização. Autores como Ronzani, Noto e Silveira (2014), Sibitze colaboradores (2011) afirmam que o estigma internalizado é um processo subjetivo caracterizado pela concordância e pela aplicação dos estereótipos sociais a si próprios.

4.3.3 A aprendizagem experiencial

Os profissionais relatam, também, como ocorre a aprendizagem, após o processo formativo pela experiência: no contato com a equipe, com a usuária e pelo fazer do cotidiano de trabalho.

O contato com a equipe é citado pelos profissionais como uma estratégia para aprender pela experiência. A equipe, nesse caso, é responsável por ensinar, por cuidar e por acompanhar os recém-chegados e por reunir-se com eles, periodicamente, para a discussão de casos. Os profissionais mais velhos da equipe são vistos como exemplos para os demais, o que proporciona momentos de aprendizagem bem interessantes e potentes.

Ao utilizarem a palavra ‘muito’ para representar a importância do trabalho em equipe, visto que ele é a porta de entrada para o conhecimento do serviço e das usuárias, os profissionais afirmam suas avaliações positivas. Os discursos a seguir dizem desse tipo de aprendizagem:

“[...] eu acho que **é muito** importante no Consultório de Rua a equipe, o trabalho em equipe, então eu aprendo **muito** com o manejo das outras [...]. E aí a gente vai aprendendo uma com as outras assim, como é o manejo, e tal [...].Cê vai na hora e **é** uma coisa do encontro também, do vínculo, é com a pessoa... enfim...” (E01).

“[...] **a formação eu acho que se dá muito dessa relação da equipe**, assim [...]” (E11).

No excerto de E01, identifica-se o processo de natureza relacional, representado pelos verbos ‘ser’, ‘estar’, ‘parecer’ e ‘ter’. Nos discursos, esses processos apresentam-se nas falas que tratam do relacionamento com a equipe, situando-o como algo que proporciona um melhor conhecimento do serviço, do funcionamento da droga e da rua, e do contato adequado com as usuárias.

Os achados indicam que as experiências vivenciadas pelos profissionais, no Consultório de Rua são marcadas pela observação reflexiva. Segundo Kolb (2014), ao observarem o manejo de outro profissional mais experiente, da equipe, e ao refletirem acerca daquele processo, gerando dúvidas e novos aprendizados, os profissionais também estão aprendendo.

O contato com a usuária também proporciona aprendizagem, quando é vivenciado com acolhimento e com escuta e quando há criação de vínculo. Os

profissionais mencionam que ajudar as mulheres, nos aspectos relacionados à saúde e à interlocução com os demais serviços da Rede, mobiliza conhecimentos e atitudes, gerando aprendizados. As declarações apresentam presunções valorativas positivas, revelando a importância e a potência desses momentos, no processo de aprendizagem.

“[...] **Eu sinto que eu aprendo o tempo inteiro** e tem uma coisa de... que o saber não tá na gente, sabe? De que o saber tá no outro e que a gente consegue construir com o outro a partir do saber dele, que o sujeito direciona pra gente o cuidado e de que a gente problematiza algumas coisas, mas que não é do meu jeito, é do jeito dele, sabe? E **eu acho isso tão potente**, porque isso **o cuidado se reinventa** a partir do contato que a gente tem com cada sujeito, sabe?” (E02).

“[...] A partir dos casos acompanhados, porque muito a gente aprende é na prática mesmo, é com as mulheres, é na rua a partir do que ela fala, então **muito foi com elas mesmo.**” (E04).

“[...] É... e aí a gente vai... porque **é o vínculo mesmo, é uma troca, né?** Não tem nenhuma possibilidade de qualquer tipo de intervenção que... não seja pela **autorização do sujeito**. E o Consultório de Rua não tem como, o sujeito precisa autorizar qualquer que seja, né [...] Então eu penso que é muito nesse sentido de saber que **o outro é que vai apontar o que que é o caminho (+4s).**” (E07).

“É... eu te confesso que... aprendi e **tô aprendendo a cada dia a fazer uma clínica na rua com os usuários** que a gente encontra todo dia. É... **te confesso que tenho aprendido muito**, é, tenho passado por vários desafios pra poder construir com cada um desses sujeitos, né, que a gente encontra todos os dias, cada um com uma história, cada um com uma necessidade, cada um partindo de um ponto, né? Aprendo muito a cada dia escutá-los e deixar que eles apontem o caminho que eles vão dando conta de construir...” (E08).

Os discursos são marcados por processos relacionais, ao mencionarem a criação de vínculo com as usuárias, a escuta, a troca, o cuidado de vida e a saúde das mulheres em situação de rua. Pode-se apreender que os profissionais apresentam as importantes relações que eles criam com as usuárias, muitas vezes, extrapolando o lado profissional. Esse processo retrata as estratégias utilizadas, que geram aprendizados experienciais, as facilidades e os desafios desse processo.

A etapa de experiência concreta (KOLB, 2014) está presente e conforma a aprendizagem dos profissionais. Essa experiência acontece ao sentirem e vivenciarem momentos com as mulheres, atuando junto delas, ouvindo suas queixas e demandas e buscando soluções para seus problemas, de forma concreta, no próprio Consultório de Rua ou nos demais serviços da Rede.

A literatura aponta que o vínculo é um recurso terapêutico que ocasiona o encontro e o seguimento de um determinado usuário, permitindo ao binômio profissional-usuário atingir os objetivos e as metas traçados (SANTOS; MIRANDA, 2016). O vínculo também permite a desconstrução da hierarquia do profissional a respeito do usuário, ao construir uma maior aproximação entre ambos, por meio de períodos de conversação, de escuta e de troca de conhecimentos. Qualquer abordagem assistencial entre profissional de saúde e usuário produz-se por meio de um trabalho vivo, em que coexistem diversos processos relacionais, advindos do encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, gerando momentos de escuta, de trocas, de conflitos, de responsabilização, de compromisso, de confiança, gerando, conseqüentemente, um vínculo (MEDEIROS *et al.*, 2010)

Nesse contexto, pode-se considerar o vínculo como uma “tecnologia leve” do cuidado, pois permite que os profissionais conheçam os usuários, suas prioridades e suas singularidades (FRANCO, 2012), facilitando que compreendam seus problemas, que os sigam e que encontrem a melhor forma de intervenção e de tratamento desses usuários (SANTOS; MIRANDA, 2016).

A ocorrência de aprendizagem no cotidiano de trabalho foi recorrente, na fala dos entrevistados, e indicada pela temporalidade. Eram aprendizados que aconteciam dentro do ambiente de trabalho do Consultório de Rua, à medida que a demanda chegava. Muitos profissionais não eram da área da saúde e, portanto, nunca tiveram contato com usuáries de crack e de outras drogas, em situação de rua. Seu aprendizado ocorreu, inteiramente, naquele contexto de trabalho. A base do trabalho pelo cotidiano verifica-se no recurso da tentativa e do erro, motivando os profissionais a refletirem sempre e a proporem novas intervenções, quando necessário.

