

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Deidvid de Abreu

**CONSULTÓRIO NA RUA:
ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SANTA CATARINA.**

Florianópolis
2017

Deidvid de Abreu

**CONSULTÓRIO NA RUA:
ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SANTA CATARINA.**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. Ênfase: Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira Oliveira

Florianópolis - SC
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Abreu, Deidvid de
Consultório na rua : Atuação dos profissionais em
Santa Catarina. / Deidvid de Abreu ; orientador,
Prof. Dr. Walter Ferreira Oliveira, 2017.
261 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Pessoas em Situação de Rua;
Política Pública. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde Mental. I.
Oliveira, Prof. Dr. Walter Ferreira . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Deidvid de Abreu

**CONSULTÓRIO NA RUA: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
EM SANTA CATARINA.**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 21 de novembro de 2017.

Profa. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof. Walter Ferreira de Oliveira,
Dr. (Orientador)



Prof. Jacá Machado Macerata, Dr.
(UFF)

Profa. Tânia Maris Grigolo,
Dra. (CESUSC)

Prof. Fernando Hellmann, Dr.
(UFSC)

*Dedico este trabalho a minha família
Adilson, Janilza, Mônica, Emilly e
Sophia.*

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que me apoiaram nestes quatro anos de estudo, pesquisa, dedicação, viagens, leituras, conversas, chás, choros e abraços...

Aos meus pais Adilson e Janilza pela confiança, carinho, investimento e acolhimento presente todos os dias!

A minha irmã Mônica, cunhado Edinho, sobrinhas Emilly e Sophia pela presença intensa que marcam na minha vida, por serem incentivadores de meus estudos.

Aos meus primos queridos Beto e Lília, que ultrapassando a parentalidade formaram um núcleo de amor, cuidado e alegria sincera.

A minha amiga Fernanda de Conto pela amizade, leituras, trocas e momentos de acolhimentos, com você vou para qualquer lugar do mundo!

As amigas Isa, Lucila e Ana Fonini pelo carinho, amizade, trocas e incentivos!

Ao amigo Lauro, que com sua sensibilidade e incentivo constante estive próximo o tempo todo, que nossa amizade se fortaleça.

As colegas de trabalho, Franciele, Daiana, Judizeli, Mariana e Andreia, obrigado pelo acolhimento, pelo incentivo e compreensão.

A querida Maria do Rosário, pela leitura atenta ao texto e trocas de idéias para finalização deste trabalho.

A amiga Fernanda Martinhago companheira de Doutorado, obrigado pelas sugestões e conversas.

A minha prima Raquel, que no mesmo caminho da pesquisa, auxiliou-me nos momentos finais na organização dos detalhes.

Ao Mauricio Blanco e Beatriz Rennó pelo auxílio na tradução dos textos.

Ao meu orientador Walter Ferreira de Oliveira que me acolheu no meio do caminho e com muita sabedoria contribuiu na direção desta pesquisa.

Aos participantes da banca de qualificação e defesa que toparam o desafio de ler, sugerir e contribuir para a produção de conhecimentos sobre o tema estudado.

As equipes de Consultório na Rua de Florianópolis, Joinville e Criciúma que possibilitaram que esta pesquisa se realizasse, pelo acolhimento e disponibilidade durante o processo de pesquisa. Obrigado, me orgulho do trabalho de vocês!

Aos Gestores participantes da pesquisa, continuem incentivando o trabalho do Consultório na Rua.

Por fim, a todos que acreditam no SUS e na potência do cuidado direcionado as populações vulneráveis.

