UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCAS DUARTE SILVA

**A rede de apoio social de usuários de *crack* acompanhados por uma equipe de
Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais**

Ribeirão Preto

2018

LUCAS DUARTE SILVA

**A rede de apoio social de usuários de *crack* acompanhados por uma equipe de
Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais**

Versão Corrigida

(Versão original encontra-se na unidade que aloja
o Programa de Pós-graduação)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jacqueline de Souza

Ribeirão Preto
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Lucas Duarte

A rede de apoio social de usuários de crack acompanhados por uma equipe de Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2017.

75 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Jacqueline de Souza

Versão Corrigida

1. Enfermagem. 2. Uso de substâncias. 3. Reabilitação psicossocial.

Nome: SILVA, Lucas Duarte

Título: A rede de apoio social de usuários de *crack* acompanhados por uma equipe de Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter permitido que eu realizasse este projeto, e ter iluminado meu caminho em meio a momentos obscuros,

Aos meus pais, por terem me sustentado, ainda que distantes, durante todas as etapas desta jornada,

À Prof^a Dr^a. Jacqueline de Souza, pela paciência, compreensão e apoio dispensados à mim durante o tempo que trabalhamos juntos,

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da bolsa de mestrado (processo nº 2016/05135-0),

Aos meus amigos, por terem me consolado em épocas de crises e compreendido minhas ausências,

À Cristiane, Rúbia, Rosi, Juliana e Seu João, a equipe do Consultório na Rua, por abrirem espaço para mim nas atividades do serviço, e proporcionado tantos momentos de aprendizado,

À cada uma das pessoas atendidas pelo Consultório na Rua, por terem permitido que eu participasse do seu cotidiano e me ensinado muito mais do que apenas sobre sua rede de apoio,

À cada pessoa que direta ou indiretamente me acompanhou ao longo deste processo e me ouviu, aconselhou, incentivou... vocês todos se tornaram minha rede de apoio!

Muito obrigado!

“Os administradores de grandes centros
pensam que lhes faço um favor ao transformar
pacientes violentos em mansos cordeiros.
Mas, na verdade, eu faço isso pelo bem dos próprios
aflitos, para amenizar seu sofrimento
e a estafa do mundo onde nasceram.
Ainda temos que entendê-los e ajudá-los de verdade.
As pessoas me falam, admiradas: ‘Eles até parecem um
pouco mais calmos!’. Sim, eles às vezes fazem isso,
quando são tratados que nem gente”.

— Mindy McGinnis

RESUMO

SILVA, L. D. **A rede de apoio social de usuários de crack acompanhados por uma equipe de Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais**. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O apoio social consiste em recursos provenientes dos laços sociais estabelecidos por um indivíduo e que provém auxílio principalmente em situações adversas, possibilitando amenizar efeitos negativos do estresse, atenuar efeitos psicológicos inerentes às patologias crônicas e promover ações de solidariedade e cidadania. Trata-se de um recurso presente na vida de todos os indivíduos, incluindo usuários de *crack*, sendo que, nesse caso, a análise de redes sociais mostra-se relevante, tendo em vista as consequências que tal consumo provoca no envolvimento social desses sujeitos, repercutindo nas relações familiares, de trabalho e restrição de possibilidades de cultura, lazer e acesso à saúde. Entre os serviços existentes para atender a essa população está o Consultório na Rua, programa implantado em 2011 e pautado na lógica de redução de danos, o que leva a considerar que esse configura-se como importante fonte de apoio social aos indivíduos atendidos. Entretanto, investigar a percepção dos usuários em relação ao papel de tal serviço em sua rede de apoio social ainda se faz necessário. Dessa forma, objetivou-se analisar as características da rede de apoio social de usuários de *crack* e o papel do Consultório na Rua para esses indivíduos. Para tanto, foi desenvolvido estudo transversal qualitativo, descritivo-exploratório em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, tendo como participantes 17 usuários de *crack* acompanhados por um programa de Consultório na Rua, bem como os quatro profissionais que compõem tal equipe. A coleta de dados se deu por meio de observação participante, entrevistas semiestruturadas com os usuários de *crack* e grupo focal com os profissionais. A análise dos dados ocorreu através de análise dos aspectos estruturais da rede de apoio dos usuários, seguida de análise de conteúdo das informações transcritas a partir das diferentes fontes, e, para abordagem metodológica, foi adotada a Análise de Redes Sociais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo nº 50051015.4.0000.5393, e foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Processo nº 2016/05135-0. Os resultados apontaram um grupo composto majoritariamente de indivíduos pretos ou pardos, do gênero feminino, solteiros, com ensino fundamental incompleto, sem profissão, sem renda, que professavam a religião católica e com idade média de 37,2 anos. No tocante à rede de apoio dos usuários, evidenciou-se que esta é composta de familiares, pares, membros da comunidade e da equipe do Consultório na Rua, que proveem apoio material, informacional e emocional. Também foi observado que o trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua apresenta potencialidades como o respeito às condições individuais dos usuários, a existência de uma relação de confiança entre usuários e profissionais e a interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial. Por outro lado, o serviço enfrenta desafios como a falta de capacitação de profissionais de outras instituições de saúde e a existência de serviços não sensíveis às diferenças de gênero, orientação sexual e estilo de vida dos usuários. Portanto, recomenda-se que a rede de compartilhamento de influências desses sujeitos seja levada em consideração para a elaboração de ações de prevenção e promoção de saúde, ainda que os profissionais de diferentes instituições de saúde trabalhem de modo colaborativo, a fim de combater o estigma sobre os usuários de drogas, e que em estudos futuros se busque explorar profundamente a dinâmica das relações da população em situação de rua, com foco nos apoiadores informais, e que sejam pensadas estratégias de ampliação da perspectiva de atuação do Consultório na Rua, visando os eixos da reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem, Uso de substâncias, Reabilitação Psicossocial

ABSTRACT

SILVA, Lucas Duarte. **The social support network of crack users accompanied by an Outreach Service team in the countryside of Minas Gerais**. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Social support consists in resources derived from social bonds established by an individual and which provides assistance in adverse situations, making it possible to alleviate negative effects of stress, attenuate the psychological effects inherent in chronic pathologies, and promote solidarity and citizenship actions. It is a resource present in the lives of all individuals, including users of crack, and in this case, the analysis of social networks is relevant, considering the consequences that such consumption causes in the social involvement of these subjects, reverberating on family relationships, work and restriction of possibilities of culture, leisure and access to health. Among the services available to attend this population, there is the Outreach Service, a program implemented in 2011 and based on the logic of harm reduction, which leads to consider that this is an important source of social support for the individuals attended by it. However, investigating users' perceptions regarding the role of such service in their social support network is still necessary. The aim of this study was to analyze the characteristics of the social support network of crack users and the role of this Outreach Service for these individuals. For that, a qualitative, descriptive-exploratory cross-sectional study was carried out in a medium-sized city in the countryside of Minas Gerais, with 17 crack users accompanied in an Outreach Service program, as well as the four professionals that compose the team. Data collection was made through participant observation, semi-structured interviews with crack users and a focus group with professionals. Data analysis was performed through analysis of the structural aspects of the users' support network, followed by content analysis of the information transcribed from the different sources and, for methodological approach, the Social Networks Analysis was adopted. The study was approved by the Research Ethics Committee, under protocol no. 50051015.4.0000.5393, and was funded by the Research Support Foundation of the State of São Paulo, process nº 2016/05135-0. The results showed a group composed mainly of black or brown individuals, female, single, with incomplete elementary school, without profession, without income, who professed the Catholic religion and with an average age of 37.2 years. Regarding to the user support network, it has been evidenced that it is composed of family members, peers, members of the community and the team of the Outreach Service, who provide material, informational and emotional support. It was also observed that the work developed by the Outreach Service presents potentialities such as respect for the individual conditions of users, the existence of a trust relationship between users and professionals and the interlocution with the Psychosocial Attention Network. On the other hand, the service faces challenges such as the lack of training of professionals from other health institutions and the existence of services that are not sensitive to the gender, sexual orientation and lifestyle of users. Therefore, it is recommended that the network of sharing of influences of these subjects could be taken into account for the elaboration of actions of prevention and health promotion, although the professionals of different health institutions work in a collaborative way, in order to combat stigma on drug users, and for future studies it is sought to explore deeply the dynamics of the relations of the population in a street situation, with a focus on informal supporters, and to devise strategies to expand the perspective of the Outreach Service, focusing on psychosocial rehabilitation.

Keywords: Nursing, Substance use, Psychosocial rehabilitation

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS.....	17
2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO NA ESTRUTURA DA REDE SOCIAL.....	21
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 OBJETIVO GERAL.....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4 MATERIAL E MÉTODO.....	28
4.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.2 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
4.3 COLETA DOS DADOS.....	29
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5 RESULTADOS.....	32
5.1 OS TIPOS DE APOIO SOCIAL DISPONÍVEIS AOS USUÁRIOS DE <i>CRACK</i>	34
5.2 POTENCIALIDADES DO CONSULTÓRIO NA RUA ENQUANTO INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	40
5.3 DESAFIOS.....	42
6 DISCUSSÃO.....	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES.....	63
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (entrevistas).....	63
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....	65
APÊNDICE C – Roteiro para observação participante junto aos profissionais do Consultório na Rua.....	71
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal).....	72

APÊNDICE E – Roteiro dos temas para discussão no grupo focal com os profissionais do Consultório na Rua.....	74
--	----

ANEXOS.....	75
--------------------	-----------

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	75
---	----

1 INTRODUÇÃO

O apoio social consiste em recursos provenientes dos laços sociais estabelecidos por um indivíduo e que provém auxílio principalmente em situações adversas. Ao passo que tais laços familiares e/ou de amizade disponibilizam diversos tipos de apoio, como instrumental, emocional e informacional, também podem influenciar comportamentos e, conseqüentemente, a saúde física e mental desses sujeitos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011; AZIZ, 2011).

O apoio de caráter emocional está relacionado ao contato com pessoas afetivamente disponíveis; por outro lado, o apoio de cunho instrumental diz respeito ao auxílio em ações concretas ou na resolução de problema; e, por fim, o apoio informacional refere-se à obtenção de informações e conhecimentos relacionados à determinada necessidade (GONÇALVES et al., 2011).

O apoio social pode auxiliar na amenização dos efeitos negativos do estresse, alívio em relação aos efeitos psicológicos inerentes às patologias crônicas e promoção de ações de solidariedade e cidadania. Por outro lado, em alguns estudos aponta-se que a falta desse apoio pode gerar prejuízos à saúde, como menor adesão aos tratamentos e maiores taxas de utilização dos serviços de saúde (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Os efeitos negativos do apoio social também têm sido discutidos por alguns autores, isto é, os laços sociais estabelecidos, que, ao mesmo tempo, podem gerar efeitos positivos, como a mudança de hábitos e de comportamentos para promoção de saúde, podem também culminar em cobranças, relações conflituosas e, em alguns casos, influenciar comportamentos de risco (UMBERSON; MONTEZ, 2010) como, por exemplo, no caso dos usuários de drogas e seus pares.

Considerando, portanto, que o apoio social é um importante componente para a tomada de decisões e planejamento dos cuidados em saúde, a avaliação psicossocial de todos os pacientes deve incluir análise cuidadosa da sua rede de apoio social, visando à adoção de condutas de prevenção e tratamento contextualizadas à realidade social desses usuários (FREIRE et al., 2012).

Ao se trabalhar a especificidade dos usuários de *crack*, tal análise é imprescindível, tendo em vista a forte influência que os pares exercem na manutenção do uso dessa substância, bem como as conseqüências que, em geral, tal consumo causa no entorno social desses sujeitos, repercutindo nas relações familiares, de trabalho e restrição do repertório de cultura e lazer.

O *crack* pode ser considerado uma droga da modernidade e altamente capaz de produzir dependência. Trata-se de substância derivada da cocaína que afeta o organismo com extrema rapidez devido ao seu teor vaporizador e inalante (PULCHERIO et al., 2010; TOWNSEND, 2014).

Nesse sentido, Alves (2016) esclarece que é possível consumir *crack* de formas variadas, desde em latas de alumínio dobradas e copos descartáveis até embalagens pequenas de bebidas ou mesmo materiais de PVC. Ainda, Oliveira e Nappo (2008) detalham que, entre os efeitos manifestados em usuários de *crack*, encontram-se alucinações, delírios, fissura – forte desejo de tornar a consumir a droga, mania de perseguição e, algumas vezes, envolvimento com roubo ou tráfico, a fim de manter o uso da droga.

A disseminação do *crack* teve início entre 1984 e 1985, nas regiões mais pobres das cidades de Los Angeles, Miami e Nova York, enquanto no Brasil, aproximadamente na mesma época, a droga começou a se espalhar primeiramente na Zona Leste do Estado de São Paulo e, posteriormente, foi difundida pela capital do Estado (JORGE et al., 2013).

As primeiras notícias sobre o *crack* no país foram divulgadas em jornais e revistas de caráter policial, até que, no ano 1991, o uso da droga nas ruas tinha se tornado amplamente percebido. Desde então, a quantidade de usuários dessa substância tem aumentado significativamente em todas as classes, gêneros e idades (RAUP; ADORNO, 2014).

No cenário mundial, de acordo com dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), o uso de cocaína, inclusive sob a forma de *crack*, tem se mantido estável desde 2012, contando com aproximadamente 14 a 21 milhões de usuários em todo o mundo, estando grande parte desses indivíduos nas Américas (1,8% na América do Norte e 1,2% na América do Sul) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

O Brasil é um país suscetível tanto ao tráfico quanto à disseminação do uso de cocaína e seus derivados, como o *crack*, devido à sua posição geográfica e existência de grandes centros urbanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Cabe destacar que cerca de 40% dos usuários brasileiros de *crack* estão em situação de rua, isto é, não são necessariamente moradores, mas passam grande parte do tempo nelas (BASTOS; BERTONI, 2014).

Percebe-se que a quantidade de pessoas em situação de rua no Brasil tem aumentado consideravelmente, em especial nos centros urbanos, onde estes indivíduos se concentram desde pequenos grupos a grandes aglomerados, e que podem ou não ser usuários de drogas.

Em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, em 2016, utilizando como dados os registros do Censo do Sistema Único de Assistência Social

realizado em 2015 em 1.924 municípios brasileiros, estima-se que no país existam cerca de 101.854 pessoas em situação de rua. Destes, 77,02% encontram-se em municípios de grande porte – com mais de 100 mil habitantes, 40,1% encontram-se em municípios com mais de 900 mil habitantes, e 6,63% destes sujeitos encontram-se em municípios com até 10 mil habitantes (IPEA, 2016).

A fim de garantir o direito de acesso à saúde a essas pessoas, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, foram desenvolvidos diversos projetos e legislações, entre eles o Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e define população em situação de rua como um:

“[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”.

(BRASIL, 2009)

Embasando-se no referido Decreto, surgiu o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua (2012-2015). Tal Plano Operativo divide as estratégias para promoção de saúde a essa população em cinco eixos, sendo: 1) Inclusão da População em Situação de Rua no escopo das redes de atenção à saúde; 2) Promoção e Vigilância em Saúde; 3) Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da população em situação de rua; 4) Fortalecimento da participação e do controle social e 5) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua (BRASIL, 2012).

Entre os serviços de saúde implementados para atender esta população, encontra-se o Consultório na Rua que no período de seu surgimento, em 1999, era denominado como Consultório de Rua. O projeto, supervisionado pelo professor Antônio Nery Filho, teve início na cidade de Salvador, na Bahia, como uma experiência do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia na tentativa de resolver os problemas provocados pelo uso de álcool e drogas entre crianças e adolescentes que estavam em situação de rua (BRASIL, 2010).

Durante os anos seguintes, o programa passou a articular-se com a Rede de Atenção Psicossocial através do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad). A partir da avaliação das atividades desenvolvidas pelo programa, o Ministério da Saúde decidiu, em 2009, inserir o ainda chamado “Consultório de Rua” no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS e, no ano seguinte, ao Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack*, visando ampliar o acesso aos serviços de saúde e atendimentos do SUS a usuários de substâncias psicoativas que se encontravam nas ruas (BRASIL, 2009).

No início, o foco do Consultório de Rua estava na prestação de cuidados em saúde mental. Entretanto, foi sugerida uma articulação com o objetivo de abranger também serviços de assistência social. Dessa forma, a partir da integração de saúde e serviços sociais, o programa passou a ser denominado como Consultório na Rua. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Dessa forma, para definir oficialmente as normas e atribuições das equipes de Consultório na Rua, entrou em vigor a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011, que dispõe em seus artigos 3º e 4º as modalidades e composição da equipe. Existem três modalidades de equipe, sendo: I) equipe formada por, no mínimo, quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois de nível médio; II) equipe formada por seis profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio; e III) formação da modalidade II, acrescido do profissional médico. No que diz respeito à equipe multiprofissional, esta pode ser composta pelos seguintes profissionais: enfermeiro; assistente social; terapeuta ocupacional; psicólogo; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

Para implementação das equipes, deve-se seguir a orientação de uma equipe para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua em determinado município (BRASIL, 2011). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, existem atualmente no Brasil 137 equipes de Consultório na Rua, sendo: 27 equipes de modalidade I, 60 equipes de modalidade II e 50 equipes de modalidade III. O estado com maior quantidade de equipes é São Paulo, com 37 equipes, seguido por Minas Gerais, que conta com 16 equipes (BRASIL, 2017).