“[...] **eu acho** que é um aprendizado que a gente vai tendo ali no... no... no... **na medida que a coisa vai acontecendo, sabe?** Uma coisa que a gente vai adquirindo ali **mesmo** no... (+4s)... é um saber fazer que é do... do... desse trabalho que é bem... meio que você vai aprendendo ali no cotidiano do trabalho **mesmo**... assim não sei!” (E01).

“Bom... Então pra essa situação a minha formação foi **dentro do Consultório de Rua mesmo** [...]. Então não tem uma formação para lidar com usuários de drogas em situação de rua, **né?** [...] o lidar com o usuário de drogas em situação de rua é só o Consultório de Rua mesmo, **trabalhando, né... na... com a equipe, participando de várias formações pra poder entender** [...]” (E06).

As modalidades epistêmicas ‘eu acho’, ‘sabe?’, ‘mesmo’ e ‘né?’, presentes nos discursos, dizem da verdade com que os profissionais expressam a presença da formação pela experiência por meio do cotidiano de trabalho. O aprendizado acontece ali mesmo, no ambiente de trabalho, no fazer do dia a dia e nas dificuldades enfrentadas.

Os processos mentais utilizados nos discursos revelam as experiências internas dos profissionais, ao aprenderem com as diversas situações que vão surgindo. A cada tentativa e a cada erro, ocorrem reflexões que fazem com que os profissionais criem novas estratégias, para lidar com as mulheres usuárias crack e de outras drogas, em situações de rua. Nota-se que os desafios e as facilidades são apontados como desencadeadores de mudanças e de novos aprendizados.

“E... e... e essa **questão de manejo e atuação com esse público que eu acho que é muito da ordem da vivência**, assim, principalmente, no Consultório de Rua essa questão de como... como que você atua com uma pessoa que tá na rua, porque a rua ela... ela tem uma concepção de uma via pública, né? Mas quando você escolhe trabalhar com pessoas que estão em situação de rua, você tem que entender que **a rua tem um significado pro José, pro João, pra Maria ou pra Alice COMPLETAMENTE diferente que pra mim. [...] E eu acho que isso não tem faculdade nenhuma que te passa isso, assim, não tem estágio. É muito da ordem da vivência de se autorizar a entender qual que é o significado de estar na rua é, né.**” (E09).

“[...] **É... de fato, eu fui me FORMANDO, assim, na prática**, pra trabalhar com população em situação de rua, em uso prejudicial de álcool e drogas e dentro da Política de Redução de Danos [...]” (E10).

“**A gente vai aprendendo no dia a dia mesmo.** A gente pega um pouco do que a gente tem de base, né, e vai acrescentando o que a gente vai vivendo durante a prática [...]” (E15).

Como parte do ciclo de aprendizagem (KOLB, 2014), a etapa da experiência concreta é vivenciada no fazer cotidiano do trabalho no Consultório de Rua. Os profissionais mencionam que essa vivência é muito importante para seu processo de formação, como pessoas e como profissionais. Há necessidade, obrigação e valoração positiva desse tipo de aprendizagem, marcada nos discursos por meio das afirmações que indicam o quão necessário é perceber o outro e entender os fenômenos da droga, da rua, da vida das mulheres.

O processo mental é representado pelas experiências internas do indivíduo, pelo uso dos verbos ‘lembrar’, ‘pensar’, ‘imaginar’, ‘gostar’ e ‘querer’. Ao depararem a vivência da rua, concretamente, no trabalho, os profissionais citam que, ao pensarem sobre situações acontecidas, anteriormente, e até mesmo ao discutirem

com os demais membros da equipe ou com o usuário, é possível aprender novas formas de lidar com as mulheres.

Os achados deste estudo corroboram a literatura, ao indicarem que a aprendizagem experiencial assenta-se na premissa de que todo desenvolvimento profissional prospectivo decorre da aprendizagem atual, assim como o desenvolvimento já constituído é imprescindível para o aprendizado (PIMENTEL, 2007).

Para Kolb (2014), o homem é um ser integrado ao meio natural e ao cultural, capaz de aprender a partir de sua experiência e da reflexão consciente sobre ela, e ao empenhar-se na obtenção de aprendizado que lhe faça sentido.

A aprendizagem experiencial apoia-se no entendimento da possibilidade de constante transformação, influenciada pelo contexto social do indivíduo, que é capaz de criar e de recriar o seu próprio conhecimento, por meio da experiência (KOLB, 2014).

Kolb (2014) descreve o processo de aprendizagem, tendo como base um ciclo contínuo de quatro estágios, quais sejam: a experiência concreta (sentir), a observação reflexiva (observar), a conceitualização abstrata (pensar) e a experimentação ativa (fazer). O aprendiz, para ser efetivo, deve estar apto a envolver-se completa, abertamente e sem preconceitos, em novas experiências; deve ser capaz de refletir sobre e de observar as experiências por várias perspectivas; deve ser capaz de criar conceitos que integrem suas observações em teorias logicamente plausíveis e de usar as teorias na tomada de decisões e na resolução de problemas.

Evidencia-se que a aprendizagem experiencial é uma potente e a mais importante forma de formação para os profissionais que atendem a mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

Frente aos achados deste estudo, podemos identificar que o aprendizado dos profissionais do Consultório de Rua, para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, ocorre em duas perspectivas. A primeira, a educação formal realizada por meio de cursos de graduação e de educação continuada, apresenta conteúdos variados de saúde mental, nas disciplinas, nos estágios, nas especializações (residência e mestrado), na formação em outros trabalhos, anteriores ao Consultório de Rua, dentro ou fora dele. A segunda perspectiva da aprendizagem é aquela que acontece na vivência do trabalho no Consultório de Rua, acionando experiências

pessoais e a atuação profissional, que toca o profissional de maneira tão intensa, que permite uma mudança de atitudes e de pensamentos, mudando também o seu jeito de lidar com as usuárias.

Nesse processo, conforma-se o ciclo da aprendizagem experiencial com Observação Reflexiva, que se dá quando um profissional observa outro mais experiente e reflete sobre o que viu, transformando o seu aprendizado, e com a Experiência Concreta, que ocorre quando o profissional sente e vivencia o fazer do Consultório de Rua junto da equipe e das mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, buscando soluções concretas para seus problemas.

5 SÍNTESE INTERPRETATIVA

Os resultados deste estudo permitiram a compreensão de como se verifica o processo de formação dos profissionais do Consultório de Rua, para lidarem com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua. Proporcionaram, além disso, o conhecimento do entendimento dos profissionais acerca da mulher em situação de rua, dos desafios e das limitações desse contexto e das estratégias utilizadas por elas e pelos profissionais que as atendem, para superar esses desafios.

