



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

MAYANE RIBAS RODRIGUÊS DOS SANTOS

**O CAMINHO SE FAZ AO CAMINHAR: O  
CONSULTÓRIO NA RUA FRENTE AOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Brasília - DF

2015

MAYANE RIBAS RODRIGUES DOS SANTOS

**O CAMINHO SE FAZ AO CAMINHAR: O  
CONSULTÓRIO NA RUA FRENTE AOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Terapia Ocupacional (Times, 14)

Professor Orientador: Dr. Josenaide Engracia dos  
Santos

Brasília – DF

2015

**MAYANE RIBAS RODRIGUES DOS SANTOS**

**O CAMINHO SE FAZ AO CAMINHAR: O  
CONSULTÓRIO NA RUA FRENTE AOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília - Faculdade de  
Ceilândia como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

---

Titulação, Silvia Guimarães

Orientador(a)

---

Dr. Josenaide Engracia dos Santos

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

## RESUMO

Introdução. O consultório na rua (CR) como política da atenção básica que promovam a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania e que foi implantado em 2012 no cenário do distrito Federal. O objetivo do estudo foi compreender como tem sido a inserção dos profissionais com a temática e conhecer as estratégias que são utilizadas frente aos usuários de álcool e outras drogas. Metodologia. Foi utilizado a abordagem qualitativa, tendo como fundamento teórico o construcionismo social. Instrumento as entrevistas semiestruturada, e a análise dados o mapa de associação de ideias. Resultados. As discussões foram voltadas para o território de atuação dos profissionais, a dificuldade de se encontrar em um território vivo, as estratégias e recursos que a equipe utiliza que implica em vários questionamentos inclusive de um não saber, assim como também as articulações com diversos setores e as possíveis atuações de profissionais que não compõem a equipe. Considerações. Deste modo, pode-se apreender que apesar da recente implantação do CR, apresenta um caminho que já está sendo gradativamente construído, conjugando vários elementos importantes como: acolhimento, cuidado, interdisciplinariedade, os múltiplos recursos, intersetorialidades e melhora no acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde.

## INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades e épocas existe registro da utilização de substâncias psicoativas com as mais diferentes funções: em rituais, em atos sagrados, em práticas curativas, ou mesmo por razões recreativas e lúdicas<sup>1</sup>. Todavia, a questão das drogas enquanto problema é recente, mais precisamente no século XX, as drogas tornaram-se uma preocupação social que é apresentada por alguns setores como um perigo ou ameaça em potencial para toda a sociedade. O estado, por exemplo, utiliza até então o proibicionismo como uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a relação de substâncias psicoativas, utilizando o argumento de que é uma prática imprescindível e danosa<sup>2</sup>. Com relação a igreja desde a idade média condenava o uso de plantas, consideradas “diabólicas”, sendo importante ressaltar que a mesma possuía um grande poder perante a sociedade neste período e por isso aqueles que faziam uso eram punidos com tortura e mortes<sup>3</sup>. Quanto a saúde, era enquadrada como dependência química, e as intervenções estavam relacionada a assistência medica psicológica. Uma discussão mais contemporânea acredita que o uso abusivo de substancias esta interligado a vários fatores e que por isso utiliza a prática de redução de danos, afim de atender demandas daqueles que por algum motivo não podem ou não querem parar com o uso de substancias psicoativas<sup>4</sup>.

O cuidado estabelecido para os usuários de álcool e outras drogas com vinculação problemática, começou a ser de fato estabelecida na década de 80, a clínica das toxicomanias teve uma forte influência no país, com o intercâmbio entre psicanalistas brasileiros de formação lacaniana e as práticas clínicas desenvolvidas por Claude Olievenstein na França. Inúmeros centros de tratamento e pesquisa foram criados na década de 80, ligados a Universidades

brasileiras, e se tornaram referência para as políticas de álcool e outras drogas. Podemos citar o Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD), em Salvador, o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), no Rio de Janeiro, o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), em São Paulo, o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT) em Belo Horizonte e o Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, entre outros<sup>5</sup>.