O Plano Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, refere-se ao Consultório na Rua como dispositivo responsável por oferecer assistência integral aos indivíduos que se encontram em situação de rua, articulando-se com as redes de atenção básica e de atenção psicossocial (BRASIL, 2011).

Portanto, o Consultório na Rua desempenha um papel fundamental ao promover, facilitar e melhorar o acesso aos cuidados em saúde às pessoas em situação de rua que fazem uso de substâncias psicoativas, através da adoção de uma abordagem que valoriza vínculos e relação de confiança entre profissional e usuário.

A principal estratégia utilizada pelas equipes de Consultório na Rua é a redução de danos, que tem como foco minimizar os riscos e prejuízos decorrentes do consumo de drogas, ainda que não seja possível a interrupção total do uso (INGLEZ-DIAS et al., 2014). Ressalta-se que esta não é uma abordagem que contrapõe a abstinência, mas que possui outra ênfase, voltado pra promover a autonomia do usuário, na tentativa de que ele também seja um ator responsável pela sua própria reabilitação (ALVES; LIMA, 2013).

É possível considerar a redução de danos como valiosa estratégia de reinserção social e promoção de acesso à saúde a uma população vulnerável em seus vínculos sociais, que, por muito tempo, esteve excluída do sistema de saúde e possuía a abstinência total como única forma de tratamento. Portanto, entende-se que os Consultórios na Rua configuram importante fonte de apoio social a esses indivíduos. No entanto, se faz necessário investigar a percepção dos usuários em relação ao papel desse serviço em sua rede de apoio social.

Diante do exposto, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: quais as características da rede de apoio social de usuários de *crack* e o papel do Consultório na Rua para esses indivíduos?

A partir de tal questionamento, empreendeu-se uma revisão de literatura, a fim de identificar as contribuições dos estudos relacionados a essa temática nos últimos anos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para realização da busca, utilizou-se como palavras-chave: “social support”, “social network”, “social support network” e “crack use”, e suas correspondentes em português, resultando em 308 artigos.

Para a seleção dos artigos a serem lidos na íntegra, foram adotados como critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo, publicados entre 2011 e 2016, nos idiomas inglês e português, indexados nas bases de dados CINAHL, LILACS, PubMed e Web of Science. Foram excluídos teses, fascículos, editoriais, comentários e capítulos de livros e relatos de experiência. Assim, 34 estudos atenderam aos critérios estabelecidos e foram selecionados para leitura na íntegra.

Na Tabela 1 ilustra-se a categorização dos artigos de acordo com as temáticas identificadas.

Tabela 1 – Categorização dos artigos utilizados na revisão, segundo a população e objetos de estudo

População	Objeto de estudo		
	Características da rede	Fatores de risco	Fatores de proteção
Usuários de drogas	4	2	5
População privada de liberdade	1	-	1
População rural	2	1	1
Homossexuais	1	4	-
Pessoas com baixa renda	2	-	-
População em situação de rua	3	1	1
Usuários de <i>crack</i>	1	-	4
Total	14	8	12

Fonte: Bases de dados (CINAHL, LILACS, PubMed e Web of Science)

A partir da leitura desses artigos, identificou-se que, nos estudos recentes sobre a temática, têm-se focado principalmente as características da rede social dos usuários (GRIFFIN; RODRIGUEZ, 2011; RUDOLPH et al., 2011; JONAS et al., 2012; LATKIN et al., 2012; NYAMATHI et al., 2012; WENZEL et al., 2012; BUTTRAM; KURTZ; SURRAT, 2013; RUDOLPH et al., 2013; BOODRAM; MACKESY-AMITIA, LATKIN, 2015; KING; LATKIN, DAVEY-ROTHWELL, 2015; SONG; WENZEL, 2015; HARP; OSER, 2016; SCHERER et al., 2016; SMITH et al., 2016), os fatores de risco, da rede social, em relação ao uso de drogas (DOHERTY et al., 2011; RHOADES et al., 2011; TOBIN et al., 2011; CRAWFORD et al., 2013; KELLY et al., 2013; MAUSLBY et al., 2014; GUNN; CANADA, 2015; FUJIMOTO et al., 2016) e os fatores de proteção, da rede social, em relação ao uso de drogas (BOOTH et al., 2011; TRENZ et al., 2012; CHARLEBOIS et al., 2012; HARP; OSER, LEUKERFELD, 2012; RAMASWAMY et al., 2013; SAPRA et al., 2013; HUDSON; NANDY, 2014; PAULA; JORGE, 2014; HEARN et al., 2015; CUCCIARE et al., 2016; HORTA et al., 2016; MCNEIL et al., 2015).

No que diz respeito às populações estudadas, em tais estudos trabalhou-se com indivíduos com privação da liberdade (GRIFFIN E RODRIGUEZ, 2011; HARP; OSER; LEUKEFELD, 2012), população rural (DOHERTY et al., 2011; JONAS et al., 2012;

CUCCIARE et al., 2016; SMITH et al., 2016), homossexuais (Tobin et al., 2011; KELLY et al., 2013; BUTTRAM; KURTZ; SURRAT, 2013; MAULSBY et al., 2014; FUJIMOTO et al., 2016), pessoas com baixa renda (KING; LATKIN, DAVEY-ROTHWELL, et al., 2015; HARP; OSER, 2016), sujeitos em situação de rua (RHOADES et al., 2011; NYAMATHI et al., 2012; WENZEL et al., 2012; HUDSON; NANDY, 2014; SONG; WENZEL, 2015), usuários de *crack* e outras drogas (BOOTH et al., 2011; RUDOLPH et al., 2011; TRENTZ et al., 2012; LATKIN et al., 2012; CRAWFORD et al., 2013; RAMASWAMY et al., 2013; RUDOLPH et al., 2013; SAPRA et al., 2013; BOODRAM; MACKESY-AMITIA; LATKIN, 2015; GUNN; CANADA, 2015; HEARN et al., 2015). Destaca-se que apenas em alguns desses estudos trabalhou-se exclusivamente com os usuários de *crack* (CHARLEBOIS et al., 2012; HORTA et al., 2016; SCHERER et al., 2016; PAULA; JORGE, 2014; McNeil et al., 2015).

Conforme pode ser observado no Gráfico 1, a maioria dos estudos foi desenvolvida nos Estados Unidos da América (EUA), utilizando-se a abordagem quantitativa.

Fonte: Bases de dados (CINAHL, LILACS, PubMed e Web of Science)

Gráfico 1 – Países-sede das pesquisas com a temática estudada (2011-2016)

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE APOIO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE DROGAS

Em relação à caracterização da rede social dos usuários de drogas, diversos autores (GRIFFIN; RODRIGUEZ, 2011; RUDOLPH et al., 2011; JONAS et al., 2012; LATKIN et al., 2012; NYAMATHI et al., 2012; WENZEL et al., 2012; BUTTRAM; KURTZ, 2013; RUDOLPH et al., 2013; BOODRAM; MACKESY-AMITIA; LATKIN, 2015; KING; LATKIN; DAVEY-ROTHWELL, 2015; SONG; WENZEL, 2015; HARP; OSER, 2016; SCHERER et al., 2016; SMITH et al., 2016) destacam que a análise do perfil das redes e dos

seus componentes possibilitam identificar a influência das relações sociais nos comportamentos e pensamentos dos usuários de substâncias.

Em um estudo desenvolvido nos EUA com população em situação de rua (SONG; WENZEL, 2015), teve-se como objetivo analisar a associação entre as características da rede social e o uso abusivo de *crack* e álcool entre moradores de rua que apresentavam comportamentos sexuais de risco. Foram investigados dados da rede social, como nome de pessoas com as quais os sujeitos tinham contato, quais dessas pessoas também eram usuárias de *crack* e álcool (e se consumiram tais substâncias em companhia do entrevistado), quais ofereciam apoio em forma de dinheiro, moradia ou aconselhamento e quais ofereciam um suporte denominado “apoio de responsabilidade” (auxílio a buscar por cuidados de saúde, educação e serviços sociais). Identificou-se que 35% dos membros da rede mencionados pelos participantes também eram usuários de *crack*, enquanto 19% deles consumiam a droga junto com o participante. Os autores concluíram que as características da rede associadas ao uso de *crack* foram membros da rede que usavam álcool e *crack* com o entrevistado.

Boodram, Mackesy-Amitia e Latkin (2015) desenvolveram uma pesquisa, nos EUA, com população em situação de rua cujo objetivo foi analisar a associação das características individuais, territoriais e da rede com a ampliação da rede social, bem como a frequência de troca de seringas entre jovens usuários de drogas injetáveis. No que se refere aos fatores geográficos, observou-se que estar em situação de rua em regiões de periferia foi um aspecto associado ao aumento do tamanho da rede e à chance de contato com outros usuários de drogas. Além disso, ter parceiros sexuais que faziam uso de drogas foi associado a maiores chances de compartilhamento de seringas e agulhas.

No estudo de Latkin et al. (2012), desenvolvido nos EUA, foi investigada a relação entre as características da rede social, o estigma e a depressão entre usuários de substâncias. As características analisadas foram composição/tamanho da rede, apoiadores, se os membros eram ou não usuários de drogas, número de familiares na rede e densidade da rede social. Os dados foram coletados tanto por meio do caso índice quanto com os membros da rede. Os resultados apontaram que estar em situação de rua, ter sofrido estigma e ter maior quantidade de usuários de drogas na rede foram associados ao maior nível de sintomas depressivos. Além disso, os autores destacaram que a quantidade de apoiadores não foi associada ao estigma, mas o relacionamento com outros usuários de drogas, embora contribuísse para a redução do estigma, foi associado à manutenção do uso da substância.

Com o objetivo de examinar a associação entre transtorno de personalidade antissocial, uso de drogas e comportamento sexual dentro das redes sociais desses sujeitos,

Smith et al. (2016) investigaram, nos EUA, as seguintes características da rede: a presença de pessoas com as quais os participantes tiveram relações sexuais, consumiram drogas ou receberam algum tipo de ajuda. Além disso, mensuraram o grau de confiança, a frequência de contato e a proximidade entre eles. Os resultados apontaram que a maior quantidade de membros com os quais os participantes relataram ter consumido drogas e mantido relações sexuais foi associada à maior probabilidade de atender aos critérios diagnósticos para o transtorno antissocial. Além disso, quanto maior o contato e proximidade com outros usuários de drogas, maior a probabilidade de desenvolver o transtorno. Por fim, ter mais confiança nos membros da rede reduziu as chances de apresentar personalidade antissocial.

Rudolph et al. (2013), também nos EUA, buscaram identificar a correlação entre atributos individuais, características da rede social e a prostituição entre usuárias de drogas. Os dados da rede social investigados foram a presença de usuários de drogas, parceiros sexuais, membros que forneciam apoio emocional ou financeiro, a durabilidade da relação e o grau de confiança. Os resultados apontaram que ter mais membros da rede usuários de heroína, *crack* ou cocaína foi preditor do consumo das mesmas substâncias e da prostituição entre mulheres. Além disso, as mulheres que mencionaram ter se prostituído referiram menor grau de confiança em seus parceiros.

Em estudo realizado por King; Latkin e Davey-Rothwell (2015), nos EUA, com mulheres de baixa renda, teve-se como objetivo analisar como o contexto social influenciava a ocorrência de divórcio após a prisão do parceiro. Os autores analisaram características da rede como a quantidade de pessoas na rede, comportamentos sexuais de risco, grau de confiança e duração do contato. Os autores concluíram que ter mais membros com comportamento sexual de risco, conhecer membros da rede por períodos de tempo mais curtos e ter menor confiança nos seus membros foram associados à ocorrência de divórcio.

Jonas et al. (2012), nos EUA, com o propósito de examinar a conexão entre o uso de drogas e o tamanho da rede social de usuários de drogas, analisaram características da rede como o número de pessoas com as quais os participantes consumiam drogas, dados sociodemográficos desses membros e o padrão e tipo de drogas utilizadas. Os resultados apontaram que o uso de oxicodona, (um tipo de opioide) foi preditor de redes sociais mais amplas, enquanto o uso de maconha foi preditor de redes com menos membros, sugerindo que o tamanho da rede pode ter influências quanto ao tipo de substância utilizada.

Em estudo realizado nos EUA com a finalidade de comparar a aquisição de diferentes tipos de drogas e redes sociais entre homens e mulheres, Griffin e Rodriguez (2011) apontaram que as mulheres possuíam rede menor e com menos membros fornecedores de

drogas, no entanto tinham mais acesso à maconha, inclusive gratuitamente. Já os homens possuíam redes mais amplas e que melhor viabilizavam o acesso ao *crack*.

Em pesquisa desenvolvida por Harp e Oser (2016) objetivou-se identificar fatores associados à perda de guarda dos filhos entre mulheres usuárias de drogas com baixa renda. Por meio da mensuração de dados da rede de apoio, como a disponibilidade de apoio advindo da família, amigos ou outras pessoas significantes, identificou-se que o uso de *crack* e cocaína pelas participantes foi associado significativamente à perda da custódia de seus filhos. Além disso, a fonte de apoio mais disponível eram outras pessoas significantes e amigos, sugerindo que maior apoio advindo desses membros reduzia em 22% as chances de perda da guarda.

Em outro estudo americano (RUDOLPH et al., 2011), visou-se determinar a associação entre o uso de drogas pelos pais e a presença de usuários de drogas na rede social dos filhos na vida adulta. As características da rede investigadas foram apoio social, tamanho da rede, características dos membros da rede e presença de apoio e de usuários de drogas. Assim, foi evidenciado que 75% dos entrevistados relataram uma rede com dois a quatro membros, e desses, pelo menos um ou dois também eram usuários de substâncias. Os sujeitos que foram expostos ao uso de *crack* quando crianças apresentaram 51% mais usuários de *crack* em suas redes sociais na vida adulta do que os não expostos.

Nesses sete primeiros estudos apresentados destaca-se principalmente a influência negativa que membros da rede social de usuários de substâncias podem exercer, direta ou indiretamente, nos comportamentos relacionados ao uso dos indivíduos. Nesse sentido, pensar em abordagens as mais amplas possíveis que impliquem diversificação das redes de apoio com vistas à inclusão de pessoas não usuárias pode ser uma estratégia importante. Além disso, possibilitar o acesso ao trabalho ou ações de redução de danos também aos diferentes usuários de drogas da rede social do indivíduo configura-se como ação importante.

Identificou-se, na revisão de literatura, que outros autores têm se dedicado ao estudo dos benefícios do apoio social a despeito da questão do uso de substâncias.

No Brasil, Scherer et al. (2016) objetivaram estimar a prevalência de acidentes de trânsito entre indivíduos que dirigiram sob a influência de substâncias, para tanto utilizaram como uma das variáveis do estudo a presença de familiar na rede de apoio, e apontaram que os motoristas envolvidos em acidentes após uso de substâncias apresentaram níveis menores de apoio social familiar.

Em estudo desenvolvido por Nyamathi et al. (2012) com jovens em situação de rua e usuários de substâncias nos EUA, teve-se como objetivo descrever a correlação entre dados sociodemográficos, cognitivos, psicossociais, presença de apoiadores na rede e depressão. Os

resultados indicaram que a chance de apresentar humor depressivo foi quase 11 vezes maior entre os jovens que relataram não ter nenhuma fonte de apoio social disponível.

Buttram; Kurtz e Surrat (2013) desenvolveram um estudo com homens homossexuais dos EUA, visando investigar a diferença entre o uso de substâncias, adoção de comportamentos sexuais de risco e apoio social entre diferentes etnias. Foram analisados a quantidade de apoiadores e o grau de satisfação com o apoio recebido. Os dados revelaram que tanto o número de apoiadores quanto o grau de satisfação com o apoio entre pessoas da etnia negra foram menores do que entre participantes de outras etnias.

Em pesquisa cuja finalidade foi analisar as redes sociais de jovens usuários de drogas em situação de rua e identificar diferenças relacionadas ao gênero e orientação sexual nos EUA, Wenzel et al. (2012) averiguaram informações como a presença de apoiadores e de outros usuários de drogas, o comportamento sexual de risco e o local em que os sujeitos conheceram os membros da rede. Os achados demonstraram que as características da rede eram significativamente diferentes de acordo com o gênero e orientação sexual dos indivíduos: os homens tinham rede mais numerosa do que as mulheres, e os heterossexuais conheciam mais pessoas do que indivíduos com outra orientação sexual. Além disso, ter familiares na rede foi associado à maior satisfação com o apoio recebido e à menor quantidade de uso de drogas. Por outro lado, aqueles que conheciam mais pessoas de rua eram mais propensos a usar drogas ou álcool.