Ao utilizar o método da Análise do Discurso Crítica para análise dos dados deste estudo, esperou-se que este fosse capaz de ir além do descrever resultados, mas que ajudasse na transformação social e na quebra de paradigmas.

A vida na rua e o uso de drogas são, atualmente, assuntos polêmicos, carregados de estigmas e de preconceitos, de afirmativas do senso comum e de pouca verdade. Políticas públicas que visam ao bem-estar de saúde e social dessa população são escassas. A formação dos profissionais que lidam, diariamente, com esse público não abarca, ainda hoje, os conteúdos, as estratégias e os temas necessários para um atendimento de qualidade e uma atenção humanizada; por isso, afirma-se que criticar sem entender o contexto de vida da rua e do uso da droga e não dar voz à população, para que possa expressar seus anseios e suas demandas só aumenta as dificuldades enfrentadas, cotidianamente, por essas mulheres.

Buscou-se, por meio dos dados deste estudo, apresentar os principais indicativos de transformações sociais relativas às mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, e à formação dos profissionais intimamente ligados ao seu atendimento.

A primeira delas foi a possibilidade de os profissionais enxergarem essas mulheres para além do processo gestacional, puerperal ou de sua relação com os filhos. Ao serem questionados sobre as mulheres em situação de rua, os profissionais lembravam-se, imediatamente, de casos de gestantes. Logo notavam, porém, outras situações em que atuaram com mulheres, como, por exemplo, aquelas que estavam em situação de violência e as situações referentes ao cuidado com o corpo. Acredito que isso aumenta a visibilidade dessa mulher para o profissional e, conseqüentemente, melhora a sua atuação.

Por outro lado, apresentar os dados relativos às mais variadas condições vivenciadas pelas mulheres, nas ruas, possibilita à sociedade visualizar que elas vivem situações iguais às de qualquer outra mulher, embora com maior frequência, intensidade e gravidade, devido à sua questão de maior vulnerabilidade. As mulheres em situação de rua sofrem violência, engravidam, perdem seus filhos, perdem o contato com a família, ficam doentes, precisam de ajuda e criam vínculos com quem lhes quer bem, dentre tantas outras coisas. Devido à sua vulnerabilidade, as dificuldades vivenciadas pelas mulheres em situação de rua são imensas e agravadas pela falta de moradia, de higiene, de acesso a serviços de saúde e até a documentos. Entender essas questões possibilita a quebra das barreiras invisíveis colocadas entre as mulheres da rua e as da sociedade, em geral, permite o entendimento do porquê isso acontece e da condição de maior vulnerabilidade a que estão expostas. Propicia, também, a luta por políticas públicas que abarquem as necessidades dessas mulheres, entendendo isso como um direito garantido, no Brasil, pela Constituição Federal de 1988.

Os profissionais, ao citarem as dificuldades enfrentadas, no atendimento a essas mulheres, e os casos que mais os marcaram, demonstram os seus próprios preconceitos e os sentimentos relacionados a esse cuidado. Isso possibilita momentos de reflexão acerca do seu trabalho e até mesmo da sua vida pessoal, proporcionando, portando, mudanças significativas no seu modo de ver, de agir, de sentir e de experienciar as situações vividas com as mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

As mudanças no manejo do Consultório de Rua, para atender às demandas surgidas, no cotidiano de trabalho, e o lidar, o experienciar as mais variadas formas de violência, de forma tão próxima e latente, possibilitam mudanças de perspectivas e a saída da zona de conforto, causando reflexões acerca de questões éticas e assistenciais muito presentes, no contexto da rua.

Repensar o papel do profissional, da família e da Rede é de fundamental importância, para o entendimento dessas questões e, conseqüentemente, para atingir um atendimento de qualidade.

Trazer à tona a questão da Redução de Danos como uma potente forma de lidar com o fenômeno cada vez mais frequente do uso e do abuso das drogas possibilita um novo olhar em relação ao tratamento dos usuários. Permite mostrar para a sociedade uma nova forma de lidar com o uso abusivo de drogas, para além

do tão difundido e questionável método da abstinência. Proporciona colocar o usuário como ator principal do seu processo de mudança, ouvindo suas dificuldades e suas possibilidades, conferindo-lhe maior autonomia perante seu próprio corpo. Retira o usuário da invisibilidade e coloca-o junto da sociedade, promovendo a criação de novos vínculos e o fortalecimento dos já existentes e concedendo-lhe um apoio, nos percalços do caminho.

A formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, também é apontada como fator de favorecimento de transformação social. Ao notarem que a academia não consegue abarcar os conteúdos necessários relativos à situação de rua e ao uso abusivo de drogas, os próprios profissionais buscam novos conhecimentos e novos processos formativos. Isso possibilita que universidades possam refletir e aprimorar seus currículos, de forma a ofertarem temas que compreendam, além dos aspectos fisiológicos do uso das drogas, também outros como, por exemplo, os aspectos subjetivos dos seus usuários, as demandas e as dificuldades encontradas por eles e seu acesso a bens e a serviços. Permite, também, que esses profissionais levem seus conhecimentos à sociedade e que esta mude o seu olhar para com essa população.

A experiência de vivenciar o dia a dia das mulheres em situação de rua permite que os profissionais aprendam algo novo, que mudem seus pensamentos, em relação a essa população, e que quebrem seus estigmas e seus preconceitos. Possibilita, também, que haja uma maior aproximação da sociedade com essa realidade, quando esses profissionais apresentam seu ambiente de trabalho a outros e batalham por melhores condições de vida perante o Governo e perante as instituições. Só a experiência é capaz de tocar verdadeiramente, de mover e de transformar os sujeitos em agentes de mudança social.

Diante do exposto, espera-se transformação das visões sobre a mulher usuária de crack e de outras drogas, em situação de rua, para que haja garantia de melhorias do bem-estar social dessa população, que já tanto sofre. Espera-se, além disso, que haja a conscientização da necessidade de melhorias, nos processos formativos de profissionais, desde a graduação até a educação permanente, possibilitando um atendimento mais humanizado e de qualidade. A mudança geral só será possível se ambos forem feitos em conjunto e com a articulação de novas Políticas Públicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, faz-se necessário elencar algumas considerações sobre suas limitações, novos aprendizados e perguntas a serem feitas.

Algumas limitações foram observadas, durante a realização do estudo. Os profissionais tiveram mais facilidade de responderem à primeira pergunta que à segunda; portanto, foi necessário o uso de outras perguntas facilitadoras, para chegar ao objetivo proposto. Alguns entrevistados eram mais tímidos e tiveram dificuldade de responder, o que também foi sanado pela pesquisadora.

Constatou-se, também, que por ser um estudo com recorte temporal e local, pesquisas mais amplas sobre o mesmo tema, em cenários de realidades diferentes são desejáveis.

Este estudo permitiu uma profunda imersão no cotidiano de trabalho dos profissionais do Consultório de Rua e uma sensibilização muito grande, por parte da pesquisadora em relação a seus sofrimentos, suas angústias, suas frustrações e seus desejos. Permitiu um novo olhar para o contexto do uso da droga, das lutas feministas e da vivência da rua, sendo de suma importância para seu amadurecimento pessoal e profissional.