Com um destaque ao CETAD, que criou o “Banco de Rua”, em 1980, por Antônio Nery Filho e encerrou suas atividades em 1990, retomando em 1995 com a nomenclatura de Consultório de Rua (CR), com o objetivo de intervir na população infanto juvenil em situação de rua. O projeto ampliou sua ação para pessoas em situação de rua, grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, onde os vínculos familiares são interrompidos ou fragilizados, e não tem referência de moradia regular<sup>6</sup>. A ação do projeto foi pautado na redução de danos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis- DST's, usando a construção de vínculo, além de fortalecimento e autoestima como meio de intervenção<sup>7</sup>.

Diante do êxito desta experiência, somado ao significativo consumo prejudicial de drogas, associado a circunstância de vulnerabilidade, exclusão e risco das pessoas em situação de rua, fizeram com que o Ministério da Saúde, inserisse o consultório na rua (CR) como política da atenção básica que promovam a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania.”<sup>8</sup> (p. ). Por isso, tem como fundamento “[...]O respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as estratégias de redução de danos e a intersetorialidade.”<sup>8</sup> (p. 37)

A intersetorialidade e redução de danos faz parte do escopo da assistência integral que pauta a nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) que institui, através das portarias 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012, as Equipes de Consultório na Rua (ECR). Definidas como equipes multiprofissionais, agregando profissionais da tradicional Estratégia de Saúde da Família (ESF) e

profissionais da Saúde Mental, o desenho das ECR, conta com uma equipe multiprofissional que tem: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Médico, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, agente social e técnico em saúde bucal<sup>9,10</sup> para atender a complexidade do cuidado singular sobre cada processo de vida concreto da pessoa em situação de rua, uma tarefa não muito fácil. No Distrito Federal, o CR foi implantado em 2012, completando três anos de existência. O questionamento é, como tem sido a inserção dos profissionais do CR com a temática álcool e drogas no dispositivo? E quais as estratégias utilizadas no cuidado na rua? Diante dessa perspectiva, o objetivo da pesquisa é compreender como tem sido a inserção dos profissionais com a temática e conhecer as estratégias que são utilizadas frente aos usuários de álcool e outras drogas.

## **METODOLOGIA**

Trabalho qualitativo tendo como linha conceitual teórica metodológica o construcionismo social a fim de analisar a inserção dos profissionais de CR com a questão álcool e outras drogas. A investigação construcionista preocupa-se, sobretudo, com a explicação dos processos por meio do quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmo) em que vivem.<sup>11</sup> (p.266) A investigação sob essa perspectiva transfere a explicação para exterioridade dos processos e estruturas da interação humana. A produção de sentidos das práticas discursivas, relaciona-se à linguagem em uso, na interação social, ou seja, é tomada como fenômeno sociolinguístico, uma vez que a linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentidos<sup>12</sup>.

Sentindo como: “[...] uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.”<sup>13</sup> p.34). Os processos de produção de sentidos implicam a existência de interlocutores variados cujas vozes se fazem presentes por meios das práticas discursivas atravessadas por vozes; são endereçadas e, portanto, supõem interlocutores<sup>12</sup>.

O campo empírico da pesquisa foi o consultório na rua da região de Ceilândia, do Distrito Federal. Os sujeitos foram profissionais do CR, 1 mulher 35 anos, técnico de enfermagem trabalhou durante dois anos, 1 mulher, 35anos enfermeira, três anos no CR. O Critério de inclusão sujeitos com idade entre 18 a 65 anos, de ambos os sexos e que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. A coleta de dados da pesquisa ocorreu de julho a novembro de 2015. Foram realizadas 02 entrevistas individuais, Tempo de 60 minutos cada, totalizando carga horária de mais de 2 horas de diálogo. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas, respeitando-se a grafia e a sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas. O número de entrevistas pode não ter sido o ideal, mas foi o que foi possível devido a agendas dos profissionais do CR e do prazo do trabalho de conclusão de curso.