Com base nos estudos mencionados, entende-se que a análise detalhada das características das redes sociais possibilita a identificação de aspectos importantes relacionados ao estilo de vida e comportamentos de saúde de diferentes populações, inclusive destacando características que podem constituir fatores de risco ou de proteção, como descrito nos estudos que serão apresentados na categoria a seguir.

2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO NA ESTRUTURA DA REDE SOCIAL

Nos estudos recentes sobre apoio social e uso de *crack* também há ênfase em diversas situações que podem ser consideradas fatores de risco, a saber, a exposição a doenças (DOHERTY et al., 2011; TOBIN et al., 2011; KELLY et al., 2013; MAULSBY et al., 2014; FUJIMOTO et al., 2016), estigma e discriminação (CRAWFORD et al., 2013; GUNN; CANADA, 2015) e viver em situação de rua (RHOADES et al., 2011; TRENZ et al., 2012; HUDSON; NANDY, 2014).

Em pesquisa na qual se objetivou comparar a rede social de homens homossexuais usuários e não usuários de *crack*, bem como examinar a associação entre o uso da droga e a

adoção de comportamento sexual de risco, Tobin et al. (2011), nos EUA, investigaram quais membros na rede proviam e recebiam apoio, quais possuíam interação conflituosa, quais também eram usuários de *crack* e a densidade da rede social. Os resultados apontaram que a rede social de usuários de *crack* era menor que a daqueles que não faziam uso da droga. Além disso, a rede de usuários de *crack* era composta majoritariamente de outros usuários dessa substância que também foram mencionados como principais apoiadores. Por fim, em comparação com os não usuários, os usuários de *crack* mencionaram mais comportamentos sexuais de risco, como, por exemplo, o não uso de preservativos.

Kelly et al. (2013) visaram caracterizar os tipos de comportamentos sexuais de risco para HIV entre homens homossexuais usuários de drogas nos EUA e, para tanto, traçaram informações a respeito da rede social, como a quantidade de parceiros sexuais, a intensidade da relação, o conhecimento quanto ao fato de o parceiro ser ou não soropositivo e o uso de preservativos durante as relações sexuais. Os resultados indicaram que metade dos entrevistados declarou ter múltiplos parceiros, com os quais mantinha relações sexuais sem proteção, pois confiava no resultado do último exame e não se preocupava em prevenir-se dos riscos.

Maulsby et al. (2014) tiveram como propósito identificar quais fatores explicavam os altos índices de HIV entre homossexuais usuários de drogas e negros, nos EUA. Em seus resultados, apontaram que um dos principais motivos para a alta prevalência de HIV nessa população foi a composição das redes sociais e dos indivíduos, devido à presença de pessoas infectadas que também eram parceiras sexuais, porém, sem conhecimento da sua situação de saúde, ou subdiagnosticadas com outras infecções sexualmente transmissíveis.

No mesmo contexto, em estudo realizado no Texas, com a finalidade de examinar o risco para infecção por HIV nas redes sociais de usuários de *crack* (FUJIMOTO et al., 2016), foram investigadas características da rede como membros que também eram usuários de *crack* e que mantinham relações sexuais com o participante, o grau de proximidade entre os membros e a quantidade e duração das prisões ao longo da vida. Os achados demonstraram que 88% dos entrevistados tinham vínculo com outros usuários de *crack*, possuíam múltiplos parceiros sexuais e que o contato com essas pessoas estava associado ao risco de infecção por HIV.

Doherty et al. (2011) desenvolveram, nos EUA, estudo em quatro cidades norte-americanas, com o objetivo de comparar a rede e o comportamento sexual de pessoas que vivem em áreas de prevalência de sífilis com aquelas que residem em outras localidades, e apuraram dados da rede como pessoas que apresentavam sintomas da doença, que tinham

comportamentos que as colocavam no grupo de risco e quantidade de pessoas ou parceiros sexuais diagnosticados com sífilis. Os resultados apresentaram que os participantes que moravam em áreas com alta prevalência de sífilis possuíam número de parceiros sexuais maior do que aqueles que residiam em outras localidades. Além disso, a proporção de envolvimento entre duas pessoas já diagnosticadas com sífilis também foi maior nas regiões com maiores índices da doença.

Nesses cinco estudos apresentados são destacadas características das redes sociais que configuram fatores de risco à saúde em algumas populações, com destaque para comportamentos sexuais de risco e infecção por sífilis e HIV. Esses resultados sugerem que, uma vez que os riscos podem ser apreendidos sob a perspectiva de rede, as estratégias de prevenção e promoção de saúde também necessitam ser implementadas, planejadas e/ou idealizadas sob essa visão, buscando ampliar a resolutividade das ações de saúde no âmbito macrossocial.

Em relação à população em situação de rua, Hudson e Nandy (2014) visaram, nos EUA, comparar a prevalência do uso de substâncias, comportamento sexual de risco e sintomas depressivos entre jovens em situação de rua que frequentaram ou não abrigos. Para tanto, os autores incluíram na coleta de dados um item referente às fontes de apoio social (material e financeiro) que os participantes recebiam, para investigar se eram provenientes de pessoas que faziam ou não uso de drogas. Os resultados apontaram que os jovens que frequentaram abrigos apresentaram maiores índices de sintomas depressivos, maior quantidade de parceiros sexuais e maior frequência de uso de drogas. Ainda, os jovens dessa categoria se mostraram propensos a procurar apoio tanto em usuários quanto em não usuários de drogas.

Em outro estudo, desenvolvido nos EUA, com o propósito de identificar a relação entre fatores sociodemográficos, frequência de uso de drogas e a intenção de cessar o consumo (TRENZ et al., 2012), os dados revelaram que o único fator associado à intenção de cessar o uso de drogas foi estar em situação de rua. Além disso, os autores consideraram que, entre os usuários de drogas injetáveis, a realização do tratamento promovia acesso aos demais serviços que favoreciam a redução do uso de drogas.

Em estudo desenvolvido em Los Angeles, por Rhoades et al. (2011), visou-se investigar os fatores de risco individuais e da rede associados ao uso de drogas em uma população em situação de rua. Os resultados demonstraram que o aumento do uso de *crack* foi associado à presença de sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático e histórico de encarceramento. A presença de mais usuários de álcool e outras drogas na rede também foi

associado ao aumento do uso de álcool e maconha entre os participantes. Entretanto, o uso de *crack* diminuía quando havia na rede membros da família ou companheiros de trabalho.

No tocante ao estigma e discriminação, em um estudo conduzido por Crawford et al. (2013), em Nova York, teve-se como objetivo analisar a associação entre preconceito por raça, uso de drogas ou histórico carcerário e a rede social de usuários de drogas ilícitas. Foi apresentado em seus achados, que os participantes que relataram ter sofrido discriminação devido à raça e ao uso de drogas tinham em suas redes sociais mais vínculos que apresentavam risco tanto para uso de drogas quanto para comportamento sexual de risco. Além disso, todas as três formas de discriminação foram associadas ao aumento do uso de drogas pelos participantes.

Em outro estudo realizado nos EUA com o propósito de explorar como mulheres usuárias de drogas em tratamento percebiam a existência de estigma (Gunn; Canada, 2015), considerando a interação e apoio entre pares, foi observado que as participantes que faziam uso de cocaína e *crack*, apesar de relatarem receber apoio de seus pares, também percebiam a existência de estigma advindo de seus apoiadores no sentido de que consideravam o uso de drogas prática contrária aos comportamentos esperados do gênero feminino.

Nesses cinco estudos, nota-se a reflexão quanto ao fato de que alguns recursos, como família e amigos, podem constituir fatores de proteção, ao passo que outros, como os abrigos, mesmo que proporcionem benefícios aos seus usuários (proteção contra as intempéries urbanas e/ou ambientais), também favorecem um espaço de relações sociais que pode ser caracterizado como fator de risco. Assim, nas discussões sobre apoio social e uso de drogas, é de grande relevância considerar tantos os benefícios quanto os efeitos negativos que um mesmo recurso pode exercer no fenômeno estudado.

Algumas características da rede social dos usuários de drogas são apontadas como fatores que podem favorecer a descontinuidade do uso, como, por exemplo, o apoio proveniente dos próprios membros da rede (HARP; OSER; LEUKERFELD, 2012; HEARN et al., 2015; HORTA et al., 2016), a existência de serviços sociais e de saúde na rede (BOOTH et al., 2011; TRENZ et al., 2012; CHARLEBOIS et al., 2012; SAPRA et al. 2013; RAMASWAMY et al., 2013; PAULA; JORGE, 2014; MCNEIL et al., 2015) e instituições religiosas (CUCCIARE et al., 2016). Destaca-se que os recursos proporcionados por esses apoiadores são tanto o aconselhamento, apoio emocional e incentivo quanto estratégias de redução de danos ou oferecimento de tratamento com foco na abstinência.

Em relação ao apoio protetivo, advindo dos apoiadores, em estudo realizado com mulheres privadas de liberdade por HARP, OSER e LEUKERFELD (2012), nos EUA, teve-se

como objetivo examinar a relação entre apoio social percebido e frequência de uso de *crack*, por meio da análise sobre o acesso que as participantes tinham ao apoio advindo de familiares, amigos ou outras pessoas que consideravam importantes. Os resultados evidenciaram que apresentar níveis mais elevados de apoio social reduzia significativamente o consumo diário de *crack*, principalmente entre as participantes que eram mães.

Em pesquisa, cujo objetivo foi identificar a associação entre o tempo de liberdade da prisão e a adoção de comportamentos de risco para HIV entre mulheres usuárias de drogas, considerando o envolvimento em uma relação estável, realizada nos EUA, Hearn et al. (2015) identificaram que entre as participantes que possuíam companheiro fixo, não foi observado aumento no consumo de drogas nos primeiros seis meses após saírem da prisão. Além disso, as participantes também apresentaram menor probabilidade de envolvimento sexual com múltiplos parceiros, reduzindo as chances de contraírem HIV. Isso levou os autores a considerarem o parceiro como importante fonte de apoio emocional e instrumental, bem como fator de proteção contra situações estressantes que podem provocar o uso de drogas.

Em estudo realizado no Brasil com o propósito de investigar as condições associadas a baixos escores no Inventário de Habilidades Sociais entre usuários de *crack*, Horta et al. (2016) utilizaram o apoio social como variável e demonstraram, em seus resultados, que os participantes cujos escores em habilidades sociais eram baixos apresentavam apoio social reduzido, indicando que os usuários de *crack* podem ter dificuldade em desenvolverem e estabelecerem relações apoiadoras. Entretanto, identificou-se a presença de apoiadores que não eram membros da família, o que foi destacado como achado importante, pois revela a capacidade do sujeito em estabelecer laços fora do seu núcleo familiar.

Já em relação ao uso dos serviços de saúde, Sapra et al. (2013) desenvolveram pesquisa, nos EUA, visando investigar a relação entre o papel das redes de apoio social e o uso de serviços de saúde mental entre usuários de drogas em episódios depressivos. Os autores identificaram que os participantes que relataram ter fonte de apoio emocional e informacional em sua rede tiveram maior adesão aos serviços de saúde.

Ramaswamy et al. (2013), em estudo sobre a relação entre redes de apoio social e uso de serviços de saúde por usuários de drogas infectados com HIV, nos EUA, utilizaram dados como características dos membros da rede (família, amigos, outros usuários de drogas, outras pessoas infectadas pelo HIV ou que sabiam da condição soropositiva do participante) e frequência de utilização de serviços de saúde, nos três níveis de atenção à saúde. Os resultados apontaram que a presença de membros que proviam apoio significativo foi um fator associado à busca por unidades básicas de saúde. Também foi identificado que ter na

rede um membro ciente da condição soropositiva do participante estava associado ao aumento de quase três vezes na utilização de serviços da atenção primária. Não houve associação significativa entre o apoio social e o uso de serviços mais avançados, como unidades de emergência ou internação hospitalar.

Em pesquisa canadense, conduzida por Charlebois et al. (2012), com o objetivo de descrever a eficácia de um grupo de apoio para portadores de hepatite C em uma população de usuários de *crack*, identificou-se que o apoio e as informações fornecidas pelo grupo promoveram maior adesão ao tratamento. Além disso, os participantes eram incentivados a exercer apoio mútuo, visto que alguns enfrentavam problemas semelhantes.

Na Ucrânia, Booth et al. (2011) desenvolveram estudo para avaliar os efeitos de intervenções individuais e em rede para prevenção de comportamentos de risco para HIV, entre usuários de drogas. Após a realização das intervenções, foi identificado que as ações realizadas em rede foram mais efetivas para redução da frequência do uso de drogas e do compartilhamento de seringas do que as intervenções individuais.

MCNEIL et al. (2015) buscaram, no Canadá, identificar o impacto da utilização de um serviço de saúde denominado *Safer Smoking Room* (Sala para Fumo em Segurança, em tradução livre), sobre o consumo de *crack* e exposição a riscos. O serviço onde o estudo foi conduzido trabalhava com a disponibilização de uma sala reservada, na qual era possível consumir *crack*, individualmente, por meio da utilização de *kits* com seringas e agulhas. Foi observado que os usuários relataram sentir-se mais protegidos no interior do serviço de saúde dos perigos relacionados ao uso de drogas (como ser violentado, assaltado, preso ou discriminado) do que na rua, destacando o local e os profissionais como provedores de apoio social.

Por fim, no Brasil, em estudo com o propósito de analisar os significados, sentidos e experiências dos familiares em relação ao usuário de *crack* em tratamento (PAULA; JORGE, 2014), apontou-se que, em geral, os familiares conferem ao usuário de *crack* sentidos e significados negativos. Entretanto, a despeito dos vínculos fragilizados, alguns usuários relataram encontrar apoio no núcleo familiar, sendo essa uma motivação para o tratamento. Ainda, foi percebido que o apoio da família aumentou após a inclusão da mesma no processo de recuperação do usuário, enfatizando a necessidade dos serviços de saúde promoverem ações que visem o fortalecimento das redes de apoio social dos indivíduos, a partir do restabelecimento de vínculos.

Em relação ao fator protetor da religião, Cucciare et al. (2016) realizaram pesquisa nos EUA para analisar se aspectos da religiosidade e do apoio social estavam associados à

redução do uso drogas entre usuários de cocaína e *crack*, e constataram que os sujeitos que relataram frequentar a igreja usavam menos *crack* do que aqueles que não tinham contato com tal instituição.

Com base nesses últimos estudos apresentados, é possível destacar como fatores promotores de busca por serviços de saúde, motivação e adesão ao tratamento os seguintes aspectos: disponibilidade de apoio emocional e informacional, apoio familiar, intervenções em saúde na perspectiva de redes, grupos de apoio e ambiente de uso de substâncias protegidos. Assim, esses são aspectos também importantes para o avanço nas discussões sobre a temática apoio social e uso de *crack*.

Considerando o estado da arte sobre a temática apoio social e uso de *crack*, entende-se que o presente estudo se diferencia ao propor, em contexto brasileiro, a análise das características das redes de apoio de usuários de *crack* utilizando abordagem qualitativa. Certamente possibilitará o foco mais apurado na subjetividade desses sujeitos e suas relações e contribuirá para a complementação dos achados obtidos no rol de pesquisas apresentadas nesta revisão.

Além disso, na presente pesquisa pretende-se analisar o papel do Consultório na Rua, acompanhando as atividades realizadas por esse programa, que atua sob a ótica da redução de danos, recentemente implantado no Brasil, bem como considerar as percepções não apenas dos sujeitos beneficiados, mas também dos profissionais. Entende-se que a participação desses sujeitos, além de possibilitar a triangulação das informações, propiciará a descrição de um panorama sobre a realidade de tal serviço e os desafios de trabalhar com essa população no contexto brasileiro.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

No estudo teve-se como objetivo analisar as características da rede de apoio social de usuários de *crack* e o papel do Consultório na Rua para esses indivíduos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o apoio social disponibilizado pelos profissionais do Consultório na Rua aos usuários de *crack*.
- Descrever a intensidade e reciprocidade do vínculo entre a equipe e usuário.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal qualitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido em uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, especificamente no território de atuação da equipe do único Consultório na Rua existente.

4.2 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os participantes do estudo eram usuários de *crack* acompanhados pela equipe desse serviço, bem como os profissionais de tal equipe.

Os critérios para participação dos usuários foram: autorreferir-se usuário de *crack*, ter idade maior que 18 anos e estar no território de atuação da equipe do Consultório na Rua. Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados: prejuízo grave das funções cognitivas básicas (memória recente, orientação no tempo e espaço) e apresentar problema de alguma ordem que impedisse o participante de se expressar verbalmente.