Espera-se que este estudo seja importante para o entendimento das necessidades de maior visibilidade dessa população, perante a sociedade e perante os governantes, principalmente, no atual cenário da política brasileira, no qual as minorias e as populações vulneráveis estão sendo cada vez mais apagadas; a meritocracia domina como um modelo de sociedade a ser vangloriado e almejado; as poucas políticas públicas para essa população sofrem a constante ameaça de extinção e, em seu lugar, são criadas outras que em nada possibilitam um progresso na qualidade de vida das minorias e dos vulneráveis; o SUS está sendo sucateado, em favor de uma “nova” política.

Novas perguntas fazem-se necessárias, a partir desta investigação: “como lidar com as burocracias e as constantes ameaças à vida e à saúde das populações vulneráveis? Como usuários podem ajudar, nesse processo de transformação da sociedade? Até que ponto o que é dito pelos profissionais e pela gestão realmente acontece, no cotidiano de trabalho?”.

Acredito na mudança da sociedade e manifesto total apoio aos profissionais do Consultório de Rua, que lidam diariamente com as pessoas em situação de rua,

sendo eles usuários de drogas ou não, e espero por dias melhores em que ambos serão valorizados, entendidos e ouvidos.

Só assim teremos uma nação mais justa, com equidade e dignidade para todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, L. B. dos S. Políticas públicas de saúde da mulher. *In*: FERNANDES, R.A.Q; NARCHI, N.Z. (org.). **Enfermagem e saúde da mulher**. 2 ed. Barueri: Manole, 2013, p. 1-31.
- ALVES, S.V.F. *et al.* O ensino sobre substâncias psicoativas na graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.4, n. 2, p. 244-250, abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/113#>. Acesso em: 11 jun. 2019.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2019.
- AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.
- AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Rio de Janeiro: Editora Letramento, 2018.
- BASTOS, F.I.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- BELO HORIZONTE (MG). **Lei municipal nº 10.625, de 05 de julho de 2013**. Cria o fundo municipal sobre drogas - FUMSD. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2013/1062/10625/lei-ordinaria-n-10625-2013-cria-o-fundo-municipal-sobre-drogas-fumsd>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Resolução nº 01/2015**. Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Belo Horizonte – CMPD-BH e dá outras providências. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1155561>. Acesso em: 24 jan. 2020.
- BITTENCOURT, C.C. A Gestão de Competências como alternativa de formação e desenvolvimento nas organizações: uma reflexão crítica baseada na percepção de um grupo de gestores. *In*: RUAS, R. L.; ANTONELLO, S. C.; BOFF, H. L. (org.). **Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- BRERETON, R.R.N.; GERDTZ, M.B.N. Alcohol and Other Drug (AOD) Education for Hospital Staff: an Integrative Literature Review. **Issues in Mental Health Nursing**, v.38, 2017. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840.2016.1248876?journalCode=imhn20>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo Redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do cuidado: caderno do aluno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRITO, A.A.C. de; SILVA, D.S.; AZEVEDO, D.M. de. Formação do acadêmico de Enfermagem: vivência na atenção a usuários de drogas psicoativas. **Escola Anna**

Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 395-400, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/26.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CAMPOS, F.V. de; SOARES, C.B. Conhecimento dos estudantes de Enfermagem em relação às drogas psicotrópicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n.1, p. 99-108, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/12.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

CASTELO BRANCO, F.M.F.; MONTEIRO, C.F.S.; VARGAS, D. de. Conhecimento dos graduandos de Enfermagem sobre drogas e políticas de enfrentamento às drogas. **Rev. PesqCuid Fundam.** v. 7, n. 2, p. 2215-2228, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3894/pdf_1523. Acesso em: 11 abr. 2019.

COMITÊ INTERSETORIAL DE MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA ESTADUAL PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – COMITÊ POP-RUA-MG. **Recomendações para políticas públicas para pessoas em situação de rua.** Belo Horizonte, 2018.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **O ofício da supervisão e sua importância para a Rede de saúde mental do SUS.** Brasília, 2007.

COSTA, P.H.A. *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 395-404, 2015. Disponível em: [scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140607.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140607.pdf). Acesso em: 21 maio 2019.

CRUZ, M.S. A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas. Eixo Práticas. **ABERTA - Portal de formação a distância: sujeitos, contextos e drogas.** 2017. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

CUNHA, M.A.F.; SOUZA, M.M. **Transitividade e seus contextos de uso.** Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.

DEBONIS, R. Effects of service-learning on graduate nursing students: care and advocacy for the impoverished. **J Nurs Educ.**, v.55, n.1, p.36-40, jan. 2016. Disponível em: <https://www.healio.com/nursing/journals/jne/2016-1-55-1/%7Beb5328f5-edc9-466e-99be-6f62d8ede6f2%7D/effects-of-service-learning-on-graduate-nursing-students-care-and-advocacy-for-the-impoverished#divReadThis>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: textual analysis for social research.** Londres e Nova York: Routledge, 2003.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** 2 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FARIAS, S.M.; GOMES, M.F.M.G.; ALMEIDA, E.L. **Proteção, promoção e reparação dos direitos dos cidadãos em situação de rua**. Belo Horizonte: Marginalia Comunicação, v.4, 2016.

FERREIRA, T.; GOYATÁ, F. A supervisão clínico-institucional: dos riscos e das possibilidades. *In*: LOBOSQUE, Ana Marta (org.). **Caderno Saúde Mental**. Seminário Saúde Mental: os desafios da formação: Belo Horizonte, 2010, v. 3.

FORTNEY, J. *et al.* Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 31, n. 4, p. 418-429, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15602142>. Acesso em: 23 jun. 2019.

FRANCO, E.C.D. A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Revista de Enfermagem da UFSM**; v.2, n. 1, p. 49-58, jan.-abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4002/3142>. Acesso em: 16 mar. 2020.

FRANÇA, A.M.B. de; OLIVEIRA e SILVA, J.M. de. Mulheres em situação de vulnerabilidade: um olhar um olhar à luz da fenomenologia social. **Revista de Enfermagem da UFPE** [on-line], v. 10, n. supl. 2, p. 875-9, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11031/12423>. Acesso em: 18 jun. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FREITAS, M.A.O. Aprendizagem significativa e andragogia na formação continuada de profissionais de saúde. **Universidade Federal de São Paulo**, 2016. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID96/v6_n2_a2016.pdf. Acesso em: 13 mar. 2010.

GEHLEN, M.H. *et al.* Significados da prática educativa em unidade de desintoxicação química. **CogitareEnferm.**, v. 18, n. 2, p. 317-22, abr.-jun. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32581/20696>. Acesso em: 24 mar. 2019.