Para buscar o sentido da temática álcool e outras drogas para os profissionais do CR, foi utilizado o Mapa de Associação de Ideias, no qual “[...] são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários.”<sup>12</sup> p.38). O Mapa nada mais é que uma tabela onde as colunas são definidas tematicamente e os temas refletiram as perguntas norteadoras da entrevista. Diante disto, é um recurso para produzir sentido e compreender determinadas passagens das entrevistas<sup>14</sup>. A técnica do mapa de associações de ideias envolve os seguintes passos:

a) um processador de dados tipo word for windows para digitar toda a entrevista; b) constrói-se uma tabela com números de colunas correspondentes às categorias utilizadas; e c) Utiliza as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo<sup>14</sup>.p.107-8).

Os trechos das entrevistas foram transcritos, respeitando a sequência de enunciação em colunas correspondentes às categorias descritivas que emergiram dos objetivos da pesquisa e da leitura da própria entrevista<sup>14</sup> p.195). Na pré- análise realizou-se a transcrição literal das entrevistas e a elaboração das unidades de registro, as entrevistas foram examinadas minuciosamente para extrair os primeiros códigos em atendimento aos objetivos da investigação. Na fase de exploração do material, os dados foram codificados e agrupados por semelhanças e diferenças, gerando categorias e, na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram selecionadas as falas mais significativas, que foram discutidas a partir de estudiosos da temática. Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por



similaridades e diferenças, formando as categorias. Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, e se constituíram em três eixos da análise (inserção, estratégias e recursos utilizados).

A pesquisa obedeceu às normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, e teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e pesquisa em ciências da saúde-FEPECS sob protocolo nº. 960.640.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A questão central desta pesquisa foi entender os sentidos da inserção dos profissionais do CR com a questão da temática álcool e outras drogas, por meio de seus discursos, segundo Rabelo, Alves<sup>16</sup>, atos discursivos, apresentam significação e referem-se ao mundo que pretende descrever, representar ou exprimir e vincula-se em situações dialógicas a um interlocutor.

### **O DESAFIO DO TERRITÓRIO VIVO**

Durante o depoimento, evidenciou-se a importância, para os participantes, do impacto produzido pela temática no universo dos profissionais, especialmente no que diz respeito ao local, a rua. Segundo Merhy<sup>17</sup> o território é o local no qual ocorre o trabalho vivo, local que exprime vazamento de ruídos a todo momento e por isso possibilita relações de encontro na qual o usuário tem maior facilidade de interagir, atuar e inclusive imprimir suas marcas: *“Então, no início assim, bem no início não tinha experiência nenhuma, foi chocante... porque eu achava que era bem menor o número de pessoas que estava na rua”* (Entrevistado 01)

O relato descreve o impacto do novo para os profissionais, diante da intensidade de evidenciação que a rua tem, os moradores de rua ou drogados viriam “se tornando um prato cheio para a construção de um medo atávico pelo não controlado”, levando de roldão qualquer tipo de movimento que se alie a uma aposta em uma vida livre, “vítimas da captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas provocam”<sup>18</sup>. (p. 9).

*“Eu não vou dizer preconceito, porque eu não sei se é essa palavra, mas eu achava que eu não ia conseguir lidar com isso. No início eu tive muito problema por medo, igual eu te falei no início, a gente não conhece, era desconhecido[...].”* (Entrevistado 01)

*“Porque eu realmente não tinha preparo pra assim pra trabalhar com essa questão do uso de drogas[...]. A não sei explicar, eu achei que tava preparada assim, eu achei que mexeu muito comigo,*

*sobre álcool e drogas, encontrar a realidade, do usuário, de como eles vivem na rua, eu acho que pra mim foi um pouco complicado, assim[...]" (Entrevistado 02)*

O território é uma figura viva que sempre se constitui na relação com outros territórios em movimento, não é fechado nem isolado, talvez seja a referência que os profissionais relatem. Produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito, dentro de uma equipe, tornava-se um grande desafio. No caso da rua, podemos entender que, embora ela apareça como um território estranho, este território é sempre formado em relação com os outros territórios de vida que compõe a cidade<sup>19</sup> p. 44), o que pode se tornar insuportável para os profissionais.

## **LUGAR DO NÃO SABER**

As narrativas sobre as estratégias se encontram no campo do desafio, pois a prática que os profissionais conheciam era apenas a biomédica, a dimensão existencial e social relacionada a questão álcool e outras drogas passou a provocar os profissionais e os remeterem a um lugar do não saber.