RESUMO

Este estudo aborda o tema Consultório na Rua do Sistema Único de Saúde. O Consultório na Rua foi instituído no sistema de saúde brasileiro no ano de 2011, advindo das experiências dos Consultórios de rua somando-se as equipes de saúde da família para população em situação de rua e estratégias de saúde da família sem domicílio. O Consultório na Rua é um dispositivo de atenção integral à saúde da população em situação de rua, no qual a rua é seu principal território de atuação. Esta tese de Doutorado tem como objetivos descrever e analisar a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios de Rua para Consultórios na Rua no estado de Santa Catarina; e compreender e analisar o processo de trabalho das equipes de Consultórios na Rua das Florianópolis, Joinville e Criciúma, no estado de Santa Catarina, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada entre janeiro a junho de 2017. O pesquisador utilizou-se de entrevistas semiestruturadas e observação participante para coleta dos dados, sendo que acompanhou o trabalho das equipes na tentativa de se aproximar da realidade e conhecer detalhes da atuação dos profissionais frente ao Consultório na Rua. Participaram da pesquisa vinte e nove profissionais de saúde, sendo dezenove profissionais que atuam diretamente nas três equipes participantes e dez gestores atuais e anteriores dessas equipes. Os dados foram categorizados por meio da Análise de Conteúdo, sendo discutidos à luz da literatura do tema Consultório de/na Rua no Brasil e dos processos de trabalho no campo da saúde. A partir da categorização distinguiram-se dois núcleos temáticos: O processo de transição de Consultório de Rua para Consultório na Rua; e o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua. Os resultados da pesquisa apontam, por meio do olhar dos profissionais, que o processo de transição caracterizou-se por um período de tempo onde as equipes ficaram sem referências para o trabalho e sofreram certa rejeição das áreas que lhes assumiam. A transição ainda foi vista como um momento de crescimento e amadurecimento das equipes, e uma mudança no foco de ação, onde o cuidado em saúde mental e uso de drogas são reduzidos aos cuidados em saúde de ordem biológica. Para os gestores, a transição para a atenção básica aparece como uma aposta na estratégia e que aproxima a população em situação de rua da atenção básica à saúde. Reconhecem os gestores que a transição assinala para uma fragilidade na relação da atenção básica com a política de saúde mental; e ao mesmo tempo cria uma expectativa que o Consultório na Rua torne-se

um formador da rede para a atenção em saúde das pessoas em situação de rua. Sobre os processos de trabalho das equipes, os mesmos foram caracterizados como coletivos, sendo estes realizados nas unidades básicas de saúde, na rua e com a rede de proteção social. As principais atividades são o tratamento de doenças, redução de danos, busca ativa e fornecimento de insumos para saúde e higiene da população atendida. A finalidade primordial do trabalho é o acesso à saúde por parte da população em situação de rua, os principais saberes e conhecimentos das equipes dizem respeito às doenças prevalentes nessa população, redução de danos, Política Nacional de Atenção Básica, e uso de drogas. Dentre os principais desafios identificados estão o exercício de cuidados em saúde mais centrados no ato relacional, o cuidado longitudinal em saúde e a redução dos estigmas e preconceitos com a população em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Política Pública; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

This study addresses the topic: Clinic on the Street of the Unified Health System. The Clinic on the Street was established in the Brazilian health system in 2011, coming from the experiences of Street Clinic, adding up to the family health teams for the homeless population and homeless family health strategies. The Clinic on the Street is a device of full attention to the homeless population health and has the streets as its main action territory. This thesis aims to describe and analyze the perception of professionals and managers about the transition process from the Street Clinics to Clinics on the Street in the state of Santa Catarina; and to understand and analyze the work process of the teams of Clinic on the Street in the cities: Florianópolis, Joinville and Criciúma in the state of Santa Catarina, Brazil. This is a qualitative, descriptive and exploratory research carried out between January and June of 2017. The researcher used semi-structured interviews and participant observation to collect data, and followed the work of the teams in an attempt to get closer to the reality and to know details of the professionals' performance in the Clinic on the Street. Twenty-nine health professionals participated in the study, of which nineteen work directly in the three participating teams and ten are current or previous managers of these teams. The data were categorized by Content Analysis and discussed by the light of the literature about the topic Clinic on the Street/Street Clinic in Brazil and the health field work processes. From the categorization, two thematic centers were distinguished: the transition process from Street Clinic to Clinic on the Street; and the work process of Clinic in the Street teams. The results of this research show, through the professionals' perspective, that the transition process was characterized by a period of time where the teams were left without references to work and suffered some rejection of the areas that they assumed. The transition was also seen as a moment of team growth and ripening, and a shift in the action focus, where the mental health care and drugs use are reduced to biological health care. To the managers, the transition to basic care appears as a bet in the strategy and brings the homeless population closer to the health basic care. The managers recognize that the transition points to a fragility in the relationship of basic care and health care policy; and at the same time creates an expectation that the Clinic on the Street will become a network educator for health care for homeless population. The teams' work processes were characterized as collective and were carried out in the basic health unities, in the street and with the social protection