GOFFMAN, E. **Estigma: la identidad deteriorada**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 2006.

GONÇALVES, S.E. de F. **O ensino do tema drogas na formação do enfermeiro: uma construção coletiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/index.php. Acesso em: 20 maio 2019.

HALLIDAY, M.A.K. **An introduction to functional grammar**. 2 ed. Londres: Arnold, 1994.

HALLIDAY, M. A.K.; MATTHIESSEN, C.M.I.M. **An introduction to functional grammar**. 3 ed. Londres: Arnold, 2004.

HARTMANN, M.R. **Representações sociais e ideologia**: o usuário de drogas segundo Correio do Povo e Zero Hora. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/80075/000901992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 jun. 2019.

HAYES, P.D. Substance abuse integration in nursing education: an innovative collaborative model. **SubstAbus.**, v. 23, n. 1, p. 67-79, mar. 2002. Disponível em: 11 abr. 2019.

HINO, P.; SANTOS, J. de O.; ROSA, A. da S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

HIRDES, A. *et al.* Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde, em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, n. 46, p. 74-89, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n46/n46a07.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Belo Horizonte**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em 23 abr. 2018.

IRLES, D.L.; HUERTES, M.T.P.; TOMÁS, M.C.S. Formación pre-grado en drogo dependencias en las universidades españolas. **Adicciones**, v.16, n.3, p. 197-205, 2004. Disponível em: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/401/401>. Acesso em: 13 jun. 2019.

KANE, I. *et al.* Identifying at risk individuals for drug and alcohol dependence: teaching the competency to students in classroom and clinical settings. **Nurse Educator**, v. 39, n. 3, p. 126-134, 2014. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006223-201405000-00007>. Acesso em: 14 jul. 2019.

KASSADA, D.S. *et al.* Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 5, 2013, p. 467-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a10v26n5.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

KELLY, P. *et al.* Distance Versus On-Site Educational Strategies for Competency-Based Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment Education. **J Addict Nurs.**, v.29, n. 4, p.E1-E8, 2018 Oct/Dec. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30507825>. Acesso em: 12 jul. 2019.

KOCH, I.G.V. **A interação pela linguagem**. São Paulo: Contexto, 1997.

KUZMA, E.K. *et al.* Preparing Advanced Practice Registered Nursing Students to Deliver Adolescent SBIRT for Substance Use. **J Nurs Educ.**, v.1; n. 57, 12, p. 736-

741, 2018 Dec. Disponível em: [HTTPS://www.healio.com/nursing/journals/jne/2018-12-57-12/%7B658e50ba-a012-42b0-923a-828bb5c29718%7D/preparing-advanced-practice-registered-nursing-students-to-deliver-adolescent-sbirt-for-substance-use](https://www.healio.com/nursing/journals/jne/2018-12-57-12/%7B658e50ba-a012-42b0-923a-828bb5c29718%7D/preparing-advanced-practice-registered-nursing-students-to-deliver-adolescent-sbirt-for-substance-use). Acesso em: 16 jul. 2019.

KNOPF-AMELUNG, S. *et al.* Comparison of Instructional Methods for Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Substance Use in Nursing Education. **Nurse Educ.**; v.43, n. 3, p. 123–127, 2018 May. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5929489/>. Acesso em: 16 jul. 2019.

KOLB, D.A. **Experiential learning**: experience as the Source of Learning and Development. New Jersey: Prentice Hall, 1984.

KOLB, D.A. **Experiential learning**: experience as the Source of Learning and Development. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2014.

LIMA, E.H. de *et al.* Adolescência e saúde: indicadores do uso de álcool e outras drogas a partir de um estudo multicêntrico. **Tecer**, v. 8, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/tec/article/view/793/676>. Acesso em: 12 jun. 2019.

LIMA, C.A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista Bioét.** (Impr.); v. 22, n.1, p. 152-60, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)** [online], v. 18, n. 49, pp.251-260, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200251&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jun 2020.

LUIS, M.A.V. *et al.* Partnership between a university and an international organization with a view to drugs research training for Latin American nursing teachers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. spe, p. 307-315, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/pt_v12nspea03.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

MACEDO, F.S.; ROSO, A.; LARA, M.P. Mulheres, saúde e uso de crack: A reprodução do novo racismo na/ pela mídia televisiva. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.4, p.1285- 1298, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01285.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

MACIEL, S.C.; MEDEIROS, K.T. Mulheres usuárias de crack: Enfrentamentos e barreiras sociais. In: ROSO, A. (Org.). **Crítica e dialogicidade em psicologia social: Saúde, minorias sociais e comunicação**. Santa Maria, RS: Ed. UFSM. 2017.

MAGALHÃES, I. **Eu e tu**: a constituição do sujeito no discurso médico. Brasília: Thesaurus, 2000.

MAGALHÃES, I. Teoria crítica do discurso e texto. **Linguagem em (Dis) curso**, v. 4, n. Especial, p. 113-131, 2004. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/293/307. Acesso em: 14 set. 2019.

MARÇON, L.; OLIVEIRA, C.F.; JANUZZI, A.A. Mulheres na rua: produção de cuidado e atravessamentos feministas. In: CARVALHO, S.R. *et al.* (Org.). **Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

MATOS, A.C.N. de. População em situação de rua: a drogadição como escape para fuga da realidade. **Psicologia.pt**, 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A1164.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

MATTA, A.N.B. *et al.* Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da Rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 11, n. 3, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n3/09.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2019.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

MEDEIROS, K.T.; MACIEL, S.C.; SOUSA, P.F. A mulher no contexto das drogas: representações sociais de usuárias em tratamento. **Paideia** (Ribeirão Preto) [online], v. 27, supl. 1, p.439-447, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v27s1/1982-4327-paideia-27-s1-439.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 44.360, de 24 de julho de 2006**. Institui a Política Estadual sobre Drogas, cria o Sistema Estadual Antidrogas e dá outras providências. Belo Horizonte, MG: 2006. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/decreto-n-44360-2006-minas-gerais-institui-a-politica-estadual-sobre-drogas-cria-o-sistema-estadual-antidrogas-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 24 jan. 2020.

MINAS GERAIS. **Lei nº 16.276, de 19 de julho de 2006**. Dispõe sobre a atuação do Estado na prevenção, no tratamento e na redução de danos causados à saúde pelo uso abusivo de álcool e de outras drogas e altera o Artigo 3º da Lei n. 12.296, de 13 de setembro de 1996. Belo Horizonte, MG, 2006. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-16276-2006-minas-gerais-dispoe-sobre-a-atuacao-do-estado-na-prevencao-no-tratamento-e-na-reducao-de-danos->

causados-a-saude-pelo-uso-abusivo-de-alcool-e-outras-drogas-e-altera-o-art-3-da-lei-n-12296-de-13-de-setembro-de-1996. Acesso em: 24 jan. 2020.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 16 ago. 2019.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

MITCHELL, A.M. *et al.* Educating emergency department registered nurses (EDRNs) in screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): changes in attitudes and knowledge over time. **International Emergency Nursing**, v.33, p.32-6, 2017. Disponível em: 15 abr. 2019.