A dimensão psicologia e/ou subjetiva que acompanha a dependência química, provoca aos profissionais o enigma em lidar com tal situação, pois neste contexto se constituem os limites reais da tecnologia médica, e por isso não se sentem à vontade para lidar com estes pacientes, já que para isto, não foram preparados. Por mais que os profissionais pretendam identificar e avaliar o sujeito como um todo, incluindo e reavaliando com base em todo o seu contexto psicossocioeconômico, acaba o reduzindo a divisões corporais “patologizadas” já que durante a academia foi o principal, se não o único modelo apresentado<sup>20</sup>.

*É uma doença que a gente sabe que não é fácil de ser tratada, porque não é um medicamento em si que vai curar, envolve muitas coisas, são pessoas que não tá ali só pela dependência, ela tem outros fatores que levaram essa dependência, então NÃO é só o álcool em si ou outras drogas que está influenciando, mas assim é uma experiência muito boa, você sabe que pode ser tratada, não medicamentoso, mas com outros recursos, e que a gente tem que aprender muito mais pra lidar[...]  
(Entrevistada 01)*

*Pra mim era um coisa completamente nova, acho que não tinha muita ideia, eu não tinha ideia, como que seria desenvolvido esse trabalho[...]" (Entrevistado 02)*

Os relatos ensejam a necessidade de uma prática interdisciplinar, sair da objetividade e fazer imersão na subjetividade, que para os profissionais, é um lugar de não saber, parafraseando Sócrates : *Só sei que nada sei*, o que enseja o desejo de querer saber sempre mais e que deve ser refletida, na prática do CR, em que razão e sentimento se equilibrem e mais tarde irá ensejar a interdisciplinaridade

## **ESTRATÉGIAS UTILIZADAS**

A palavra estratégia vem do latim *strategia*, que por sua vez deriva dos termos gregos *stratos* (exército) e *agein* (conduzir). Sua origem, portanto, remete ao ato de conduzir, os profissionais relatam sobre as ações da eCR no cotidiano. De acordo com os depoimentos, são atendimentos singulares que contemplam as necessidades dos sujeitos, desde uma conversa informal até um procedimento.

*Não a gente atende individualmente, a gente compartilha de acordo com a necessidade de cada um né, pra atender a gente, geralmente vai duas pessoas [...] (Entrevistado 02)*

*A orientação que a gente tinha era, aquele paciente que tinha só um curativo pra fazer na rua, fazia o curativo ali mesmo[...] explicando pra eles como eles podiam diminuir, a redução de danos né[...] (Entrevistada 01)*

*A maioria dos profissionais chega só cumprimentando, a gente não vai levando nada pra eles, não é oferecendo nem serviço de saúde nem nada, só pergunta se está tudo bem[...] (Entrevistada 01)*

Os relatos fazem perceber que os mesmos utilizam como estratégia a clínica ampliada, uma prática em que todos os profissionais envolvidos podem atuar ativamente e produtivamente apresentando seus saberes e ideias numa postura de compartilhamento e de respeito ao saber do outro, de forma a esgotar todas as possibilidades terapêuticas disponíveis para responder às necessidades identificadas pelas ECR<sup>21</sup>, em busca de transformar o paciente em sujeito ativo de seu cuidado para que o mesmo perceba a possibilidade de viver outras coisas em sua vida encontrando meios de lidar com suas limitações.

*A gente fazia roda de conversa, então deixa a pessoa falar tudo que a pessoa quer, então pode falar, fala, que falar sozinho, quer falar no meio das pessoas, é particular, aí você deixa a pessoas falar, ela desabafa e fica aliviada[...] (Entrevistada 01)*

Diante desta última narrativa, o acolhimento surge como uma estratégia de escuta, significa acolher toda queixa relatada pelo paciente, ainda que o profissional não a considere interessante para um diagnóstico<sup>21</sup> pois, a escuta humanizada e qualificada direcionada não somente a demanda apresentada pelo sujeito, trará também disponibilidade para aumentar a vinculação ao longo do processo terapêutico<sup>22</sup>.