Para a identificação de prejuízos nas funções cognitivas foram utilizadas quatro questões adaptadas do Miniexame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

A fim de assegurar maior possibilidade de sucesso no recrutamento dos participantes, o convite aos usuários foi realizado após a etapa de observação participante (sete meses). Segundo as informações obtidas no primeiro contato com o serviço, a equipe atendia cerca de 40 pacientes por dia, logo, pretendia-se atingir o total de, no mínimo, 30 participantes. No entanto, durante o período de coleta de dados identificou-se que a equipe abordava aproximadamente cinco pacientes por dia, sendo que, em alguns dias, os usuários acessados eram os mesmos dos dias anteriores. Assim, no período de 8 de setembro de 2016 a 21 de setembro de 2017 foram abordados aproximadamente 30 usuários, dos quais 27 atendiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos neste estudo e foram convidados para participar. Desses, oito não foram mais encontrados nos dias e horários estabelecidos por eles para a entrevista e dois se recusaram a participar, constituindo, portanto, amostra final de 17 usuários.

Em relação aos profissionais, foi adotado como critério de inclusão fazer parte da equipe de Consultório na Rua há, no mínimo, três meses, e como critério de exclusão, estar em férias ou licença-saúde no período de coleta dos dados. O município onde foi realizado o estudo conta com uma equipe de Modalidade I, que se caracteriza pela presença de dois

profissionais de nível superior, representadas por uma enfermeira e uma assistente social, e por dois profissionais de nível médio, representadas por uma técnica de enfermagem, e uma agente social, além do motorista do veículo utilizado nos atendimentos. Destes, apenas o motorista recusou-se a participar da pesquisa e, portanto, o grupo focal foi formado pelas outras quatro profissionais, que atendiam aos critérios de elegibilidade e constituíram a amostra final. Assim, o total de participantes do presente estudo foi de 21 indivíduos.

4.3 COLETA DOS DADOS

As estratégias de coleta de dados adotadas foram: observação participante, entrevistas semiestruturadas e grupo focal.

A observação participante foi conduzida de acordo com um roteiro (APÊNDICE C) que tinha como foco o reconhecimento do território de atuação da equipe do Consultório na Rua, as intervenções realizadas por tais profissionais e as relações estabelecidas com os usuários. As observações foram empreendidas pelo próprio pesquisador, tanto como técnica para coletar dados quanto como estratégia para adquirir o direito de entrada no contexto dessa população. Os registros em diários de campo foram feitos no período de 7 de junho de 2016 a 2 de janeiro de 2017, nos dias negociados com a equipe. Tal negociação teve como pauta a participação em todas as atividades da equipe, alternância dos dias da semana e priorização das ações de abordagem direta dos usuários. Foram registradas 104 horas de observação.

As entrevistas também seguiram um roteiro previamente testado com três usuários de *crack* que não foram incluídos na amostra final. Após a discussão sobre os resultados dessas três entrevistas, os pesquisadores envolvidos neste estudo fizeram ajustes nas questões norteadoras e o pesquisador principal foi orientado sobre abordagens alternativas no uso da linguagem e no modo de portar-se com tais usuários, para deixá-los mais à vontade e aumentar a possibilidade de compreensão dos objetivos e das questões propostas. O roteiro final contou com questões relacionadas ao cotidiano desses usuários e aos laços sociais estabelecidos por eles. Foram incluídas também algumas questões fechadas sobre os tipos e características do apoio social que esses sujeitos percebiam como disponíveis (APÊNDICE B).

As entrevistas foram realizadas em local de comum acordo com os participantes, sendo que, embora dada a opção de realização na sede da equipe ou na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, todos optaram por fazer no próprio local no qual foram abordados (na rua ou praça do território de abrangência). As entrevistas foram audiogravadas e duraram de 20 a 30 minutos, aproximadamente.

O grupo foi realizado na sede da Secretaria de Saúde do município, e teve como questão norteadora o trabalho da equipe junto aos usuários. O encontro foi audiogravado e teve duração de aproximadamente uma hora e quinze minutos. O facilitador do grupo foi o próprio pesquisador e os registros foram feitos por um observador com título de bacharel em enfermagem.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O conjunto dos dados foi analisado em duas etapas; primeiro, empreendeu-se a análise dos aspectos estruturais da rede de apoio dos usuários e, posteriormente, a análise de conteúdo das informações transcritas a partir das diferentes fontes, a saber, observação participante, entrevista e grupos focais.

A abordagem metodológica adotada foi a Análise de Redes Sociais (ARS), a qual propõe estratégias para explorar as estruturas que compõem uma rede, enfatizando os indivíduos e seus vínculos. Recomenda-se principalmente que a análise do fenômeno transcenda a caracterização do objeto ou dos sujeitos envolvidos, focando especialmente as relações sociais estabelecidas por eles e/ou entre eles (MARTELETO, 2010).

A ARS possibilita identificar as relações sociais entre os atores por meio de abordagem tanto qualitativa quanto quantitativa, pode ser utilizada para analisar redes pessoais ou organizacionais, focando os laços estabelecidos entre eles e seu nível de influência, de acordo com os atributos que apresentam (MATHEUS; SILVA, 2006; FORMER; YOUNG, 2008).

A representação gráfica da ARS se dá por meio de grafos, sociogramas e matrizes, recursos da Teoria dos Grafos. A Teoria dos Grafos, criada pelo matemático Euler, no século XVII, utiliza os vértices para representar os atores e as arestas para as ligações entre eles. A proposta é identificar as relações existentes entre todos os elementos do conjunto, suas características estruturais (número de nós/pessoas, número de relações estabelecidas, grau de reciprocidade das relações e distância entre os envolvidos) e o peso/influência de cada membro dessa rede (BARABÁSI, 2009; NEWMAN, 2003).

Portanto, para desenvolver o processo de ARS, faz-se necessário seguir alguns procedimentos. Primeiramente, deve ser feita a designação de um conjunto de atores, ou seja, definir claramente a população a ser estudada (WASSERMAN; FAUST, 1998) e associá-la a uma hipótese de pesquisa, para que seja realizada a coleta de dados. Em seguida, há a identificação dos tipos de relações sociais existentes entre o indivíduo entrevistado – *ego* – e os componentes de sua rede (CARRINGTON; SCOTT; WASSERMAN, 2005). Recomenda-

se, também, a identificação do papel de cada ator e sua importância nas relações sociais entre os demais, por meio de sociogramas, grafos ou matrizes, com o auxílio de *softwares* especializados (NOOY; MRVAR; BATAGELJ, 2005). Por fim, a interpretação dos resultados visa identificar possíveis padrões entre as ligações sociais dos atores (NOOY; MRVAR; BATAGELJ, 2005), assim como responder a hipóteses apresentadas no início da pesquisa.

Assim, no presente estudo, a primeira etapa da análise consistiu em identificar, nas diferentes fontes de dados, os apoiadores mencionados tanto pelos usuários quanto pelos profissionais, bem como as circunstâncias nas quais esses apoiadores eram acessados, além de informações relacionadas à satisfação e força do vínculo oriundo de tais relações. Essas informações foram sintetizadas em um mapa de rede (grafo), elaborado no *software* de Análise de Redes Sociais Gephi 0.9.1 (*Common Development and Distribution Licence and General Public Licence version 3*, 2008-2016).

Quanto à análise de conteúdo, segunda etapa da análise, os dados transcritos compuseram três grandes *corpus* de informações: um correspondente às observações participantes; outro, aos usuários; e o terceiro, aos profissionais. Empreenderam-se leituras sucessivas para identificação de unidades de significados a partir dos quais foi gerada uma lista de códigos comum aos três *corpora*. O agrupamento dos códigos em categorias foi realizado considerando os diferentes aspectos das relações estabelecidas entre os grupos envolvidos no fenômeno estudado, de acordo com o referencial teórico adotado. Logo, as categorias geradas foram: 1) os tipos de apoio social disponíveis aos usuários de *crack*; 2) potencialidades do Consultório na Rua enquanto integrante da Rede de Atenção Psicossocial; e 3) desafios.

Cabe ressaltar que, como estratégia de triangulação, os analistas buscaram destacar o posicionamento dos diferentes grupos envolvidos (observador, usuários e profissionais) em relação aos resultados de cada categoria, isto é, ressaltou-se se os diferentes grupos de interesses em questão tiveram manifestação unânime ou se se contrapuseram em relação aos resultados correspondentes a cada categoria elencada.

A etapa analítica foi empreendida por um estudante de mestrado, sob a supervisão de uma docente com experiência em pesquisa qualitativa e curso de aprimoramento em análise de redes sociais. O fato do pós-graduando ter sido o próprio observador participante e entrevistador foi fator importante, pois, embora ele não pertencesse aos grupos pesquisados (usuários e profissionais) e não tivesse vínculo direto com os participantes, o trabalho de campo possibilitou a ele vivenciar, de algum modo, o fenômeno sob estudo, aproximar-se mais da temática e envolver-se, de alguma forma, com a população estudada. Esse é um fator

importante em termos de reflexividade, pois, do mesmo modo que influenciou positivamente o desenvolvimento da pesquisa, também pode ter suscitado algum viés na análise. Assim, a participação de um segundo analista com experiência em relação ao fenômeno, porém sem contato com os participantes, pode ser configurada como estratégia para o controle de qualidade dessa análise.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo nº 50051015.4.0000.5393. Assim, foram seguidos todos os preceitos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, inclusive a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

Em relação ao perfil dos participantes, no que se refere aos usuários de *crack*, a maioria era preta ou parda, do sexo feminino, solteira, com ensino fundamental incompleto, sem profissão, sem renda, professava a religião católica, com idade média de 37,2 anos (mediana 38; Desvio-Padrão – dp 8,84) (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil dos usuários de *crack* entrevistados no estudo (N=17). Uberaba, MG, 2017

Usuário	Idade	Cor	Sexo	Religião	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Renda
E1	46	Pa	M	Católica	S	EFI	Não tem	0,00
E2	40	Pa	F	Espírita	S	ESI	Não tem	0,00
E3	53	Pr	M	Católica	S	EFI	Aposentado	937,00
E4	38	Pa	M	Católica	S	EFC	Não tem	0,00
E5	31	Pr	F	-	S	EFI	Não tem	0,00
E6	22	Pr	F	Católica	S	EFI	Não tem	0,00
E7	29	Pr	F	Católica	S	EFI	Não tem	0,00
E8	30	Pa	F	Católica	C	EFI	Não tem	0,00
E9	32	Pr	F	Evangélica	S	EFI	Não tem	0,00
E10	30	B	M	Católica	S	EFC	Não tem	0,00
E11	38	Pa	F	Espírita	C	EFI	Varredora	300,00
E12	53	Pa	F	Católica	C	EFI	Não tem	0,00
E13	30	Pa	F	Católica	S	EFI	Não tem	0,00
E14	40	Pa	M	-	S	EMC	Não tem	0,00
E15	43	Pr	F	-	S	EFI	Não tem	0,00
E16	32	Pr	M	Católica	S	EMC	Não tem	0,00
E17	46	Pa	M	Espírita	S	EFI	Não tem	0,00

Notas: Pa: parda; Pr: preta; B: branco; S: solteiro; C: casado; F: feminino; M: Masculino; EFI: ensino fundamental incompleto; EFC: ensino fundamental completo; EMC: ensino médio completo; ESI: ensino superior incompleto

No tocante ao Consultório na Rua, o perfil sociodemográfico da equipe é descrito abaixo (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil dos integrantes da equipe de Consultório na Rua participantes do estudo (N=4). Uberaba, MG, 2017

Profissional	Idade	Sexo	Cor	Religião	Estado civil
Enfermeira	28	Feminino	Parda	Católica	Solteira
Técnica em Enfermagem	43	Feminino	Branca	-	Casada
Assistente Social	31	Feminino	Branca	-	Casada
Agente Social	28	Feminino	Parda	-	Casada

Conforme apontado na seção Métodos, a análise de conteúdo culminou em três categorias, e os principais resultados são apresentados na Figura 1:

Figura 1- Categorias temáticas, códigos e síntese dos resultados

Nota: Os resultados apresentados em azul foram mencionados tanto pelos usuários quanto pela equipe, os resultados apresentados em verde foram mencionados apenas pelos usuários, enquanto os em roxo, apenas pela equipe

5.1 OS TIPOS DE APOIO SOCIAL DISPONÍVEIS AOS USUÁRIOS DE *CRACK*

A análise estrutural da rede dos usuários de *crack* está apresentada na Figura 2. Conforme pode ser observado, os apoiadores que assumiram maior relevância na rede desses sujeitos foram o Consultório na Rua, os membros da comunidade, a família extensa e outros usuários de *crack*.

Figura 2 – Fontes de apoio dos usuários de *crack* participantes do estudo (N=17). Uberaba, MG, 2017

Legenda: Os círculos correspondem ao grupo de apoiadores mencionados pelos usuários. O tamanho de cada círculo é proporcional ao número de usuários que mencionaram o apoiador. Os números correspondem aos usuários participantes. Os círculos em vermelho correspondem aos serviços de saúde, em amarelo os apoiadores informais, em verde os dispositivos de proteção social, em azul as instituições de cunho religioso e em branco

serviço de segurança pública. As linhas em cinza ilustram os vínculos estabelecidos entre os usuários e respectivos apoiadores.

Observação: O entrevistado 15 não mencionou nenhum apoiador, por isso não consta no mapa.

Os profissionais e os usuários referiram, respectivamente, oferecer e receber apoio material e emocional. Quanto ao apoio material, foram referidos pelos usuários: auxílio na regularização de documentos, agendamento de consultas, acompanhamento em unidades de saúde, locomoção e informação sobre outros serviços de saúde da rede.

Elas vão me ajudar a tirar documento e levar no hospital se precisar (Entrevistada 8).

Já me levaram na UPA [...], vieram me buscar, ficaram lá comigo (Entrevistado 9).

Teve uma vez que eu estava com muita dor, deu uma infecção, aí elas chegaram, me levaram na UPA (Entrevistada 7).

A equipe referiu disponibilizar apoio fornecendo alimento, administração e distribuição de medicamentos, de preservativos, aferição de pressão arterial, realização de curativos, orientação quanto ao autocuidado e contato com familiares dos usuários.

Não é nossa obrigação dar pão, mas a gente sempre tem no carro e eles sempre pedem, porque sabem que a gente tem [...]

E também tem o apoio para oferecer acesso à saúde, à documentação básica que eles não têm, encaminha pra um tratamento de saúde, esse que é o principal serviço, ao meu ver [...]

E a gente faz esse trabalho com a família também. A gente conhece a família da maioria. (grupo focal – falas da Assistente Social).

Várias das ações mencionadas foram observadas durante o trabalho de campo, conforme ilustrado nos trechos a seguir.

A enfermeira realizou curativo na usuária que apresentava ferimentos na têmpora, no peito e na perna direita, decorrentes de facadas desferidas pelo companheiro (diário de campo – Observador).

A assistente social perguntou se a usuária estava bem de saúde, se desejava algo específico, e ela pediu apenas preservativos, sendo-lhe entregue três cartelas (diário de campo – Observador).

Foi solicitada visita do Consultório na Rua à família de uma usuária que havia recebido alta do Hospital Psiquiátrico, e agora precisava retornar para casa. Como ela estava cadastrada no sistema do programa, seria importante que a equipe realizasse este tipo de contato com os familiares, preparando-os para recebê-la novamente (diário de campo – Observador).

Em relação ao apoio emocional, por parte dos profissionais, foram identificadas como principais estratégias: atuar sob perspectiva ampliada de saúde e proporcionar escuta humanizada e diálogo, conforme apontado a seguir.

Eu acredito que eles são muito carentes, e querem ser vistos como pessoas normais que são... aí eles pegam na mão, se apresentam, abraçam, querem ser notados. Aí eu acho que, além da assistência, também tem essa coisa da atenção, de conversar (grupo focal – fala da Agente Social).

Às vezes ele não está sentindo nada, ele queria simplesmente que eu ficasse lá com ele, conversasse com ele, nem assistência quer. Só um carinho, estar perto. Acho que até o papel de ouvir o desabafo deles acaba sendo nosso (grupo focal – fala da Técnica em Enfermagem).

Às vezes não fala nada com nada, chega lá falando uns assuntos bem confusos, mas só pra poder conversar e querer ser ouvido (grupo focal – fala da Enfermeira).

E o que mantém [o vínculo] é o cotidiano, é a conversa. Todo dia a gente está lá, conversa, atende, encontra. Então é isso que mantém (grupo focal – fala da assistente social).

A conversa e o acompanhamento ajudam bastante. Ou então, por exemplo, eles pedem “Me leva ali?”, daí a gente vai e leva, e eles se sentem agradecidos, como se fosse um favor (grupo focal – fala da Enfermeira).

Os usuários, por sua vez, percebiam o apoio emocional por meio da atenção proporcionada pelos profissionais da equipe, os quais demonstravam preocupação e respeito com a população atendida:

Olha, até o motorista, se ele me der um sorriso, eu já ganho meu dia. Às vezes eu vejo ele passando na rua, se ele me ver, ele para pra ver como eu estou... e ele não tem nada a ver, elas sim têm que dar um auxílio, ele só teria que dirigir, mas ele para e se preocupa comigo (Entrevistado 15).