MOREIRA, W.C. *et al.* Álcool e outras drogas: contribuições de uma liga acadêmica para a formação em Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n.3, p.82-88, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6084>. Acesso em: 07 maio 2019.

MUYLAERT, C.J. *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. esp 2, p. 193-199, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

MUZYK, A.J. *et al.* An interprofessional course on substance use disorders for health professions students. **Acad Med.**; v. 92, n. 12, p. 1704-1708, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001766>. Acesso em: 1 jul. 2019.

NASH, A.J. *et al.* Preparing nursing students to work with patients with alcohol or drug-related problems. **Journal of Addictions Nursing**, v.28, n. 3, p. 124-130, 2017. Disponível em: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00060867-201707000-00005.pdf;jsessionid=203E1E973EAF283963250A6164A54D04>. Acesso em: 21 maio 2019.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para discussão. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: 2016.

NICHIATA, L. *et al.* The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line], v.16, n. 5, p. 6, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

OKIDO, A.C.C. *et al.* Gravidez na adolescência: aspectos relacionados à vulnerabilidade. **Revista de Enfermagem da UFPE** [on-line], v. 6, n. 3, p. 666-71, 2012. Disponível em: <HTTPS://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/7145/26115>. Acesso em: 21 ago. 2019.

OLIVEIRA, E.B. de; KESTENBERG, C.C.F.; SILVA, A.V. da. Saúde mental e o ensino sobre drogas na graduação em Enfermagem: as metodologias participativas. **Escola Anna Nery** [on-line], v.11, n.4, p.722-727, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a27.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

PAIVA, M.R.F. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. **SANARE**, v.15, n.2, p.145-153, jun.-dez. 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>. Acesso em: 1 jul. 2019.

PAULA, G.S. de *et al.* Formação profissional do acadêmico de enfermagem e a interdisciplinaridade: relato de experiência em uma clínica psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da UFPE** [on-line], v.5, n. 1, p.140-144, jan.-fev. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 24 maio 2019.

PESSANHA, H.L. **O ensino do fenômeno das drogas na Faculdade de Enfermagem da UERJ**: estratégias pedagógicas desenvolvidas pelos docentes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=105484. Acesso em: 20 maio 2019.

PILLON, S.C.; LUIS, M.A.V.; LARANJEIRA, R. Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. **Revista Hosp. Clin.** São Paulo, v. 58, n. 2, p. 119-124, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812003000200011. Acesso em: 23 abr. 2019.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estud. psicol.** (Natal), v. 12, n. 2, p. 159-168, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a08v12n2.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 23 abr. 2018.

PUSKAR, K. *et al.* Effects of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) education and training on nursing students' attitudes toward working with patients who use alcohol and drugs. **Substance Abuse**, v. 34, n.2, p. 122-128, 2013. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2012.715621>. Acesso em: 23 abr. 2019.

RAIHER, A.P. Condição de pobreza e a vulnerabilidade da mulher brasileira. **Informe Gepec**, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2016. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/viewFile/13531/10017>. Acesso em: 16 jul. 2019.

RAMALHO, V.C.V.S. Constituição da análise de discurso crítica: um percurso teórico-metodológico. **SIGNÓTICA**, v. 17, n. 2, p. 275-298, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/sig/article/view/3731/3486>. Acesso em: 25 ago. 2019.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. **Análise de discurso (para a) crítica**: o texto como material de pesquisa. Campinas: Pontes, 2011.

RASSOOL, G.H.; RAWAF, S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. **Nurse Educ Today**, v. 28, n. 3, p. 284-92, abr. 2008a. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917\(07\)00082-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917(07)00082-2). Acesso em: 23 maio 2019.

RASSOOL, G.H.; RAWAF, S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. **Nurse Educ Today**, v.28, n. 6, p. 691-701, ago. 2008b. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917\(07\)00159-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260-6917(07)00159-1). Acesso em: 23 maio 2019.

RESENDE, V.M.; RAMALHO, V.C.V.S. Análise de discurso crítica: do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas. **Linguagem em (dis)curso**, v. 5, n.1, p. 185-207, jul.-dez. 2004. Disponível em: http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/307/323. Acesso em: 29 set. 2019.

REZENDE, M.A. **Caminhos do cuidado**: uma análise da formação do currículo em saúde mental, crack, álcool e outras drogas para o agente comunitário de saúde e auxiliares e técnicos de Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12049. Acesso em: 20 maio 2019.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014.

RUOFF, A.B. *et al.* Aprendizagem experiencial e criação do conhecimento: aplicações em Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1122/e986.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SANTOS, F.F. dos; FERLA, A.A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface (Botucatu)** [online], v. 21, n. 63, p. 833-44, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160270.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SANTOS, J.D.M. *et al.* O preparo do estudante de Enfermagem frente à problemática das drogas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 3, p. 100-104, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2052/pdf>. Acesso em: 22

abr.2019.

SANTOS, T.S.; LIMA, A.C.F. Desafios da interdisciplinaridade no PET-REDES de atenção psicossocial e atuação da Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE** [on-line], v. 12, n. 5, p.1493-9, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230679/29014>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SANTOS; G.T.; SILVA; A.B. **O Papel da experiência na aprendizagem de alunos do curso de Administração**. XXXVI Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro/RJ – 22 a 26 de setembro de 2012.

SANTOS, R.C.A.; MIRANDA, F.A.N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**., v.6, n.3, p. 350-359, jul.-set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

SÃO PAULO. **Decreto nº 53.795, de 25 de março de 2013**. Institui o Comitê Intersectorial da Política Municipal para população em situação de rua – Comitê POPRUA. São Paulo, SP: 2013. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/DECRET O%20N%2053_795_25_03_201.pdf. Acesso em: 24 maio 2020.

SEVERO, A.K.S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R.T.O. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface** (Botucatu) [on-line], v.18, n.50, p.545-556, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130520.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SIBITZ, I. *et al.* Stigma resistance in patients with schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 2, p. 316-323, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3044638/pdf/sbp048.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SILVA, G.M.*et al.* O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Latino-Americana Psicopat. Fund.**, v. 15, n. 2, p. 309-322, jun.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/07.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SILVA, F.P.da; FRAZÃO, I. da S.; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n. 4, p. 805-814, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

SMOTHERS, Z.M.B.*Set al.* Substance use education in schools of Nursing: a systematic review of the literature. **Nurse Educator**, v. 43, n.1, 2017. Disponível em: https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Abstract/2018/05000/Substance_Use_Education_in_Schools_of_Nursing__A.12.aspx. Acesso em: 19 abr. 2019.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. *In*: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (org). **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2016.

SPRADLEY, J.P. **Participant observation**. Belmont: Wadsworth, 1980.