## **ACÇÕES INTERSETORIAIS ARTICULADA**

O relato dos profissionais deixa bastante claro as inúmeras parcerias. Segundo a Política Nacional de Promoção a Saúde<sup>23</sup>, é compromisso do setor de saúde articular de forma intersetorial a fim de tornar cada vez mais perceptível que o processo saúde-doença do indivíduo é gerado devido a variados aspectos, por isso é tarefa do setor de saúde convocar outro setores para melhorar a qualidade de vida, conforme narrativas abaixo:

*Fomos de carona com o NUASO, que fazia essa abordagem, que é o núcleo de abordagem Social[...] A gente saiu algumas vezes com o pessoal do PRD para fazer abordagem, pra gente ver a rotina deles e eles verem a rotina da gente... Foi bastante produtivo, porque quando você sai com o pessoal do PRD, eles sabem muito mais que a gente, os locais, como lidar com as pessoas, na verdade a gente aprendeu mais com o PRD, aprender mesmo a lidar com eles, porque o PRD já é um programa mais antigo que o consultório na rua[...] (Entrevistada 01)*

*Olha, o CAPS AD, a gente também tinha algumas coisas que o CAPS de transtorno mental, porque a gente tem muitos moradores de rua que tem transtorno, o CAPS ADI, os adolescentes e as crianças, o concelho tutelar que era um parceiro bem assíduo da gente, a administração de Ceilândia, pessoal do EDUCS, também tinha uma parceria bem grande com o consultório na rua, e os CRAS, CREAS. (Entrevistada 01)*

As práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto de saberes, poderes e vontades diversas se apresentam como uma forma de trabalhar que contempla a saúde no sentido ampliado, o que pode ter colaborado com os profissionais do CR para o enfrentamento de problemas e produzir efeitos mais significativos para as pessoas em uso de álcool e outras drogas. As ações relatadas possibilitam a superação da fragmentação de conhecimentos, apontando um novo arranjo para intervenção da ECR.

## **OUTROS SABERES, NOVOS FAZERES**

A contribuição de distintos profissionais para a prática de equipe é sempre bem vinda, pois saberes distintos contribui significativamente para o curso do plano terapêutico de cada paciente, já que até mesmo o processo de saúde e doença dos sujeitos se dá por meio da interdisciplinaridade entre os agentes causadores, como as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas,

fisiológicas e as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos<sup>24</sup>.

*O t.o. Seria importante pra está desenvolvendo outras atividades com eles, um olhar diferente do que a gente não tem, cada um tem olhar né[...] (Entrevistada 02)*

*[...]Abordava sim, o psicólogo principalmente, ele fez projetos e montava palestras. (Entrevistada 01)*

*[...]O odonto, esses dias a gente tava falando, seria interessante ter um dentista na equipe[...] Entrevistada 02)*

São vários saberes necessários para lidar com a complexidade de pessoas em situação de rua em uso de álcool e outras drogas. Dentre eles temos o profissional de psicologia que os entrevistado refere que colabora com projetos e palestras, mas também faz referência a terapia ocupacional como necessário, que inclusive está previsto como categoria participante das ECR, que poderá contribuir significativamente com a equipe. No depoimento emerge o profissional de odontologia, que não consta na ECR. A demanda por cuidados de saúde, envolve múltiplos saberes e fazeres que dizem respeito aos conhecimentos e práticas de diversos/as profissionais: médicos/as de diversas especialidades, enfermeiros/as, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos/as, bioquímicos/as, assistentes sociais, psicólogos/as e outros, dependendo da complexidade dos serviços prestado<sup>25</sup>. E salientar que a prática interdisciplinar é potencializadora e colabora para uma intervenção ampliada e consistente, possibilitando deste modo outras formas de intervenção com os usuários de álcool e outras drogas.

## **OS MULTIPLOS RECURSOS**

Os recursos podem ser atividades, objetos, técnicas e métodos utilizados com o objetivo de auxiliar a pessoa em situação de rua, de forma a promover a saúde e cuidado. O recurso como dispositivo terapêutico é fundamental no cuidado do indivíduo, e os depoimentos relatam sobre a variedades de recursos para lidar com a complexidade da temática.