Elas dão uma atenção “da hora”, elas chegam e falam “Onde você que ir? O que que você está precisando?” (Entrevistado 10).

Da mesma forma, foi possível perceber essa relação amistosa e o carinho entre equipe e usuários durante o trabalho de campo, conforme os trechos a seguir.

A usuária aproximou-se sorridente e cumprimentou a todos com um abraço, dizendo “Ah, que bom que encontrei vocês!” (diário de campo – Observador).

Quando vocês [dirigindo-se à assistente social] chegam aqui, trazem luz, alegria e esperança pra nós (fala do Usuário, extraída do diário de campo).

Se vocês [equipe] ficassem mais tempo sem aparecer por aqui, eu ia lá pra porta da Secretaria de Saúde bater panela até vocês voltarem (fala do usuário [Entrevistado 9], extraída do diário de campo).

Além disso, os usuários mencionaram os membros da família como apoiadores, mesmo tendo contato pouco frequente com esses. Referiram a visita/ajuda de parentes que parecem se preocupar com os eles.

Uma vez eu estava precisando pagar dívida de jogo, outra vez fiquei preso e meus irmãos pagaram advogado, isso por causa de droga (Entrevistado 1).

Aí eu vou atrás da minha mãe... quando eu quero pegar um dinheiro, comprar uma coisa pra mim... quando eu fico com vontade de tomar leite e não tem, aí quando ela tem dinheiro ela compra pra mim (Entrevistada 8).

A mãe da minha mãe eu não tenho muito contato, mas foi o primeiro lugar que eu fui depois que eu saí da cadeia, fui lá, almocei, ela me deu um dinheirinho, mas, infelizmente, ela não me aceita lá por causa desse motivo da droga (Entrevistado 10).

A presença da família também foi mencionada pelos usuários durante o trabalho de campo.

Minha irmã e minha sobrinha vem cá uma vez por semana, elas até querem que eu vá morar com elas, mas a mulher [companheira] aqui não quer ir (fala do usuário [Entrevistado 2], extraída do diário de campo).

Meu pai vem aqui me ver quase todo dia, conversa, briga comigo porque eu não tomo banho, me ajuda com um dinheiro (fala do usuário, extraída do diário de campo).

Enquanto estava internado, o usuário referiu que uma sobrinha ia visitá-lo, levando cobertas e roupas (diário de campo – Observador).

O apoio familiar foi um aspecto mencionado exclusivamente pelos usuários. Contudo, eles também narraram que a relação com outros membros da família é difícil, o que corrobora a visão da equipe, que considerava o contato entre usuário e família fragilizado e prejudicado.

Enquanto eles estão em uso, na rua, a família não quer saber. Mas aí quando a gente encaminha pra um tratamento, alguns até procuram. A questão é quando há uso ou algum conflito, aí esse contato é mais distante (grupo focal – fala da Assistente Social).

Eu tenho meu quarto lá em casa, mas não volto, não, porque eu e meu irmão brigamos muito e minha mãe fica mal com isso, aí, pra evitar, eu prefiro ficar na rua mesmo (fala do usuário, extraída do diário de campo).

Meu pai, ele me ajuda em tudo... comida ele não nega, um lar ele não nega... mas eu e minha mãe, a gente não dá certo não (Entrevistada 6).

Ainda, foi observada a cooperação mútua entre os próprios indivíduos em situação de rua que também faziam uso de *crack*. Alguns usuários consideravam que os laços estabelecidos entre eles eram fortes, e referiam-se uns aos outros como “uma família”. Foi identificado, na fala dos sujeitos, que havia respeito, preocupação e solidariedade entre eles, que mencionaram o compartilhamento de alimentos e doações entre si, conforme ilustrado nos trechos abaixo.

Tem o A. aqui da “casa”, ele chama a gente pra comer, faz tudo que ele pode pra ajudar... A M., a gente divide comida também (Entrevistada 8).

O pessoal aqui da rua me ajuda demais a não fazer coisa errada... eu falo que eu vou fazer e eles me param... Um dia eu estava na rua, caí no passeio, a J. passou e me viu, e me catou e me levou pra casa” (Entrevistada 7).

Ah, eu gosto muito daquela menina [outra usuária]... todo mundo fala mal dela, mas ela tem um coração bom, ajuda todo mundo, arruma comida e divide comigo... ela é uma menina boa (fala do usuário, extraída do diário de campo).

O apoio entre pares também foi um aspecto presente apenas na visão dos próprios usuários, não sendo mencionado nada a respeito pela equipe.

Faz-se necessário esclarecer que o termo “casa”, mencionado pelos participantes, é referente a um imóvel abandonado o qual eles utilizavam para dormir, comer e guardar seus pertences, porém, após alguns meses, o proprietário reivindicou o espaço e destruiu a “casa”, a fim de construir outro imóvel, fazendo com que os usuários voltassem para a rua.

Por fim, observou-se o apoio advindo da rede informal, composta de grupos/instituições religiosas e pessoas da comunidade que, de acordo com os usuários, demonstravam empatia e procuravam ajudá-los de alguma maneira.

Tem os Anjos da Noite, eles vêm, trazem comida, roupa, conversam (Entrevistada 6).

O padre, tudo que eu preciso ele ajuda... se eu preciso de um prato de comida, ele vai lá e pega pra mim, se eu preciso de dinheiro também (Entrevistada 12).

Tem o pessoal da igreja, eles vêm aqui toda sexta-feira, pegam a gente, levam pra tomar banho, dão comida (Entrevistada 7).

Tem um senhor que me ajuda, deixa eu ficar num barraco que ele tem, aí eu durmo lá, fico lá só à noite (Entrevistada 13).

Os medicamentos do usuário foram deixados com os funcionários de uma loja na qual ele sempre ia pela manhã pedir café, uma vez que os mesmos comprometeram-se em entregar-lhe o medicamento todos os dias (diário de campo – Observador).

A assistente social recebeu uma ligação de um senhor que morava próximo à quadra de esportes na qual um dos usuários ficava, para informar que o mesmo queixava-se de dor de dente intensa, e gostaria que a equipe fosse até o local para atendê-lo (diário de campo – Observador).

Destaca-se que, durante a discussão no grupo focal, as profissionais não mencionaram o apoio advindo de grupos religiosos e/ou a participação da comunidade nesse sentido.

No tocante ao apoio disponibilizado pela rede formal, identificou-se apenas o Consultório na Rua como fonte desse tipo de apoio.

Eu procuro mais é o Consultório na Rua mesmo, de vez em quando a gente conversa, elas dão uma palavra amiga, eu ligo pra elas também pra pedir ajuda pra alguém daqui da praça [alguém que precisa de ajuda] (Entrevistado 3).

Ah, quem me ajuda mais é o Consultório... eu conheci elas pelo meu companheiro... elas me acordam e me levam pra tomar vacina, fazer ultrassom, exame de urina, exame de sangue (Entrevistado 10).

Ah, procuro o Consultório na Rua, porque assim me trouxeram aqui nesse médico, fazia muitos anos que eu não ia no ginecologista, e eu gostei, ele me tratou bem, não me viu só como moradora de rua... me tratou como ser humano, gostei muito (Entrevistada 11).

5.2 POTENCIALIDADES DO CONSULTÓRIO NA RUA ENQUANTO INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Entre as potencialidades do serviço, foi evidenciada a adoção de abordagem não-confrontativa. Observou-se que a equipe não insistia caso o usuário se mostrasse hostil ou não quisesse conversar. Os dados das observações e entrevistas sugerem que a equipe conseguia adequar suas ações à condição emocional dos usuários ou ao comportamento manifestado por eles, demonstrando certo respeito em relação à cultura e estilo de vida deles. Por outro lado, os usuários pareciam respeitar o trabalho da equipe e entender o papel do serviço, conforme registrado nos trechos a seguir.

O usuário estava deitado e totalmente coberto. As profissionais o chamaram pelo nome, e ele respondeu com a voz sonolenta, mal conseguindo abrir os olhos. Elas resolveram abordá-lo em outro momento (diário de campo – Observador).

Perguntaram se ele não gostaria de ir à UPA para tratar melhor do ferimento, mas ele se negou (diário de campo – Observador).

Olha o jeito que elas falam comigo “Você não quer internar, não?” Aí eu falo que não, mas se eu falar que quero, elas me levam na hora (Entrevistada 9).

Você viu como que elas chegaram aqui e falaram comigo, se eu quiser ir agora eu vou, se não, só depois, não tem problema (Entrevistado 14).

Os usuários respeitam muito a gente, eles não aceitam que alguém brigue perto de nós, tanto é que tem sempre um que fala “Olha, as meninas chegaram, não é pra acender cachimbo, não é pra fazer isso ou aquilo”, porque eles respeitam (grupo focal – fala da Assistente Social).

Observou-se que a abordagem não-confrontativa foi um aspecto percebido por ambas as partes. A equipe realizava abordagem coerente com a proposta do serviço e os usuários demonstraram percepção factual de tal abordagem.

Os resultados apontaram que o acolhimento era a principal estratégia adotada pela equipe para o estabelecimento de vínculo com os usuários, e os próprios usuários referenciavam seus pares a essa equipe, divulgavam e explicavam o trabalho do Consultório na Rua para aqueles que ainda não o conheciam. Tal percepção foi recíproca entre profissionais e usuários, conforme ilustrado nos seguintes trechos:

[...] atenção que elas deram lá pra nós... a gente drogado lá e elas não têm orgulho, não têm preconceito, não ficaram com medo (Entrevistado 10).

Eu sempre apresento o Consultório pra esse povo que vem de fora, falo como é “tem um pessoal aí que ajuda a gente da rua, que dá um apoio bacana...”. Porque elas têm a vontade de ajudar, se fosse outra pessoa talvez não ia querer, mas elas têm o interesse (Entrevistado 1).

Os próprios usuários já falam entre si, então já facilita pra gente... esses dias mesmo, tinha um homem que não conhecia o programa, mas aí outro usuário disse “Olha, elas são da saúde e ajudam a gente com isso e aquilo...”, então eles mesmo já fazem uma ponte e ajudam a criar o vínculo (grupo focal – fala da Assistente Social).

Um aspecto de destaque, mencionado tanto pelos usuários quanto pelos profissionais do Consultório na Rua, foi a intermediação desse serviço com outros pontos de atenção à saúde. Isto é, de acordo com os resultados, o Consultório na Rua exercia tanto o papel de porta de entrada quanto de elo para a continuidade da atenção, realizando inclusive a busca ativa de alguns casos específicos e advogando pelos direitos dos mesmos.

O usuário foi levado à UPA a fim de realizar avaliação e administrar medicação na mão que estava ferida (diário de campo – Observador).

Eu falo, se eu tivesse vindo sozinho já tinha ido embora, mas só estou aqui [na UPA], porque elas me trouxeram e estão aqui comigo acompanhando (fala do usuário [Entrevistado 2], extraída do diário de campo).

Se não fosse por elas [equipe], eu não ia fazer pré-natal nem nada, ia deixar nascer assim, “largada” (Entrevistada 10).

Tem minhas amigas assistentes sociais do Consultório na Rua, que me dão remédio, conversa comigo, dão atenção... é muito importante, porque ninguém me ajuda, não, mas elas me acham e me levam. Sozinha eu não ia, não (Entrevistada 13).

Se ele for numa Unidade de Saúde sozinho, os profissionais não irão tratá-lo da mesma forma que tratariam se a gente estivesse junto dele (grupo focal – fala da Enfermeira).

Foram identificados também aspectos relacionados ao estabelecimento de um bom vínculo de confiança entre os usuários e os profissionais do Consultório na Rua.

Por exemplo, quando eles pedem remédio: eles têm que confiar que aquele remédio é o certo para aquilo que ele está sentindo. Porque seria muito fácil dar qualquer remédio só pra agradar eles, e aí!? Mas não acontece isso e eles precisam confiar no serviço que a gente está prestando pra ele (grupo focal – fala da Técnica em Enfermagem).

Antes, ela [a usuária] nem conversava com a gente direito, levou um tempo até a gente criar vínculo, ela xingava, era super desconfiada..., mas hoje temos mais intimidade (fala da Assistente Social, extraída do diário de campo).

Ao chegarmos a praça, a usuária cumprimentou-nos e chamou a Enfermeira para conversar em um canto mais reservado, próximo aos banheiros, provavelmente por tratar-se de um assunto mais delicado e sentir-se mais segura com ela (diário de campo – Observador).

A enfermeira me informou que, após algum tempo de convivência, o usuário, que costumava ser mais agressivo, passou a ter mais confiança nela e acabou contando que sentia falta de ter uma companheira, porém sentia vergonha por “não ter os dentes da frente”, o que, para ele, trazia a sensação de ser rejeitado (diário de campo – Observador).

5.3 DESAFIOS

Um dos desafios identificados em relação ao processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua foi o preconceito existente por parte dos profissionais de outros serviços de saúde, devido à situação de rua em que os usuários se encontravam.

Quando tem um usuário num postinho, eles ligam pra gente e falam “Olha, tem morador de rua aqui, não é lugar pra ele ficar não, vem buscar”, aí a gente tem que ir lá, explicar pros profissionais, eles acham que não é dever deles também (grupo focal – fala da Assistente Social).

Um dia fomos numa UBS e uma profissional falou “O que é isso, consultoria de rua? Não vou atender, não, nem tenho convênio com isso...”, aí eu tive que explicar o quê que era (grupo focal – fala da Assistente Social).

Muitas vezes a gente leva o usuário lá [no serviço] e a pessoa não atende ele como ele merece, já exclui ele por estar em situação de rua, não tem aquele atendimento humanizado (grupo focal – fala da Enfermeira).

O desafio é esse: inserir os usuários na rede, com os profissionais que são muito resistentes (grupo focal – fala da Técnica em Enfermagem).

O próprio ex-diretor do Consultório na Rua tinha uma visão preconceituosa dos usuários, tanto é que ele apresentou o programa pra gente como sendo aquilo que ia “cuidar da parte negra da cidade, a parte feia da cidade”, nestas palavras... e agora é ele quem está coordenando o Albergue, e fica querendo “devolver” os usuários que a gente encaminha pra lá (grupo focal – fala da Assistente Social).

O coordenador atual do Albergue tem uma lista de usuários que estão desligados do serviço e não podem entrar mais lá (fala da Enfermeira, extraída do diário de campo).

Agora vê se pode, um serviço que é para o usuário, o cara vai e “desliga” o povo só porque ele não vai com a cara ou não tem paciência. Não tem justificativa nenhuma, ele só fala pra pessoa não voltar mais, e se ela voltar ele não deixa entrar (fala da Assistente Social, extraída do diário de campo).

A equipe também mencionou que os usuários conseguiam perceber o preconceito que sofriam.

A gente já vê o preconceito no próprio usuário, quando levamos ele a alguma unidade, e aí uma pessoa olha pra eles e eles respondem “O quê? Por que que estão me olhando desse jeito?”, eles já internalizam isso. Já acham que a pessoa está olhando porque é morador de rua, e tudo mais (grupo focal – fala da Enfermeira).

Outro desafio identificado foi a falta de sensibilidade de alguns serviços da rede de atenção à saúde e proteção social quanto às especificidades relacionadas ao gênero e orientação sexual. Tal resultado foi obtido nas três fontes de dados utilizadas neste estudo (entrevistas, grupo focal e diário de campo), conforme ilustrado nos trechos abaixo.

A ala feminina do Albergue foi isolada, acabou. Agora está todo mundo misturado (fala da Enfermeira, extraída do diário de campo).

Um desafio é a falta de um local de acolhimento voltado para o público feminino, porque a maioria das vezes a gente só acha espaço masculino. O único local exclusivamente

feminino que existe aqui na cidade não tem atendimento humanizado, daí a gente nem indica. E às vezes a mulher não quer ficar no Hospital Psiquiátrico, quer ir pra uma comunidade, algo assim, mas aí não existe (grupo focal – fala da Enfermeira).

Então, eu queria um lugar pra eu ficar enquanto ele [companheiro] ia procurar um emprego, aí ele ia trabalhar enquanto eu ia me tratar, recuperar, mas pro sanatório eu não queria ir, e essas “casas” que tem aí é tudo misturado e não aceitam eu entrar com a cachorrinha também, aí fica difícil (fala da usuária [Entrevistada 3], extraída do diário de campo).

Eu acho que um outro desafio é no que diz respeito ao público LGBT, porque, por exemplo, a “Andreza” gosta de ser chamada de Andreza, só que existem profissionais que não entendem, eles falam “Vocês têm que trazer um cartão SUS com o nome de André”, então é chato isso, sendo que já está até na Lei que pessoa tem direito a usar o nome social que ela escolheu, mas aí vemos de novo o despreparo e falta de capacitação das pessoas [...]. Lá no Albergue tinha a ala masculina e feminina, mas fecharam a feminina... daí quem é transexual tem que ficar junto com os homens, isso é um absurdo. E inclusive a justificativa do diretor de lá pra isso é “Se a pessoa nasceu homem, ele é homem, vai ser tratado como homem” (grupo focal – fala da Enfermeira).