TANNER, T.B. *et al.* Web-based SBIRT skills training for health professional students and primary care providers. **Substance Abuse**, v.33, n.3, p. 316-320, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3398837/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

TÃNO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29. n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/0103-7331-physis-29-01-e290108.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

THOMAZ, G.C.; OLIVEIRA, J.F. de; BISPO, T.C.F. Vulnerabilidades no envolvimento feminino com drogas: um estudo com mulheres em situação de prisão. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 228-241, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1042/728>. Acesso em: 12 mar. 2019.

THOMPSON, J.B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

TILIO, R. Revisitando a Análise Crítica do Discurso: um instrumental teórico-metodológico. **Revista do Curso de Letras da UNIABEU**, v. I, n. 2, p. 86- 102, 2010. Disponível em: https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RE/article/view/21/pdf_19. Acesso em: 23 set. 2019.

VAN LEEUWEN, T. A representação dos atores sociais. *In*: PEDRO, E.R. (org.) **Análise Crítica do Discurso**: uma perspectiva sociopolítica e funcional. Lisboa: Caminho, 1997, p. 169-222.

VARGAS, D. de *et al.* Concepções de profissionais de Enfermagem de nível médio perante o dependente químico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1063-1068, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1063.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

VASQUEZ, E.; ONIEAL, M.E. Substance abuse education for nurse practitioners in primary care. **Subst Abus.**, v. 23, n.3, supl, p.235-46, set. 2002. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08897070209511518>. Acesso em: 14 maio 2019.

VIEIRA, L.B. *et al.* Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 366-372,

2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0366.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2019.

XIMENES, D.A. **Dicionário Verbetes**. Grupo de estudos sobre trabalhos docentes [on-line], 2014.

ZICKAFOOSE, P.C. Substance use disorder: efficacy of educational strategies in Delaware. **J Contin Educ Nurs.**, v.1, n. 49, 1, p. 42-48, jan.2018. Disponível em: <https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2018-1-49-1/%7B6300d685-9dce-4c5e-9936-b24c0a76e0ec%7D/substance-use-disorder-efficacy-of-educational-strategies-in-delaware#divReadThis>. Acesso em: 12 jun. 2019.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Cuidado a mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua: aprendizagem experiencial e prática dos profissionais de saúde

Prezado(a) Sr.(a),

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima e convidá-lo(a) a participar, voluntariamente, da mesma. O objetivo deste estudo é: analisar a formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, do município de Belo Horizonte/MG. Os objetivos específicos do estudo são identificar as estratégias utilizadas nos processos formativos que geram aprendizados experienciais dos profissionais que atendem a mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua; identificar os conteúdos, temas e referenciais que foram abordados, no processo de formação dos profissionais que atendem a mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, e identificar as facilidades e os desafios encontrados, nesse processo de formação.

Este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer a formação dos profissionais, para atender a mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua, visto que os problemas relacionados a esse uso vêm aumentando, cada dia mais, no país, e que esses profissionais precisam estar preparados para essa nova demanda. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a formação e a prática, no campo da saúde mental, especialmente para a atuação com a população de mulheres usuárias de crack e de outras drogas. Ademais, poderá contribuir para a reflexão das estratégias adotadas no ensino e na educação permanente, apontando as facilidades e os desafios encontrados nesse processo, por meio de um referencial que assume os trabalhadores como sujeitos ativos e participativos, nas experiências vivenciadas. Contribuirá, também, para a formulação de políticas e de ações de qualificação profissional, na temática do uso de crack e de outras drogas em populações vulneráveis. Espera-se que este estudo possa fomentar nos participantes a reflexão acerca de suas vivências e experiências, no trabalho do Consultório de Rua, gerando novos aprendizados e impelindo-os a revisarem e a analisarem criticamente as situações vividas perante a mulher usuária de crack e de outras drogas, para uma melhor conduta e um melhor atendimento.

A pesquisa é coordenada pela Professora Doutora Kênia Lara Silva e pela Mestranda Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida.

Você está sendo convidado a participar por ser um profissional da equipe de Consultório de Rua.

Caso aceite participar, procederemos à entrevista, de duração média de 40 minutos, com duas questões sobre o seu trabalho, no dia-dia, e sobre a sua formação para lidar com mulheres usuárias de crack e de outras drogas, em situação de rua.

Para sua participação, é necessário esclarecer-lhe em relação a alguns procedimentos:

- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo, em relação às informações e às declarações prestadas, verbalmente ou por escrito, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Kênia Lara Silva e Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida, que podem ser encontradas na Avenida Alfredo Balena, n. 190, sala 508, na Escola de Enfermagem da UFMG ou contatadas pelo telefone (31) 3409-9181. Como esclarecimento sobre a ética da pesquisa, saiba que ela foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Av. Antônio Carlos, n. 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar, CEP 31270-91. Telefone (0xx31) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Rua Frederico Bracher Júnior, n.103, 3º andar, sala 302, Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG. CEP 30.720-000 Telefone 3277-5309).
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive no que se refere à sua autoestima, ao seu prestígio ou aos seus dados econômico-financeiros. Ressalta-se, contudo, que toda pesquisa envolvendo seres humanos é sujeita a risco. Os riscos poderão ser decorrentes de constrangimentos, na realização das entrevistas; entretanto, as pesquisadoras responsáveis e seu grupo de pesquisa estarão disponíveis para ouvir e para auxiliar os entrevistados, em todas as etapas deste estudo, para evitar e para reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa. Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com as pesquisadoras responsáveis por um período de 5 (cinco) anos, na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízos ou penalidades para o participante.
- Não haverá despesas pessoais nem remuneração para o participante, em qualquer fase do estudo. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, fica o pesquisador obrigado a indenizar o participante.
- Se o participante concordar, a conversa será gravada, a fim de que sua transcrição seja fiel às respostas da entrevista.
- Concluída a pesquisa, os resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, retirar-se ou não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos, ainda, a declaração de seu consentimento livre e esclarecido, assinada em duas vias, uma das quais deverá ficar em sua posse.

Atenciosamente,

Kênia Lara Silva / Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida
Pesquisadoras Responsáveis

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações, que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo acima citado. Eu discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem

realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento, a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____, _____, _____ de 20____.

Nome/ assinatura do participante

Autorizo a gravação da entrevista, para fins acadêmicos SIM NÃO

APÊNDICE B – Instrumento para Entrevista Narrativa

Código entrevista: _____

Caracterização do participante:

1) Nome: _____

2) Idade: _____

3) Sexo: _____

4) Escolaridade:

Ensino superior completo. Se sim, qual? _____

Ensino superior incompleto

Ensino médio completo.

Ensino médio incompleto.

Ensino fundamental completo.

Ensino fundamental incompleto.

Educação infantil completa.

Educação infantil incompleta.

Analfabeto.