network. The main activities are disease treatments, harm reduction, active search and provision of health and hygiene supplies to the served population. The main purpose of this work is the health access by the homeless population, the main knowledge of the teams are related to the prevalent diseases in this population, harm reduction, National Policy of Basic Care and drugs use. Among the main challenges identified are the exercise of health care focused on the relational act, the longitudinal health care and the reduction of stigmas and prejudices with the homeless population.

Keywords: Homeless population; Public Policy; Access to Health Care Service; Primary Health Care; Mental Health.

RESUMEN

Este estudio aborda el tema Consultorio en la Calle del Sistema Único de Salud. El Consultorio en la calle fue instituido en el sistema de salud brasileño en el año 2011, proveniente de las experiencias de los Consultorios de calle, sumando los equipos de salud de la familia para población en situación de calle y estrategias de salud de la familia sin hogar. El Consultorio en la Calle es un dispositivo de atención integral a la salud de la población en situación de calle, en el cual la calle es su principal territorio de acción. Esta tesis de Doctorado tiene como objetivos describir y analizar la percepción de profesionales y funcionarios sobre el proceso de transición de los Consultorios de Calle para Consultorios en la Calle en el estado de Santa Catarina; comprender y analizar el proceso de trabajo de los equipos de Consultorios en la Calle de las ciudades de Florianópolis, Joinville y Criciúma, en el estado de Santa Catarina, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada entre enero y junio de 2017. El investigador utilizó entrevistas semiestructuradas y observación participante para la recolección de los datos, acompañando el trabajo de los equipos en el intento de acercarse a la realidad y conocer detalles del desempeño de los profesionales frente al Consultorio en la Calle. Participaron de la investigación veintinueve (29) profesionales de salud, siendo diecinueve (19) profesionales que actúan directamente en los tres equipos participantes y diez (10) funcionarios actuales y anteriores de esos equipos. Los datos fueron categorizados por medio del Análisis de Contenido, siendo discutidos a la luz de la literatura del tema Consultorio de y en la calle en Brasil y de los procesos de trabajo en el campo de la salud. A partir de la categorización se distinguieron dos núcleos temáticos: El proceso de transición de Consultorio de Calle para Consultorio en la Calle; y el proceso de trabajo de los equipos de Consultorio en la calle. Los resultados de la encuesta apuntan, por medio de la mirada de los profesionales, que el proceso de transición se caracterizó por un período de tiempo donde los equipos quedaron sin referencias para el trabajo y sufrieron cierto rechazo de las áreas asumidas. La transición aún se ha visto como un momento de crecimiento y maduración de los equipos, y un cambio en el foco de acción, donde el cuidado en salud mental y el uso de drogas se reduce a la atención en salud de orden biológico. Para los funcionarios, la transición a la atención básica aparece como una apuesta en la estrategia y que aproxima a la población en situación de calle de la atención básica de salud. Los funcionarios reconocen que la