O fato do estilo de vida dos usuários não ser compatível com as regras e dinâmicas dos serviços da rede de atenção constitui também um desafio importante nesse processo, e esse aspecto foi identificado principalmente pelos profissionais da equipe.

Vamos supor, a gente marca dentista, o usuário não vai, aí chamam a nossa atenção, porque o pessoal da saúde bucal não entende que é uma população em situação de rua, eles querem que vão de qualquer forma, e ainda falam “Se acontecer alguma coisa, ligue com um dia de antecedência pra desmarcar”, mas como que a gente vai saber? (grupo focal – fala da Enfermeira).

[...] E eu acho que isso vai ser difícil de mudar, porque é a realidade deles: eles ficam até de madrugada usando a droga intensamente, não vai acordar pra ir numa consulta às 6h30 da manhã. A gente tem que ter esse entendimento (grupo focal – fala da Assistente Social).

Também tem a questão de vagas no momento disponível, porque muitas vezes o usuário quer em determinado momento, aí nós vamos verificar e não tem vaga, só daqui a

três dias, aí depois ele não vai querer mais. Eu acho que tinha que ter uma porta aberta pra esse usuário (grupo focal – fala da Enfermeira).

Outro desafio era em relação à documentação, por exemplo, lá no CTA [Centro de Testagem e Aconselhamento], eles exigiam documento, mas muitos deles não têm... só que isso já foi resolvido: nós conversamos com a gerente, aí quando a gente leva algum usuário nosso, eles tiram foto da pessoa e arquivam. Aí no dia de pegar o resultado, eles conferem pela foto que já está lá (grupo focal – fala da Enfermeira).

6 DISCUSSÃO

As principais características sociodemográficas da população deste estudo apontam para baixa escolaridade e renda, corroborando estudos prévios (JONAS et al., 2012; HARP; OSER, 2016; SMITH et al., 2016), em que se reafirma o peso de tais características como aspectos que expõem as pessoas em geral, e especificamente essa população, a inúmeras situações de vulnerabilidade social e à saúde. Com destaque, inclusive, para a influência de tais características na rede de apoio de tais participantes (JONAS et al., 2012).

Ainda em relação às características do grupo estudado, ressalta-se maior prevalência do sexo feminino. Tal resultado deve ser analisado com cuidado, pois não pode ser generalizado à população estudada, tendo em vista que o presente estudo é qualitativo. Vale ressaltar que, uma vez que o recrutamento dos participantes foi feito com os usuários acessados pela equipe em um período pré-estabelecido, tal característica pode indicar duas principais questões. Em primeiro lugar, tais mulheres são menos itinerantes, portanto, foram encontradas no mesmo local mais de uma vez. Em segundo, tal acessibilidade das mulheres pode ter relação com o gênero das profissionais da equipe, as quais também são mulheres.

Apesar disso, a questão do sexo feminino tem recebido destaque na literatura, devido a aspectos como o maior estigma das mulheres usuárias de drogas em relação à sua feminilidade, valores morais e caráter (GUNN; CANADA, 2016), e algumas especificidades do gênero, como a possibilidade de ser mãe (HARP; OSER; LEUKERFELD, 2012), e a possível influência dos parceiros no uso de drogas (RUDOLPH et al., 2013).

A cor autodeclarada pelos participantes também apontou que, na amostra estudada, houve mais indivíduos da cor preta ou parda. Nesse caso também, embora sendo estudo qualitativo, vale ressaltar a questão cultural relacionada à população brasileira que, segundo dados do IBGE, é composta de 50,7% de pessoas dessa cor. Por outro lado, há estudos em que se aponta a maior prevalência do uso de substâncias ora nessa população (RHOADES et al., 2011; RUDOLPH et al., 2011; CRAWFORD et al., 2013; RUDOLPH et al., 2013; SONG;

WENZEL, 2015), ora na população de pessoas brancas (CHARLEBOIS et al., 2012; SMITH et al., 2016). Outra questão que tem sido discutida em relação ao quesito raça/cor e o uso de substâncias é o fato de que os indivíduos da cor preta ou parda são mais vulneráveis a diferentes resultados negativos de saúde mental, como maior prevalência de internação psiquiátrica, quadros de estresse e depressão (FARO; PEREIRA, 2011; BARROS et al., 2014; GRACE et al., 2016).

No tocante ao apoio social dos participantes, embora em alguns estudos o uso de *crack* e a situação de rua sejam apontados como questões associadas ao rompimento radical de vínculos familiares (SELEGHIM et al., 2011; PAULA; JORGE, 2014; HEARN et al., 2015; SOCCOL et al., 2014), identificou-se, no presente estudo, que a maioria dos participantes tinha vínculo com suas famílias, inclusive esses eram considerados como importantes fontes de apoio emocional e material. Tal resultado corrobora estudo desenvolvido nos EUA com usuários de drogas em situação de rua, em que também se apontou a família como importante fator de proteção relacionado aos indicadores de saúde mental (NYAMATHI et al., 2012). Apesar disso, o papel da família para o usuário de drogas tem sido destacado muito mais pelos estudos que tiveram como população usuários em tratamento ou assistidos por alguma instituição (PAULA; JORGE, 2014; KING; LATKIN; DAVEY-ROTHWELL, 2015; HARP; OSER, 2016; SCHERER et al., 2016). Assim, o resultado do presente estudo é de grande relevância na discussão sobre as redes de apoio social desses indivíduos, principalmente em termos de possibilidades interventivas que possam contar com esses apoiadores.

Semelhantemente a diversos estudos prévios (RUDOLPH et al., 2011; TOBIN et al., 2011; SONG; RUDOLPH et al., 2013; WENZEL, 2015; FUJIMOTO et al., 2016), a composição da rede de apoio dos usuários contava mais com indivíduos também usuários de *crack* do que indivíduos não usuários. Tal resultado pode ser interpretado a partir de duas perspectivas: em primeiro lugar, não se pode desconsiderar a importância dos pares como apoiadores, pois, conforme descrito nos resultados, eles constituem uma rede de certo modo solidária, na qual compartilham não apenas a droga, mas também outros recursos, como alimentação e vestimentas, e isso tem sido descrito também em estudos prévios nos quais é destacado o caráter não discriminatório desses apoiadores (DOMANICO; MALTA, 2012; KRAWCYK; VELOSO FILHO; BASTOS, 2016).

Por outro lado, vários pesquisadores têm apontado o denominado *dark side effect* do apoio social (PORTES, 1998; WOOLCOCK; NARAYAN, 2000; FREISTHLER; HOLMES; WOLF, 2014; MAZER et al., 2014), o qual consiste nos efeitos negativos que o próprio apoio pode desencadear. No caso do fenômeno em estudo, vários efeitos negativos têm sido

apontados na literatura em relação às redes de usuários de drogas em geral (RUDOLPH et al., 2011; 2013; SONG; WENZEL, 2015), e especificamente de usuários de *crack* (TOBIN et al., 2011; FUJIMOTO et al., 2016). Em tais estudos têm-se apontado tanto a influência desses apoiadores na manutenção do uso das substâncias quanto de outras situações vulneráveis como, por exemplo, maior exposição a comportamentos sexuais de risco (SONG; WENZEL, 2015), prostituição (RUDOLPH et al., 2013) e prevalência de HIV (FUJIMOTO et al., 2016).

Dada essa dinâmica relacional, entende-se que qualquer estratégia de cunho preventivo ou de promoção de saúde deva considerar essas questões, isto é, recomenda-se que tais estratégias sejam empreendidas do modo mais coletivo possível, considerando a perspectiva de rede de compartilhamento de influências, que pode ser utilizada a favor da disseminação de novas propostas de cuidado e estilo de vida.

Nesse sentido, a própria concepção técnico-política do Consultório na Rua, a saber, a perspectiva de redução de danos, se configura como questão essencial para esse tipo de abordagem. Entende-se que a consolidação de redes colaborativas integrando os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, CAPS e Serviços de Assistência Social, bem como lideranças comunitárias, poderia ser efetiva para planejamentos sensíveis às especificidades desse grupo.

Estratégias nesse sentido podem ser eficazes também para combater o estigma relacionado ao usuário de *crack* e reduzir o preconceito por parte de alguns profissionais da Rede de Atenção. Tanto os usuários quanto os profissionais referiram que o preconceito é um aspecto que permeia o cotidiano da equipe e dos usuários, principalmente no tocante à utilização de outros serviços de saúde e dispositivos de proteção social, como o Albergue.

Em outros estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior também têm-se destacado a questão do estigma relacionado ao usuário de substâncias e o preconceito por parte de alguns profissionais de saúde (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; KRAWCYK; VELOSO FILHO; BASTOS, 2016; MELO; ASSUNÇÃO; VECCHIA, 2016; LAN et al., 2017). Tanto os relatos quanto os estudos prévios denotam que questões como condições de higiene e autocuidado parecem ser as barreiras iniciais entre os profissionais e os usuários de drogas em situação de rua. Embora esses profissionais sejam treinados para lidar também com questões de autocuidado, alguns se portam de modo resistente aos grupos que, de certo modo, “destoam” do perfil usual da clientela do serviço. Além disso, julgamentos de caráter moral relacionados tanto ao uso de substâncias quanto à situação de rua são elementos que parecem reforçar tais barreiras.

Embora em alguns estudos atribua-se o preconceito por parte dos profissionais em saúde à falta de treinamento (COSTA et al., 2015; PAULA et al., 2014; FERREIRA;

ROZENDO; MELO, 2016;), entende-se que se trata mais de uma questão de falta de sensibilização do que incapacidade técnica. Nesse sentido, retoma-se que ações mais compartilhadas e discussões para o planejamento da atenção que tenham cunho mais participativo podem ser estratégias importantes tanto para ampliar perspectivas mais plurais quanto para dirimir dificuldades que possam estar relacionadas ao “estranhamento” do outro que não lhe é familiar.

Outra possibilidade seria uma estratégia de rodiziamento de profissionais, de modo a propiciar a alguns membros da equipe dos serviços de saúde a vivência prática com as equipes do Consultório na Rua. Entende-se que uma ação como essa poderia contribuir para a “familiarização” desses indivíduos com a realidade e o contexto dos grupos em situação de vulnerabilidade social, contribuindo para a humanização do cuidado disponibilizado pelos profissionais para esse grupo.

Tais sugestões corroboram a perspectiva denominada como diagonal e integrativa (LAN et al., 2017) e, também, a ideia de que estratégias que estimulem reflexões sobre o estigma social pelos profissionais de saúde podem auxiliar no combate à visão reduzida desses sujeitos à “condição de drogado”, propiciando uma visão mais integral, que considere todas as outras dimensões subjetivas dos sujeitos (MELO; ASSUNÇÃO; VECCHIA, 2016).

O estigma tem sido associado a diversos resultados negativos de saúde, como aumento do uso dos serviços de emergência, não adesão aos tratamentos, diminuição do acesso ao cuidado e desencorajamento da busca por apoio. Assim, a questão do estigma e do preconceito certamente está relacionada à não sensibilidade dos outros serviços às especificidades da população estudada, o que foi um desafio identificado no presente estudo. Destaca-se que em estudos prévios com usuários de drogas têm-se apontado que a facilidade de acesso, o caráter de não julgamento e atitudes acolhedoras são fatores importantes referidos por esses usuários em relação à busca de cuidado de saúde (CHARLEBOIS et al., 2012; MCNEIL et al., 2015).

Entende-se que alguns arranjos institucionais poderiam ser estabelecidos de modo a flexibilizar algumas regras e ampliar o acesso a esse grupo, que tem algumas características específicas, como a itinerância e a dificuldade de se organizar face a apazamentos.

Outro resultado importante foi a identificação do papel da comunidade como fonte de apoio social para os usuários de *crack* em situação de rua, pois, embora no Brasil haja forte apelo midiático reforçando ideias de caráter excludente em relação a essa população, observou-se que algumas pessoas da comunidade local empreendem iniciativas, sobretudo de

apoio material, de suma importância para esses grupos, destacando postura solidária especificamente no tocante a questões como cuidado à saúde e alimentação.

Em alguns estudos têm-se destacado que o apoio informal, em geral, é menos mencionado do que o formal por populações em situação de vulnerabilidade à saúde mental, embora os benefícios desse tipo de apoio para a saúde sejam bem reconhecidos (SOUZA; et al., 2016; SOUZA et al., 2017).

Desse modo, entende-se que estudos adicionais devem ser desenvolvidos visando explorar mais profundamente a dinâmica das relações da população em situação de rua com os apoiadores informais, incluindo não apenas o apoio dos pares, mas também pessoas da comunidade que auxiliam esses indivíduos de algum modo. Estudos nesse sentido poderão auxiliar as equipes dos serviços de saúde e proteção social no planejamento de estratégias de cuidado mais inclusivas e de caráter participativo, pois entende-se que a comunidade possui saberes empíricos relevantes relacionados à dinâmica e estilos de vida dos indivíduos em situação de rua.

O principal apoiador dos usuários, de acordo com as três fontes (observador, usuários e profissionais), foi o Consultório na Rua, mencionado tanto como fonte de recurso material e emocional quanto como exercendo papel de intermediador para o acesso do usuário em outros dispositivos da Rede de Atenção. Esses resultados corroboram estudos prévios (LIMA; SEIDL, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; KAMI et al., 2016; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016) nos quais, assim como neste estudo, aponta-se também que as equipes demonstram noção ampliada sobre as especificidades dessa clientela.

Auxílio para regularização de documentos, agendamento e acompanhamento em consultas e exames, locomoção para os serviços de saúde e disponibilização de informações de diferentes ordens foram as principais ações mencionadas pelos usuários. Já os profissionais referiram disponibilização de alimentos, administração de medicação, distribuição de preservativos, aferição da pressão arterial, curativos, orientação de autocuidado e contato com a família.

Destaca-se que os usuários apontaram mais auxílios relacionados a questões sociais do cotidiano, enquanto os profissionais, mais ações relacionadas ao cuidado em saúde. Essa diferença no foco da percepção certamente diz respeito ao que cada grupo de interesse prioriza, apesar disso todas essas ações foram observadas como sendo empreendidas pela equipe durante o trabalho de campo. Desse modo, entende-se que os estudos e estratégias de cuidado de caráter mais participativo que incluam o maior número de *stakeholders* possível, ou seja, atores sociais que possuem capacidade de influenciar o desenvolvimento de

determinada instituição (FREEMAN, 1984; BECKER; ROSENZWEIG, 2015), neste caso relacionado à oferta de cuidados em saúde a usuários de *crack* em situação de rua, são mais efetivos tanto para ampliar as perspectivas dos mesmos quanto para ampliar as probabilidades de sucesso das ações empreendidas.

Vale ressaltar que, embora não se possa desconsiderar o mérito do excelente serviço desenvolvido por essas equipes na disponibilização de apoio emocional e na utilização de tecnologias leves como o acolhimento e o vínculo entre os dois grupos, apontadas tanto no presente estudo quanto nos estudos prévios (LIMA; SEIDL, 2015; ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; KAMI et al., 2016), alguns aspectos sobre o processo de trabalho dessas equipes precisam ser pontuados.

Em primeiro lugar, observa-se ênfase em ações diretas relacionadas à sobrevivência do indivíduo, de modo que iniciativas no sentido de lidar com o desafio da reinserção social dos mesmos, em perspectiva mais ampla, parecem estar ainda em segundo plano. Entende-se que, a despeito das especificidades do grupo (para o qual a situação de rua em alguns casos se dá por questões econômicas e em outros parece ser uma opção transitória ou permanente), discussões relacionadas à reabilitação psicossocial também são pertinentes.

Isto é, pensar na ampliação da perspectiva focada também nos principais eixos propostos pela perspectiva de reabilitação psicossocial de Benedetto Saraceno (2001), por exemplo, pode ser uma proposta importante para impulsionar as equipes nesse sentido. Repensar suas práticas focando também questões como trabalho como fonte de renda, o “morar”, diversificação das redes de apoio, do lazer e a importância do estabelecimento de parcerias intersetoriais se configura como recomendação importante.

Em estudos prévios têm-se apontado que estratégias nesse sentido têm sido foco de algumas políticas, como o programa De Braços Abertos, no Brasil (GARCIA; KINOSHITA; MAXIMIANO, 2014; KRAWCYK; VELOSO FILHO; BASTOS, 2016), e corroboram recomendações de estudos internacionais (STERGIOPOULOS et al., 2012; KOZLOFF et al., 2013). Entende-se que isso não consiste em uma tarefa fácil, mas trata-se de uma meta que não pode ser ignorada.