Curso técnico. Se sim, qual? _____

5) Ano e tempo de formação: _____

6) Qual a função exercida no Consultório de Rua? _____

7) Há quanto tempo trabalha no Consultório de Rua? _____

Questões:

1) Descreva uma situação vivida em que você teve de lidar com uma mulher usuária de crack e outras drogas, em situação de rua.

2) Como foi o caminho (percurso) da sua formação, para lidar com essa situação?

Pergunta orientadora: como esses cursos, especializações ou experiências vividas ajudaram-no, no seu trabalho?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – CEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: aprendizagem experiencial e prática dos profissionais de saúde

Pesquisador: Kênia Lara Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 04722818.8.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.338.631

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa que visa acrescentar uma instituição coparticipante - a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme apresentado no formulário de informações básicas atual:

Objetivo Primário: Analisar a formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de drogas em situação de rua.

Objetivo Secundário: *Identificar as estratégias utilizadas nos processos formativos que geram aprendizados experienciais dos profissionais que atendem mulheres usuárias de drogas em situação de rua; *Identificar os conteúdos, temas e referenciais que foram abordadas no processo de formação dos profissionais que atendem mulheres usuárias de drogas em situação de rua; *Identificar as facilidades e desafios nesse processo de formação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações em relação à versão mais atual do projeto aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações em relação à versão mais atual do projeto aprovado.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Adm. 31208-900
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4692

E-mail: ceep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.308.601

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para esta emenda, foi incluído Termo de Anuência Institucional e incluída a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como coparticipante.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda para inclusão de coparticipante da pesquisa.

Pesquisadores devem atender as recomendações do CEP da coparticipante para iniciar a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_135159_8_E1.pdf	07/05/2019 15:58:32		Acelto
Outros	TAI.pdf	07/05/2019 15:56:15	Lidia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida	Acelto
Outros	Carta_Resposta.pdf	04/04/2019 19:08:54	Lidia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/04/2019 19:07:16	Lidia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.doc	04/04/2019 19:06:56	Lidia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida	Acelto
Outros	Parecer_ENA.pdf	19/11/2018 19:49:49	Lidia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida	Acelto
Folha de Rosto	FRPB.pdf	07/11/2018	Lidia Gonçalves	Acelto

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 31.200-901
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-601
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4992

E-mail: cep@proq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.308.601

Folha de Rosto	FRPB.pdf	20:22:09	Rabelo de Souza Almeida	Aceito
Outros	Instrumento_Entrevista.docx	30/10/2018 23:50:31	Lidia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 21 de Maio de 2019

Assinado por:

Ellane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 31 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31) 3405-4522

E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO B – Carta de Anuência para execução da pesquisa, fornecida pelo município de Belo Horizonte/MG



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **Cuidado a mulheres usuárias de crack e outras drogas em situação de rua: aprendizagem experiencial e prática dos profissionais de saúde**, sob a responsabilidade da pesquisadora Lídia Gonçalves Rabelo de Souza Almeida, CPF 088.415.296-01, cujo objetivo é analisar a formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de drogas em situação de rua e autorizamos que este estudo seja executado nas equipes dos Consultórios de Rua do município de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 19 de novembro de 2018

Renata Mascarenhas Bernardes
 BM 77 577-4
 Diretoria de Assistência à Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde
 Renata Mascarenhas Bernardes
 Diretoria de Assistência à Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Cláudia Fidelis Barçaga
 Diretora de Educação em Saúde
 SMSA/SMSA-BH
 Cláudia Fidelis Barçaga
 Gerência de Educação em Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

**SOLICITAÇÃO DE PARECER TÉCNICO
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE/SMSA**

TÍTULO DO PROJETO: CUIDADO A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA: aprendizagem experiencial e prática dos profissionais de saúde

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DATA RECEBIMENTO DO PROJETO NA GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: 08/11/2018

DATA DE ENVIO PARA COORDENAÇÃO CONSULTÓRIO NA RUA : 08/11/2018

OBJETIVOS:

Objetivo geral: analisar a formação dos profissionais para lidar com mulheres usuárias de drogas em situação de rua.

Objetivos específicos: identificar as estratégias utilizadas nos processos formativos que geram aprendizados experienciais dos profissionais que atendem mulheres usuárias de drogas em situação de rua; identificar os conteúdos, temas e referenciais que foram abordadas no processo de formação dos profissionais que atendem mulheres usuárias de drogas em situação de rua; identificar as facilidades e desafios nesse processo de formação.

LOCAL DA PESQUISA: O estudo será realizado em equipes dos Consultórios de Rua do município de Belo Horizonte/MG (4 equipes de Consultórios de Rua com modalidade II).

METODOLOGIA: Pesquisa qualitativa. As entrevistas serão previamente agendadas e realizadas em local escolhido pelos participantes. As mesmas serão áudio-gravadas para facilitar a posterior transcrição e composição do corpus analítico. Será realizado um sorteio aleatório entre os quatro Consultórios de Rua de Belo Horizonte para definir a ordem dos contatos para as entrevistas. Serão entrevistados todos os membros das equipes participantes até que ocorra a saturação teórica, com a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição. Caso esta não ocorra, serão entrevistados todos os profissionais das quatro equipes. Após a etapa de transcrição, serão realizadas leituras num processo de análise reflexivo e crítico com as categorias presentes na análise crítica de discurso, evidenciando quais os elementos discursivos mais presentes nas entrevistas e que respondem ao objetivo do estudo.

SUJEITOS DA PESQUISA NO SUS BH: todos os membros das equipes de Consultórios de Rua do município de Belo Horizonte/MG: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, arte-educadores e redutores de danos. Atualmente, estão cadastradas 4 equipes do Consultório de Rua em Belo Horizonte, lotadas nas regionais: Oeste, Norte, Centro Sul/Leste e Noroeste.

FINANCIAMENTO: Recursos próprios da pesquisadora.

Especificação do material	Quantidade/Unidade	Valor (R\$)
Passagem de ônibus*	40	161,00
Impressões*	200 cópias	30,00
Folha sulfite*	2 reamas	40,00
TOTAL	-	231,00

CRONOGRAMA:

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Elaboração de projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Aprovação nas instâncias legais									X	X															
Coleta de dados												X	X	X	X	X									
Análise dos dados														X	X	X	X	X							
Elaboração da Dissertação Defesa															X	X	X	X	X	X	X			X	
Divulgação dos resultados																								X	X

CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS: [Verificar, entre outros, conflito com protocolos institucionais ou de atribuições entre trabalhadores, compatibilidade com conselhos regionais, utilização de medicamentos/insumos não padronizados pela rede, riscos para paciente/trabalhador]

DATA EMISSÃO PARECER FINAL:

PARECER REF. TÉCNICA (X) FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL

JUSTIFICATIVA:

Thais Souza Santos p/
Daniele Vassalo
Coordenação Consultório de Rua
Secretaria Municipal de Saúde/BH
Av. Alonso Pena, 2336 - 5º andar
Telefones:3277-7793 / 084466013

Assinatura e BM responsável técnico