transición muestra cierta fragilidad en la relación de la atención básica con la política de salud mental; y, al mismo tiempo, crea una expectativa que el Consultorio en la Calle se convierta en un formador de la red para la atención en salud de las personas en situación de calle. En los procesos de trabajo de los equipos, los mismos fueron caracterizados como colectivos, siendo estos realizados en las unidades básicas de salud, en la calle y con la red de protección social. Las principales actividades son el tratamiento de enfermedades, reducción de daños, búsqueda activa y suministro de insumos para salud e higiene de la población atendida. La finalidad primordial del trabajo es el acceso a la salud por parte de la población en situación de calle, los principales saberes y conocimientos de los equipos se refieren a las enfermedades prevalentes en esa población, reducción de daños, Política Nacional de Atención Básica y uso de drogas. Entre los principales desafíos identificados están el ejercicio de cuidados en salud más centrados en el ser humano, el cuidado longitudinal en salud y la reducción de los estigmas y preconcepciones hacia la población en situación de calle.

Palabras Clave: Personas en situación de calle; Política Pública, Acceso a los servicios de salud; Atención primaria de salud, Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Publicações sobre Consultório de Rua no Brasil disponíveis no Scielo, LILACS e Banco de teses da CAPES.	37
Quadro 2 – Publicações sobre Consultório na Rua no Brasil disponíveis no Scielo, LILACS e Banco de teses da CAPES.	60
Quadro 3 – Componentes e Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	92
Quadro 4 - Portarias e editais sobre o Consultório de e na rua	94
Quadro 5 – Categorização das pessoas em situação de rua a partir de Snow e Anderson (1998).....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas
CEBRIB	Centro Brasileiro de informações sobre Drogas
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CR	Consultório de Rua
DAB	Departamento de Atenção Básica
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
eCR	Equipe de Consultório na rua
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF Pop Rua	Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
MS	Ministério da Saúde

PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas
PNAIUAD	Política Nacional para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas
PNPSR	Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF sem domicilio	Programa Saúde da Família sem Domicílio
PSR	População em situação de Rua
PTS	Projeto terapêutico singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SPA	Substância Psicoativa
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNODOC	Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime

LANÇAR AS REDES AO MAR!

É a busca por novos conhecimentos que lança ao mar o pesquisador. Sou filho de pescador. Lembro das histórias ouvidas durante a vida em família que para cada tipo de peixe, tamanho ou espécie é necessário pensar estratégias para capturá-los. O que fazia o pescador encher seu barco de peixes era seu ímpeto de ir além, ter um barco e redes apropriadas para o tipo de peixe que desejava pescar.

Um avô pescador e outro lavrador-artesão. O pescador conhecido por suas peripécias em busca do peixe e alimento para a família. Já o lavrador-artesão além de trabalhar com a lavoura era especialista em fazer canoas com grandes árvores. Distantes um do outro mais de 800 quilômetros, mas uma sintonia inspiradora. Ambos numa relação muito íntima com o mar, pois nasceram a sua beira e lá conviveram, deixando muitas marcas e descendentes.

Diferente de meu pai-pescador lancei-me em outro mar, o da pesquisa. O que nunca imaginara realizar. Um mar muitas vezes inseguro, de encontros criadores, mas também de tempestades inesperadas. Nos diferentes mares temos a oportunidade de nos realizar enquanto sujeitos desejantes, uns em busca de peixes e alimentos, outros na busca incessante de conhecimentos. Resolvi, provavelmente, alicerçado por minha história pessoal e familiar, estudar um pouco mais sobre os seres humanos e a saúde, sobre aqueles que somos e caminhos que podemos percorrer ao longo da vida. A saúde e as ciências humanas, constituem o campo maior onde venho trilhando um caminho de formação-experiência. Assistente social, especialista em saúde da família, mestre em saúde mental e atenção psicossocial e doutorando em saúde coletiva, estas são apenas as nomenclaturas, os títulos, os dizeres, a forma de representar, por que contextualmente é muito além. Digo isto, pois venho ensaiando a construção de conhecimentos numa relação íntima com minhas experiências profissionais no campo da saúde. Em treze cidades do estado de Santa Catarina por onde viajei com um projeto de saúde comunitária, depois no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas – Ilha (CAPS Ad Ilha), no Consultório de Rua em Florianópolis, e atualmente no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (HU- UFSC), posso dizer que estes são grandes espaços que me influenciaram e me ajudam na constituição de quem sou, enquanto humano e profissional de saúde.