Em segundo lugar, cabe apontar o reduzido número de usuários acessados por essa equipe. Ações no sentido de expansão territorial dessas equipes poderiam contribuir para a ampliação do acesso do serviço para mais usuários, pois uma política ou estratégia de cuidado, por mais importante que seja, pode não ser economicamente sustentável em longo prazo se os indicadores quantitativos de resultado também não forem considerados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, retoma-se que, no presente estudo, o objetivo foi analisar as características da rede de apoio social de usuários de *crack* acompanhados por uma equipe de Consultório na Rua de uma cidade do interior de Minas Gerais. Os dados demonstraram que a rede de apoio desses sujeitos é composta de familiares, pares, membros da comunidade e da equipe do Consultório na Rua, que proveem apoio material, informacional e emocional. Também foi observado que o trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua apresenta potencialidades como respeito às condições individuais dos usuários, existência de uma relação de confiança entre usuários e profissionais e interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial. Por outro lado, o serviço enfrenta desafios como a falta de capacitação de profissionais de outras instituições de saúde e a existência de serviços não sensíveis às diferenças de gênero, orientação sexual e estilo de vida dos usuários.

O estudo também enfrentou algumas limitações, sendo a principal delas a constante itinerância dos usuários. Sabe-se que é natural das pessoas que fazem uso de substâncias, em especial o *crack*, possuir este caráter andarilho, o que dificulta a localização exata e acompanhamento destes sujeitos, até mesmo para a equipe de saúde. Dessa forma, apesar de ter sido realizada uma primeira abordagem com alguns usuários, os mesmos não eram encontrados em seguida, o que acabava por reduzir as possibilidades de entrevistados.

Soma-se a isto a pouca quantidade de usuários atendidos diariamente. Apesar da informação prévia de atendimento a aproximadamente 40 usuários percebeu-se, realmente, o atendimento a cerca de cinco a dez usuários por dia, sendo muitas vezes os mesmos sujeitos e também os mesmos locais, havendo assim pouca variação de indivíduos e provocando, de certa forma, uma “restrição” à clientela atendida.

Diante dos resultados, recomenda-se que ações de prevenção e promoção de saúde considerem a rede de compartilhamento de influências para que propostas de cuidado e estilo de vida sejam mais disseminadas. Ainda, fazer com que profissionais de diferentes instituições de saúde trabalhem de modo colaborativo pode ser efetivo para combater o estigma e efetivar planejamentos sensíveis às especificidades da população estudada.

Considera-se que ações compartilhadas e planejamento participativo possam ampliar perspectivas plurais e reduzir problemas associados à aversão de enfrentamento de situações pouco familiares por parte dos profissionais de saúde.

Também são propostas ações de rotatividade profissional entre os serviços de saúde, a fim de possibilitar o conhecimento e vivência prática de outros profissionais junto à equipe do Consultório na Rua e assim fazer com que esses se habituem à realidade e contexto dos

grupos em situação de vulnerabilidade social, contribuindo para a humanização do cuidado disponibilizado por esses profissionais em seus respectivos serviços.

Ademais, sugere-se que normas institucionais poderiam ser reestabelecidas e mais flexíveis, visando ampliar o acesso dos indivíduos em situação de rua que fazem uso de substâncias, pois esses possuem características específicas como a itinerância e a dificuldade de se organizar ante aprazamentos.

Aponta-se a necessidade de desenvolvimento de estudos futuros em que se busque explorar profundamente a dinâmica das relações da população em situação de rua com os apoiadores informais, sobretudo as pessoas da comunidade que auxiliam esses indivíduos. Dessa forma, o planejamento de estratégias de cuidado mais inclusivas e de caráter participativo poderá ser facilitado, partindo do pressuposto de que a comunidade possui saberes empíricos relevantes relacionados à dinâmica e estilos de vida dos indivíduos em situação de rua.

Considera-se importante, ainda, pensar na ampliação da perspectiva de atuação do Consultório na Rua, de modo a focar também os eixos da reabilitação psicossocial proposta por Saraceno, a saber, o trabalho como fonte de renda, o “morar”, a diversificação das redes de apoio e o lazer.

Por fim, promover a expansão territorial da equipe do Consultório na Rua poderia resultar na ampliação do acesso e, consequentemente, aumentaria os indicadores quantitativos de resultados do serviço, fortalecendo a viabilidade do programa.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Rev Direito Sanit.** v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>>. Acesso em: 27 fev 2018
- ALVES, Y. D. D. O uso do crack como ele é: o cachimbo, o “bloco” e o usuário. **Etnográfica** [Online], Lisboa, v. 20, n. 3, p. 495-515, 2016. Disponível em: <<http://etnografica.revues.org/4640>>. Acesso em: 29 mar 2015.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-889, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- AZIZ, A. **Exploring Computational Models for Intelligent Support of Persons with Depression**. Amsterdam: Faculty of Sciences, Vrije Universiteit Amsterdam, 2011. Disponível em: <https://www.cs.vu.nl/en/Images/AB%20Ab%20Aziz%2006-12-2011_tcm75-259547.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- BARABÁSI, A. L. **Linked: A nova ciência dos networks**. São Paulo: Leopardo, 2009
- BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401235&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs). **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: ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224 p.
- BECKER, Daniela Vilela. ROSENZWEIG, Patrícia Quitero. A importância da comunicação estratégica para a promoção de ações de saúde pública. **Revista PANORAMA** [on line], v. 5, n. 1, P. 117-129 jan/dez. 2015. Disponível em: <seer.pucgoias.edu.br/index.php/panorama/article/download/4331/2493>. Acesso em: 18 fev 2018
- BOODRAM, B.; MACKESY-AMITIA, M. E.; LATKIN, C. The role of social networks and geography on risky injection behaviors of young persons who inject drugs. **Drug and Alcohol Dependence**, Chicago, v. 154, p. 229-235, 2015. Disponível em: <[http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(15\)00356-7/abstract?cc=y](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(15)00356-7/abstract?cc=y)>. Acesso em: 19 nov. 2016.
- BOOTH, R. E. et al. Individual and Network Interventions with Injection Drug Users in 5 Ukraine Cities. **American Journal of Public Health**, Colorado, v. 101, n. 2, p. 336-343,

2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20395584>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Brasília – DF: **Diário Oficial da União**, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 3 abr. 2015.

_____. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Brasília – DF: **Diário Oficial da União**, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília – DF: **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 3 abr. 2015.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília – DF: **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 27 fev 2018.

_____. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília – DF: **Diário Oficial da União**, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 27 fev 2018

_____. **Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua (2012-2015)**. Brasília – DF, 2012. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/PLano_Operativo_para_Implementa%C3%A7%C3%A3o_de_A%C3%A7%C3%B5es_em_Sa%C3%BAde_da_Pop_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_Rua_2012-2015.pdf>. Acesso em: 27 fev 2018

BUTTRAM, M. E.; KURTZ, S. P.; SURRAT, H. M. Substance Use and Sexual Risk Mediated by Social Support Among Black Men. **Journal of Community Health**, Miami, v. 38, n. 1, p. 62-69, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22752575>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114,

2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 abr. 2015 .

CARRINGTON, P. J.; SCOTT, J.; WASSERMAN, S. (Eds.). **Models and methods in social network analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

CHARLEBOIS, A. et al. Factors associated with HCV antiviral treatment uptake among participants of a community-based HCV programme for marginalized patients. **Journal of Viral Hepatitis**, Toronto, v. 19, n. 12, p. 836-842, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121361>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

COSTA, P. H. A. et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 395-404, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 nov. 2017.

CRAWFORD, N. D. et al. The Relationship Between Perceived Discrimination and High-Risk Social Ties Among Illicit Drug Users in New York City, 2006–2009. **AIDS and Behavior**, Nova York, v. 17, n. 1, p. 419-426, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22638866>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

CUCCIARE, M. A. et al. Associations Between Religiosity, Perceived Social Support, and Stimulant Use in an Untreated Rural Sample in the U.S.A. **Substance Use & Misuse**, Arkansas, v. 51, n. 7, p. 823-834, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27096554>>. Acesso em 19 nov. 2016.

DOHERTY, I. A. et al. Comparison of Sexual Mixing Patterns for Syphilis in Endemic and Outbreak Settings. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 38, n. 5, p. 378-384, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21217418>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

DOMANICO, A.; MALTA, M. Implementation of Harm Reduction Toward Crack Users in Brazil: Barriers and Achievements. **Substance Use & Misuse**, London, v. 47, n. 5, p. 535-546, 2012. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2012.644170?journalCode=isum20>>. Acesso em: 28 out. 2017.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out 2017.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-278, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos**

de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00070515, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-Mental State”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>>. Acesso em: 3 mar. 2015.

FORMER, R.; YOUNG, M. Análise de Redes Sociais: elementos para uma discussão teórico-metodológica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ORGANIZAÇÕES E SOCIEDADE: INOVAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES CONTEMPORÂNEAS, 3., Porto Alegre. **Anais...**, Porto Alegre: LUME. 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/30298>>. Acesso em: 2 fev. 2016

FREEMAN, Richard E. et al. **Stakeholder theory: the state of the art**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.

FREIRE, S. D. et al. Intensidade de uso de *crack* de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 221-216, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mar. 2015

FREISTHLER, B.; HOLMES, M. R.; WOLF, J. P. The dark side of social support: Understanding the role of social support, drinking behaviors and alcohol outlets for child physical abuse. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 1106-1119, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24726583>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

FUJIMOTO, K. et al. Multiplex crack smoking and sexual networks: associations between network members' incarceration and HIV risks among high-risk MSM. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 39, n. 5, p. 845-854, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27417286>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

GARCIA, L.; KINOSHITA, R. T.; MAXIMIANO, V. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). **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: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 147-155, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 1755-1769, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300012>. Acesso em: 29 mar. 2015.

GRACE, S. L. The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care. **BMC Psychiatry**, London, v. 16, p. 47, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768406/?tool=pubmed>>. Acesso em: 28 out. 2017.

GRIFFIN, M. L.; RODRIGUEZ, N. The Gendered Nature of Drug Acquisition Behavior Within Marijuana and Crack Drug Markets. **Crime & Delinquency**, Oxford, v. 57, n. 3, p. 408-431, 2011. Disponível em:

<<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011128708327955>>. Acesso em: 19 nov. 2016 .

GUNN, A. J.; CANADA, K. E. Intra-group stigma: Examining peer relationships among women in recovery for addictions. **Drugs: Education, Prevention and Policy**, Abingdon, v. 22, n. 3, p. 281-292, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659507/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

HARP, K. L. H.; OSER, C.; LEUKEFELD, C. Social Support and Crack/Cocaine Use Among Incarcerated Mothers and Nonmothers. **Substance Use & Misuse**, Monticello, v. 47, n. 6, p. 686-694, 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328654/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

HARP, K. L. H; OSER, C. Factors associated with two types of child custody loss among a sample of African American mothers: A novel approach. **Social Science Research**, New York, v. 60, p. 283-296, 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27712685>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

HEARN, L. E. et al. Time Since Release from Incarceration and HIV Risk Behaviors Among Women: The Potential Protective Role of Committed Partners During Re-entry. **AIDS and Behavior**, Nova York, v. 19, n. 6, p. 1070-1077, 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25183019>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

HORTA, R. L. et al. Condições associadas a prejuízo de desempenho em habilidades sociais em uma amostra de conveniência de usuários de crack. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00010715, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400703>. Acesso em: 19 nov. 2016.

HUDSON, A. L; NANDY, K. Comparisons of substance abuse, high-risk sexual behavior and depressive symptoms among homeless youth with and without a history of foster care placement. **Contemporary Nurse**, v. 42, n. 2, p. 178-186, 2014. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23181370>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-158, jan. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev 2018

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília – DF, 2016. Disponível em: <

http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819>. Acesso em: 27 fev 2018

JONAS, A. B. et al. OxyContin as currency: OxyContin use and increased social capital among rural Appalachian drug users. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 74, n. 10, p.

1602-1609, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22465379>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Ritual de consumo do *crack*: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000015>. Acesso em: 29 mar. 2015.

KAMI, M. T. M. et al. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 442-449, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300442&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.

KELLY, J. A. et al. Levels and Predictors of HIV Risk Behavior Among Black Men Who Have Sex with Men. **AIDS Education and Prevention**, New York, v. 25, n. 1, p. 49-61, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4067001/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

KING, K. M; LATKIN, C. A; DAVEY-ROTHWELL, M. A. Love on Lockdown: How Social Network Characteristics Predict Separational Concurrency Among Low Income African-American Women. **Journal of Urban Health**, Nova York, v. 92, n. 3, p. 460-471, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456476/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

KOZLOFF, N. et al. Factors influencing service use among homeless youths with co-occurring disorders. **Psychiatric Services**, Washington, v. 64, n. 9, p. 925-928, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026839>>. Acesso em: 27 out. 2017.

KRAWCZYK, N.; VELOSO FILHO, C. L.; BASTOS, F. I. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. **Harm Reduction Journal**, London, v. 12, p. 24, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26245997>> Acesso em: 27 out. 2017.

LAN, C. et al. Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, 2017. [Epub ahead of print]. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28762584>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

LATKIN, C. et al. The Relationship between Drug User Stigma and Depression among Inner-City Drug Users in Baltimore, MD. **Journal of Urban Health**, Cary, v. 90, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3579309/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na Rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 1 p. 57-69, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697/pdf_10>. Acesso em: 28 out 2017

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)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev 2018

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 27-46, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/pbcib/article/view/11995>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

MATHEUS, R. F.; SILVA, A. B. O. Análise de redes sociais como método para a Ciência da Informação. **Revista de Ciência da Informação**, Brasília, v. 7, n. 2, 2006. Disponível em: <http://eprints.rclis.org/7470/1/Art_03.htm>. Acesso em: 2 fev. 2016.

MAULSBY, C. et al. HIV Among Black Men Who Have Sex with Men (MSM) in the United States: A Review of the Literature. **AIDS and Behavior**, Nova York, v. 18, n. 1, p. 10-25, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23620241>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

MAZER, J. P. et al. The Dark Side of Emotion in the Classroom: Emotional Processes as Mediators of Teacher Communication Behaviors and Student Negative Emotions. **Communication Education**, Dayton, v. 63, n. 3, p. 149-168, 2014. Disponível em: <<http://nca.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03634523.2014.904047>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

MCNEIL, R. et al. “We need somewhere to smoke crack”: an ethnographic study of an unsanctioned Safer Smoking Room in Vancouver, Canada. **International Journal on Drug Policy**, Liverpool, v. 26, n. 7, p. 645-652, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC25683138/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

MELO, B. C. A.; ASSUNCAO, J. I. V.; VECCHIA, M. D. Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 57-66, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEWMAN, M. E. J. The Structure and Function of Complex Networks. **SIAM Review**, v. 45, n. 2, p. 167–256. Disponível em: <<http://epubs.siam.org/doi/pdf/10.1137/S003614450342480>>. Acesso em: 16 mar 2016

NOOY, W.; MRVAR, A.; BATAGELJ, V. **Exploratory Network Analysis with Pajek**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

NYAMATHI, A. et al. Correlates of Depressed Mood among Young Stimulant-Using Homeless Gay and Bisexual Men. **Issues in Mental Health Nursing**, Nursing, v. 33, n. 10, p.

641-649, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624023/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar 2015

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **World Drug Report 2014**. Viena: United Nations publication, 2014. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B. Usuário de *crack* em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 118-130, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/84853/87572>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.

PORTES, A. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, 24, 1-24, 1998. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.24.1.1>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

PROVAN, K. G. et al. The Use of Network Analysis to Strengthen Community Partnerships. **Public Administration Review**, Birmingham, v. 65, n. 5, p. 603-613, 2005. Disponível em: <http://www.blm.gov/style/medialib/blm/wo/Information_Resources_Management/policy/ib_attachments/2008.Par.79969.File.dat/IB2008-074_att1.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016

PULCHERIO, G. et al. *Crack* – da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, 2010. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.

RAMASWAMY, M. et al. Social Support Networks and Primary Care Use by HIV-Infected Drug Users. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 135-144, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/22871482/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de *crack*: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, n. 4, p. 52-67, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.homologa.uniban.br/index.php/RBAC/article/view/204/150>>. Acesso em: 03 abr 2015

RHOADES, H. et al. The Social Context of Homeless Men's Substance Use. **Drug Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 118, n. 2-3, p. 320-325, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3177996/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

ROCHA, C. *Crack*, a pedra da morte – desafios da adicção e violência instantâneas. **Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados**, 2010. Disponível em: bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../4784/crack_pedra_rocha.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

RUDOLPH, A. E. et al. The association between parental risk behaviors during childhood and having high risk networks in adulthood. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 118, n. 2-3, p. 437-443, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178717/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

RUDOLPH, A. E. et al. Individual, Network, and Neighborhood Correlates of Exchange Sex Among Female Non-Injection Drug Users in Baltimore, MD (2005–2007). **AIDS and Behavior**, Nova York, v. 17, n. 2, p. 598-611, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3552090/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SAPRA, K. J. et al. Social network members' roles and use of mental health services among drug users in New York City. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, Northbrook, v. 40, n. 4, p. 476-487, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3899847/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHERER, J. N. et al. Prevalence of driving under the influence of psychoactive substances and road traffic crashes among Brazilian crack-using drivers. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, n. 168, p. 255-262, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27736679>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SELEGHIM, M. R. et al. Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2017.