*As atividades práticas, que são: Dança sênio, lian gong, que a equipe estava capacitando para fazer, o yoga, o taichicuan[...] Sensibilização, foi um projetinho que foi montado, a gente fazia slide com folder, com cartão, dizendo que o programa existia e como funcionava. (Entrevistada 01)*

Para realizar o trabalho, as ações terapêuticas, preventivas ou de promoção da saúde, a ECR usam múltiplos recursos como potente veículo de construção de identidade grupal. Além disso, a possibilidade da equipe vivenciar espaços de lazer e comemorações de datas festivas, folder de informação contribuem para melhor clima organizacional e maior integração da equipe, promovendo assim, a saúde do usuários de álcool de outras drogas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se a necessidade de contínuos estudos sobre a intervenção do consultório na rua para que possam contribuir com as ECR neste caminho que se iniciou tão recentemente. Apesar disto, a atuação dos profissionais do CR estudado apresenta um caminho que já está sendo gradativamente construído, conjugando vários elementos importantes como: acolhimento, cuidado, interdisciplinariedade, os múltiplos recursos, intersetorialidades e melhora no acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde. Relativamente à construção de vínculos profissional/usuário, demonstram a preocupação e medo, todavia também apresenta envolvimento que ultrapassam o tratamento da doença. Essa abordagem consegue cuidar dos indivíduos aproximando-se o olhar ampliado enquanto sujeito, cultural, histórico e social, além de utilizar melhor os recursos existentes nas instituições e na comunidade.

## **REFERÊNCIAS**

1. ESCOHOTADO, Antonio. Historia elemental de las drogas. Anagrama, 2009
2. FIORE M. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. Novos Est. Cebrap. 2012, março; 92: 9-21. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002012000100002&script=sci_arttext). Acesso em 14.07.2015.

3. Macrae E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In; Seibel SD, Toscano JA. Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.p. 25-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em 10.007.2015.
5. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Documento de referências técnicas para a atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras droga. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2013. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/CREPOP\\_REFERENCIAS\\_ALCOOL\\_E\\_DROGA\\_S\\_FINAL\\_10.01.13.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGA_S_FINAL_10.01.13.pdf). Acesso em 22.07.2015.
6. FERREIRA FPM. População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005. Secretaria de planejamento e gestão do Estado de Minas Gerais. 2005. Disponível em: [http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2006/D06A096.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf). Acesso em 13.07.2015.
7. COUTINHO D, SABACK E. O histórico da psiquiatria na Bahia. Gazeta Médica da Bahia. 2007; 77(2): 210-218. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/ojs/index.php/gmbahia/article/viewFile/102/95>. Acesso em 18.06.2015.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultório de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.  
  
Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em 03.09.2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html). Acesso em 03.09.2015.
10. GERGEN KJ. The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist. 1985; 40(3): 266-275.

11. SPINK MJP. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. 2.ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.
12. SPINK MJP. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. 3.ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013
13. SPINK MJP, LIMA H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK MJ, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p.93-122.
14. PINHEIRO OG. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK MJ, organizador. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teóricas e metodológicas. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
15. MERHY EE. Engravitando Palavras: o Caso da Integralidade. In; PINHEIRO R, MATTOS R, organizador. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ Abrasco, 2005. p.195-206. Disponível em: <http://pindoramacircus.com/stories/documentos/article/3387/Emerson%20Elias%20Merhy%20-%20Engravitando%20palavras%20-%20setembro%202012.pdf>. Acesso em 17.04.2015.
16. DELEUZE G. O atual e o virtual. In: ALIEZ E, organizador. Deleuze: filosofia virtual. São Paulo: 34, 1996. p. 47-58.
17. GUATTARI F. Caosmose: um novo paradigma estético. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
18. BARROS JAC. Pensando o processo saúde e doença: A que responde o modelo biomédico?. Saúde e Sociedade. 2002; 11: 67-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>. Acesso em 25.07.2015.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em 25.07.2015.
20. BOCCARDO ACS, ZANE FC, RODRIGUES S, MÂNGIA EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2011; 22(1): 85-92.
21. BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em:



[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em 28.08.2015.

- 22.** Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo. 2003; 11(4):525-31
- 23.** PIRES DEP. Organização do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, Organizadora. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.