Os pescadores artesanais, como são chamados, pescam na costa, circundando o lugar onde moram, com aventuras que não ultrapassam muitos limites, pelo menos geográficos. Meu pai era um pescador

profissional, viveu 40 anos trabalhando no mar, passava pouco tempo com a família em casa, e logo precisava voltar, para avançar outros mares. O pescador profissional é aquele que trabalha em grandes embarcações e que permanece semanas distante de casa, que percorre um espaço geográfico mais amplo, distante da costa cerca 100, 150 milhas, diz o pai, a ser perguntado pelo filho, pescador de outros mares.

Acredito em certa semelhança entre o pescador e o pesquisador, ambos profissionais que saem em busca de conhecer algo novo, de conseguir boa pescaria, de voltar com o barco cheio, considerando os diferentes mares que navegam. Entre eu e meu pai, certamente ele é mais experiente, e escreveria-contaria uma tese sobre o mar e sobre a arte de pescar, das estratégias, da organização das redes, do significado dos ventos, sobre os peixes e seres aquáticos. Lanço-me novamente no mar da pesquisa para saber mais sobre os humanos e sua saúde, sobre as estratégias que temos criado no cenário brasileiro para a atenção aos humanos que se encontram em situação de rua, excluídos e invisibilizados pela maioria das políticas públicas atuais. Nesse sentido, tem se constituído no Brasil, um dispositivo importante na atuação, defesa e cuidados no território para esses sujeitos: O Consultório de/na rua do SUS!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO - MAPA DE BORDO: CONHECENDO O MAR E AS INDICAÇÕES PARA A PESCA	25
CAPÍTULO 1 – UM MERGULHO NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE CONSULTÓRIO DE E NA RUA	33
1.1 CONSULTÓRIO DE RUA: APRESENTANDO A PESCARIA ...	36
1.1.1 Consultório de Rua: apontamentos sobre a pescaria.....	56
1.2 CONSULTÓRIO NA RUA: APRESENTANDO A PESCARIA... 59	
1.2.1 Consultório na Rua: apontamentos sobre a pescaria.....	77
CAPÍTULO 2 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: POLÍTICAS E DIRETRIZES.....	83
CAPÍTULO 3 – APORTES TEÓRICOS AO TRABALHO COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS.	107
3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	107
3.2 EXCLUSÃO SOCIAL E PROCESSOS DE RUALIZAÇÃO	115
3.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	128
3.4 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	133
3.5 REDUÇÃO DE DANOS	137
3.6 VÍNCULO E ACOLHIMENTO	142
3.7 TERRITORIALIZAÇÃO E DESTERRITORIALIZAÇÃO.....	144
3.8 EDUCAÇÃO SOCIAL DE RUA E PEDAGOGIA DA PRESENÇA	149
CAPÍTULO 4 – TRAÇADO METODOLÓGICO: O PLANEJAMENTO PARA O RETORNO AO MAR.....	155
4.1 INTERROGAÇÕES E OBJETIVOS DA PESQUISA	155
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E AS TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	156
4.3 O CAMPO E OS SUJEITOS DE PESQUISA	158
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	160
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	162
4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	163
5. RESULTADOS.....	165
CONSIDERAÇÕES FINAIS	213