SMITH, R. V. et al. Individual and Network Correlates of Antisocial Personality Disorder Among Rural Nonmedical Prescription Opioid Users. **Journal of Rural Health**, Burlington, v. 33, n. 2, p. 198-207, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27171488>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SOCOL, K. L. S. et al. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 19, n. 1, p. 116-122, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35967>>. Acesso em: 28 out. 2017.

SONG, A.; WENZEL, S. L. The association of social networks with substance use among homeless men in Los Angeles who have unprotected sex with women. **Journal of Substance Use**, Wales, v. 20, n. 1, p. 38-43, 2015. Disponível em:

<<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14659891.2013.875075>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

SOUZA, J. et al. Structure of the social support network of patients with severe and persistent psychiatric disorders in follow-ups to primary health care. **Archives of Psychiatric Nursing**, Amsterdam, v. 30, n. 1, p. 70-76, 2016. Disponível em: <[https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(15\)00207-1/abstract](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(15)00207-1/abstract)>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, J. et al. The Role of Social Support for Patients with Mental Disorders in Primary Care in Brazil. **Issues in Mental Health Nursing**, Knoxville, v. 38, n. 5, p. 425-434, 2017. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840.2016.1271483?journalCode=imhn20>>. Acesso em: 27 out. 2017.

STERGIOPOULOS, V. et al. Moving from rhetoric to reality: adapting housing first for homeless individuals with mental illness from ethno-racial groups. **BMC Health Services Research**, v. 12, p. 345, 2012. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-345>>. Acesso em: 27 out. 2017.

TOBIN, K. E. et al. Comparison of the Social and Sexual Networks of Crack-Using and Non-Crack Using African American Men who Have Sex with Men. **Journal of Urban Health**, Nova York, v. 88, n. 6, p. 1052-1062, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3232415/>>. Acesso em 19 nov. 2016.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014

TRENZ, R. et al. Problem recognition, intention to stop use, and treatment use among regular heroin injectors. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Amsterdam, v. 43, n. 2, p. 204-210, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/22301081/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

UMBERSON, D.; MONTEZ, J. K. Social Relationships and Health: a Flashpoint for Health Policy. **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 51, p. S54-S66, 2010. (Supplement 1). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150158/>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social Network Analysis: Methods and Applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

WENZEL, S. et al. Social Networks of Homeless Youth in Emerging Adulthood. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v. 41, n. 5, p. 561-571, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/21863378/>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

WOOLCOCK, M.; NARAYAN, D. Social capital: Implications for development theory, research and policy. **World Bank Research Observer**, Washington, v. 15, n. 2, p. 225-324, 2000. Disponível em: <<https://academic.oup.com/wbro/article-abstract/15/2/225/1709060?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (entrevista)

Eu, Lucas Duarte Silva, gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa **A rede de apoio social de usuários de *crack* acompanhados por um Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais**, que está sendo orientada pela Prof.^a Jacqueline de Souza.

Esta pesquisa tem como objetivo saber quem são as pessoas com quem você se relaciona, o que você acha desses relacionamentos, da sua relação com o Consultório na Rua e como todas essas pessoas contribuem na sua vida. Esperamos, ao término da pesquisa, contribuir com estratégias para o cuidado de saúde mental das pessoas que usam *crack*.

Caso aceite o convite, será realizada uma entrevista na qual serão feitas algumas perguntas sobre quais são as pessoas com quem você tem mais contato no seu dia a dia, que tipo de ajuda elas oferecem para você e qual a importância desses relacionamentos, incluindo a equipe do Consultório na Rua. A entrevista terá duração aproximada de 30 minutos e será audiogravada, caso o senhor autorize.

Garantimos que a sua identificação será mantida em sigilo. Os possíveis riscos de sua participação são algum desconforto ou constrangimento para responder as questões, porém, você pode deixar de responder as que não se sentir à vontade, ou mesmo desistir de sua participação em qualquer momento. Os dados poderão ser apresentados em eventos ou publicados em revistas científicas, mas a identificação dos participantes será preservada, isto é, mantida em sigilo. Ressaltamos que, apesar de sua colaboração não lhe trazer benefícios diretos nem remuneração, você contribuirá para que seja possível entender melhor os relacionamentos que os usuários de *crack* estabelecem em seu dia a dia e quais são as pessoas que lhe apoiam. Informamos ainda que você terá direito à indenização conforme as leis vigentes do país caso ocorra dano decorrente da sua participação na pesquisa.

Ao concordar em participar do estudo o termo de consentimento será assinado por você e por nós, em duas vias, sendo que uma ficará sob a guarda dos pesquisadores e a outra será sua. A assinatura do termo declara que você foi informado sobre os procedimentos da pesquisa e que não terá benefícios diretos nem remuneração pela sua participação. Além disso, estará ciente do seu direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre o estudo, do direito de não ser identificado e de ter sua privacidade preservada, da liberdade de retirar seu consentimento ou desistir da participação a qualquer momento sem que isso traga prejuízo a

você e terá o respeito dos pesquisadores às suas opiniões e respostas, além da garantia que você não terá nenhuma despesa decorrente da participação.

Informamos, ainda, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto atua como corresponsável pelo desenvolvimento da pesquisa e pode ser contatado de segunda a sexta-feira na Avenida dos Bandeirantes, 3900 *Campus* Universitário, bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo nos horários das 8 às 17h ou pelo telefone (16) 3315-3386, para o esclarecimento de dúvidas, sugestões ou reclamações.

Agradecemos sua colaboração

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Discente: Lucas Duarte Silva
E-mail: lucasduarteslv@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Jacqueline de Souza
E-mail: jacsouza2003@usp.br

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados

1. AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS BÁSICAS DO USUÁRIO

Prezado senhor, eu farei algumas perguntas para saber como está sua memória e sua orientação em relação ao tempo e espaço

(Uma palavra será dita para o usuário – como bola, gato ou pêra –, em seguida, serão feitas as perguntas abaixo)

- a. Em que dia, mês e ano nós estamos?
- b. Que lugar é esse que a gente está?
- c. Você lembra das palavras que foram ditas no começo?

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: () Masculino () Feminino () Outro **Idade:**_____ **Cor:**_____ **Religião:**

_____ **Estado** **conjugal:** _____

Escolaridade:_____

Profissão/ocupação: _____ **Renda:** _____

Recebe algum tipo de benefício? Se sim, qual? _____

3. ASPECTOS ASSOCIADOS À REDE DE APOIO SOCIAL

3. Fale-me um pouco como é um dia normal para você (lugares que frequenta, atividades que realiza).

4. Quais são as pessoas que você encontra no seu dia a dia?

a) Qual a intensidade da sua relação com estas pessoas e com que frequência você as encontra? (anotar para cada uma das pessoas mencionadas)

- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

5. Em quais situações você precisa da ajuda de alguém?

a) Quem você procura quando necessita dessa ajuda?

b) Qual a intensidade da sua relação com estas pessoas e com que frequência você as encontra? (anotar para cada uma das pessoas mencionadas)

- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

- Em que essa pessoa te ajudou ou ainda ajuda?

-
- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)
 - Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO
 - Frequência de encontros: _____
 - Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO
 - Em que essa pessoa te ajudou ou ainda ajuda?
- _____

-
- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)
 - Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO
 - Frequência de encontros: _____
 - Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO
 - Em que essa pessoa te ajudou ou ainda ajuda?
- _____

-
- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)
 - Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO
 - Frequência de encontros: _____
 - Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO
 - Em que essa pessoa te ajudou ou ainda ajuda?
- _____

-
- Pessoa: _____ (se é amigo, colega, vizinho etc.)

- Intensidade do contato: () FORTE () FRACO () MODERADO

- Frequência de encontros: _____

- Essa pessoa também é usuária de *crack*? () SIM () NÃO

- Em que essa pessoa te ajudou ou ainda ajuda?

6. Qual(is) a(s) situação(ões) mais marcante(s) em que você precisou da ajuda de uma dessas pessoas que falou?

7. O que essas pessoas significam para você? Você está satisfeito com a ajuda que eles lhe dão?

8. Em relação ao Consultório na Rua, em quê a equipe te ajuda/já ajudou?

9. Como é o seu relacionamento com essa equipe?

10. Para você, quais são os pontos positivos e negativos do Consultório na Rua? Você está satisfeito com o trabalho feito pela equipe?

APÊNDICE C – Roteiro para observação participante junto aos profissionais do Consultório
na Rua

- A frequência das visitas aos usuários
- O método de acompanhamento dos usuários
- Atenção ou intervenções realizadas pela equipe
- A reação dos usuários diante das condutas realizadas pela equipe
- Atitudes tomadas em caso de mudança de local de permanência dos usuários ou perda de contato

Visita nº _____

Período: () Matutino () Vespertino

Data: ____/____/____

Aspecto observado (de acordo com os itens expostos acima):

Considerações do pesquisador:

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal)

Eu, Lucas Duarte Silva, gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa **A rede de apoio social de usuários de *crack* acompanhados por um Consultório na Rua de uma cidade no interior de Minas Gerais**, que está sendo orientada pela Prof.^a Jacqueline de Souza.

Esta pesquisa tem como objetivo saber quem são as pessoas com quem o usuário de *crack* se relaciona, o papel que o consultório na rua desempenha em sua rede de apoio social e como é o vínculo entre a equipe e o usuário. Esperamos, ao término da pesquisa, contribuir com estratégias para o cuidado de saúde mental das pessoas que usam *crack*.

Caso aceite o convite, será realizada observação participante das atividades da equipe do Consultório na Rua e duas entrevistas grupais com você e os demais membros da equipe para conversarmos sobre o objetivo proposto nesta pesquisa. O horário e local para a realização dessas atividades será de acordo com a sua disponibilidade e a dos demais participantes. As entrevistas grupais terão a duração de, no máximo, uma hora e meia e será audiogravada caso o senhor e os demais participantes autorizem. Além disso contará com um observador que é membro da equipe de pesquisa.

Garantimos que a sua identificação será mantida em sigilo. Os possíveis riscos de sua participação são algum desconforto ou constrangimento para responder às questões, porém, você pode deixar de responder as que não se sentir à vontade, ou mesmo desistir de sua participação em qualquer momento. Os dados poderão ser apresentados em eventos ou publicados em revistas científicas, mas a identificação dos participantes será preservada, isto é, mantida em sigilo. Ressaltamos que, apesar de sua colaboração não lhe trazer benefícios diretos nem remuneração, você contribuirá para que seja possível entender melhor as possibilidades de assistência para os usuários de *crack*, com foco em suas redes de relações. Informamos ainda que você terá direito a indenização, conforme as leis vigentes do país caso ocorra dano decorrente da sua participação na pesquisa.

Ao concordar em participar do estudo o termo de consentimento será assinado por você e por nós, em duas vias, sendo que uma ficará sob a guarda dos pesquisadores e a outra será sua. A assinatura do termo declara que você foi informado sobre os procedimentos da pesquisa e que não terá benefícios diretos nem remuneração pela sua participação. Além disso estará ciente do seu direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre o estudo, do direito de não ser identificado e de ter sua privacidade preservada, da liberdade de retirar seu consentimento ou desistir da participação a qualquer momento sem que isso traga prejuízo a

você e tenha o respeito dos pesquisadores às suas opiniões e respostas, além da garantia que você não terá nenhuma despesa decorrente da participação.

Informamos, ainda, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto atua como corresponsável pelo desenvolvimento da pesquisa e pode ser contatado de segunda a sexta-feira na Avenida dos Bandeirantes, 3900 *Campus* Universitário, bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo nos horários das 8 às 17h ou pelo telefone (16) 3315-3386, para o esclarecimento de dúvidas, sugestões ou reclamações.

Agradecemos sua colaboração

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Discente: Lucas Duarte Silva
E-mail: lucasduarteslv@hotmail.com

Orientadora: Prof.^a Jacqueline de Souza
E-mail: jacsouza2003@usp.br

APÊNDICE E – Roteiro dos temas para discussão no grupo focal com os profissionais do
Consultório na Rua

- O papel da equipe junto aos usuários;
- Como se dá a relação entre equipe e usuários e como é o vínculo com eles
- Principais desafios

Reunião nº _____

Data: ____/____/____

Período: () Matutino () Vespertino

Tema abordado (de acordo com os itens expostos acima):

Principais considerações expostas durante a discussão:

Considerações finais do pesquisador:

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP </div> <div> </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: A rede de apoio social de usuários de crack acompanhados por um consultório na rua de uma cidade do interior de Minas Gerais								
Pesquisador: Jacqueline de Souza								
Área Temática:								
Versão: 1								
CAAE: 50051015.4.0000.5393								
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 1.348.103								
Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo transversal qualitativo, descritivo-exploratório que será desenvolvido numa cidade de grande porte do interior de Minas Gerais, com todos os usuários de crack acompanhados pela equipe de um Consultório na Rua. Espera-se que este estudo traga à luz os aspectos psicossociais relacionados ao usuário de crack, descreva a rede de apoio em que este usuário está inserido e dê subsídios para a elaboração de novas pesquisas que valorizem esta temática.								
Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: - Analisar as características da rede de apoio social de usuários de crack acompanhados por um Consultório na Rua de uma cidade do interior de Minas Gerais.								
Objetivo Secundário: - Identificar o apoio social disponibilizado pelos profissionais do Consultório de Rua aos usuários de crack e descrever a intensidade do vínculo e reciprocidade da relação entre a equipe e usuário.								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: BANDEIRANTES 9000</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: VILA MONTE ALEGRE</td> <td style="border: none; text-align: right;">CEP: 14.040-902</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none; text-align: right;">Município: RIBEIRÃO PRETO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (16)3315-3386</td> <td style="border: none; text-align: right;">E-mail: cep@eerp.usp.br</td> </tr> </table>	Endereço: BANDEIRANTES 9000		Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-902	UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO	Telefone: (16)3315-3386	E-mail: cep@eerp.usp.br
Endereço: BANDEIRANTES 9000								
Bairro: VILA MONTE ALEGRE	CEP: 14.040-902							
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO							
Telefone: (16)3315-3386	E-mail: cep@eerp.usp.br							

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.348.103

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, os riscos estão relacionados ao desconforto ou constrangimento para responder as questões, porém, é dado ao participante o direito de deixar de responder aquelas que não se sentir à vontade ou mesmo desistir de sua participação em qualquer momento.

Em relação ao benefícios, estes são indiretos, porém contribui para que seja possível compreender os relacionamentos que os usuários de crack estabelecem em seu dia a dia e quais são as pessoas que lhe apoiam, assim como evidenciar as possibilidades de assistência para os usuários de crack, com foco em suas redes de relações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A coleta de dados será realizada através de observação participante, entrevistas com questões abertas e fechadas e grupo focal.

As entrevistas serão realizadas com os usuários de crack e será norteada por um roteiro previamente estabelecido pelos pesquisadores envolvidos. Tal roteiro conterá questões abertas relacionadas ao cotidiano desses usuários e os laços sociais estabelecidos por eles. Nas questões fechadas serão solicitadas informações específicas sobre os tipos e características do apoio social que estes sujeitos percebem como disponíveis.

O local para realização da entrevista será de comum acordo entre o pesquisador e o participante, tendo como opções a Unidade Básica de Saúde mais próxima do local de abordagem do usuário ou na própria rua.

A observação participante também será conduzida seguindo um roteiro, e terá como foco o reconhecimento do território de atuação da equipe do Consultório na Rua, as intervenções realizadas por tais profissionais e as relações estabelecidas com os usuários.

O grupo focal será realizado com os profissionais da equipe e terá como foco os resultados da observação-participante, logo as questões norteadoras serão definidas após a realização da observação-participante, com aqueles profissionais que aceitarem participar das reuniões. Tal atividade contará com um observador que fará anotações sobre o andamento do grupo e reações dos participantes. O local para realização do grupo focal também será de comum acordo com a equipe, sendo como opções a própria sede da equipe ou na Unidade Básica de Saúde mais próxima.

Os critérios para inclusão:

- dos usuários de crack serão com idade maior que 18 anos e estar no território adscrito de atuação da equipe do Consultório na Rua;
- dos profissionais, aqueles que fazem parte da equipe de Consultório na Rua há, no mínimo três

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-002

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@ceerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.348.103

Folha de Rosto	Scanner_20150813.pdf	12:53:48		Acelto
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO CEP.pdf	07/08/2015 16:25:22		Acelto
Outros	Orçamento.pdf	07/08/2015 16:03:52		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO.pdf	07/08/2015 15:27:16		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 02 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-3386

E-mail: cep@ceerp.usp.br