REFERÊNCIAS.....	221
APÊNDICES	235
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS CONSULTÓRIO NA RUA	236
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR/COORDENADOR DO CONSULTÓRIO DE/NA RUA ...	237
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	238
ANEXO.....	241
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEPESH/UFSC	242
ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE.....	246
ANEXO C – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	252
ANEXO D – ARTIGO PUBLICADO: ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DESAFIO PARA O CONSULTÓRIO NA RUA E PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	258
ANEXO E – ARTIGO PUBLICADO: CONSULTÓRIO NA RUA E REDUÇÃO DE DANOS: ESTRATÉGIAS DE AMPLIAÇÃO DA VIDA	260

INTRODUÇÃO - MAPA DE BORDO: CONHECENDO O MAR E AS INDICAÇÕES PARA A PESCA

Tendo como base um conceito ampliado de saúde que considera os diferentes determinantes do processo saúde-doença (CARVALHO, BUSS, 2008), bem como a complexidade do pensar e executar ações direcionadas as pessoas em situação de rua (SILVA, 2009), evidencia-se a necessidade de estudos que se aproximem de realidades limites e de populações vulneráveis. Nesse sentido, escolhi como tema de pesquisa e aprofundamento os Consultórios na Rua do Sistema Único de Saúde – SUS, em especial os implantados em Santa Catarina, Brasil.

Para apresentar o Consultório de/na Rua numa perspectiva histórica e justificar sua necessidade torna-se necessário compreender o processos das Reformas no campo da saúde, bem como a complexidade envolvida no fenômeno população em situação de rua - PSR, sendo esta uma expressão da questão social, advinda também dos processos de exclusão social e marginalização, intensificados na relação capital-trabalho.

As Reformas no campo da saúde, Sanitária e Psiquiátrica, iniciam na década de 1960-70 no Brasil como movimentos concomitantes, sendo que ambos defendiam a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Naquele momento, se intensificaram os questionamentos dos modelos de atenção centrados nos hospitais como instituições totais, ao pensar que a construção de redes de atenção fora dos espaços hospitalares poderiam oferecer uma atenção e cuidado mais humano, territorializado e integral aos usuários do sistema de saúde brasileiro. Mais tarde, reafirmado a partir do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira também foi reconhecida como parte de um movimento mundial que lutava pela defesa dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Conforme Amarante (2008) o processo da Reforma Psiquiátrica deve ser considerado maior do que as mudanças estruturais, da própria legislação e das normas, bem como a mudança nas políticas e nos serviços de saúde, incluindo neste processo mudanças sociais e culturais, que incidem sobre um novo e diferente olhar sobre o sofrimento psíquico e a saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, sendo compreendida como um conjunto de transformações de práticas,

saberes, valores culturais e sociais. Marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios, sua história passou por alguns momentos importantes, dentre eles, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, o início da implantação da rede extra-hospitalar - substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, e a aprovação da Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado que redireciona a assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

A partir de 2002-2003 as questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas adquiriram maior dimensão como temas na área de saúde mental no Brasil, o que se reflete na criação de serviços específicos como os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - CAPS Ad. Na sequência, em 2004 é instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas - PNAIUAD que apresenta como diretrizes principais a Intersetorialidade e a Atenção integral, em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental vigente, regulamentada e respaldada pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004).

A PNAIUAD reconhece o uso abusivo de drogas como um grave problema de saúde pública, afastando-se da lógica de estigmatização/exclusão dos usuários de drogas que os consideravam como sujeitos criminosos e perigosos. Nesse contexto, a Redução de Danos - RD é considerada como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas e reconhecida como um método que respeita, co-responsabiliza e oferece liberdade, autonomia e estimula a participação dos sujeitos. A RD é conhecida como uma estratégia importante e adquire centralidade nas ações no campo de álcool e outras drogas no SUS (BRASIL, 2004).

Os dados do II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de informações sobre Drogas - CEBRID, em 2005, nas 108 maiores cidades brasileiras com população acima de 200 mil habitantes, incluindo a capital de Santa Catarina, aponta que na Grande Florianópolis a situação de uso de álcool e outras drogas são significativas na população. Os dados mostram também que na Região Sul do Brasil, o uso na vida de álcool corresponde a 73,9% e de tabaco a 49,3%, sendo a dependência 9% e 10,7% respectivamente. Em relação ao crack, a pesquisa mostrou que o uso na vida é de 1,1% e de cocaína é de 3,1%, sendo maior o uso entre os homens em todas as faixas etárias. Na faixa etária de 25 à 34 anos o uso na vida de crack é

cerca de quatro vezes maior para os homens do que para as mulheres (CEBRID, 2005).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Crack/similares realizada entre os anos de 2011 e 2013 pela Fundação Oswaldo Cruz - FioCruz em parceria com os Ministérios da Saúde (MS) e Justiça (MJ), os usuários de crack nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino – 78,7%, sendo que inquéritos domiciliares anteriores mostraram que, em relação aos usuários de cocaína/crack, essa proporção era de aproximadamente 60% homem e 40% mulher. Há um predomínio importante de usuários “não brancos” nas cenas de uso (cerca de 20% dos usuários de crack/similares no Brasil eram de cor branca), desproporcional aos dados da população geral, que segundo o Censo 2010 (IBGE), os “não brancos” correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que sublinha a sobre-representação de pretos e pardos em contextos de vulnerabilidade social, como observado nas cenas de crack pesquisadas. (BRASIL, 2013)

A pesquisa da FioCruz informa que não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de crack se constituem como uma população de/na rua, mas é expressiva a proporção de usuários nesta situação, aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua, identificados pela pesquisa. Isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava parte expressiva do seu tempo. Importante ressaltar que os usuários de crack/similares são, basicamente, poli-usuários, sendo que observa-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais consumidas – mais de 80% dos usuários no Brasil (BRASIL, 2013).

Complexificando o olhar sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas, Velho (2003) relata que é importante compreendermos como as diferentes culturas criaram um espaço próprio para o consumo dos mais variados tipos de drogas, sendo utilizadas em diferentes contextos e territórios, em cerimônias religiosas, rituais dos mais variados tipos, como forma de socialização e dentre outras atividades cotidianas. Segundo o autor, a droga faz parte da história dos humanos e possui um lugar construído e cheio de significados. Como reafirmado no I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool sociedade brasileira, o consumo de bebidas alcoólicas pode ser considerado um comportamento adaptado à maioria das culturas, pois a ingestão de bebidas alcoólicas está associada à vida cotidiana, presente

nas celebrações, situações de negócio e sociais, bem como a eventos culturais e religiosos (SENAD, 2007).

Ao tratar do segmento população em situação de rua e sua complexidade, advinda das mais variadas formas de apartação, que serão apresentadas nos próximos capítulos, o uso abusivo de álcool e outras drogas é um traço marcante de grande parcela desta população. Isto identificado por pesquisas realizadas nesse campo, conforme apontou a pesquisa Nacional sobre população em situação de rua, realizada no Brasil nos anos de 2007-2008, na qual cerca de 35,5% dos sujeitos participantes relacionaram sua ida para as ruas com uso e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas, apontando-o na pesquisa como o principal motivo de deixar suas casas (BRASIL, 2008). Ao considerar os diferentes fatores que levam os sujeitos à rua, muitos não foram para a rua com o propósito de usar drogas, mas, ao permanecer neste contexto, passam a utilizá-las como meio de inserção nos “grupos de rua”, o que na sequência contribuiu para que os sujeitos vivam na rua como forma de continuidade do uso (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde considera que o baixo índice de procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justificou a implementação de intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas *in loco* (BRASIL, 2010). Nesta direção, o próprio MS instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas - PEAD¹ 2009-2010, que teve como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para usuários de álcool e outras drogas, e implementar intervenções em contexto de rua com a articulação de serviços da rede de atenção em álcool e outras drogas.

Dentre as ações do PEAD foi incentivado a implantação dos Consultórios de Rua na rede SUS a partir de editais públicos, este serviço foi baseado inicialmente na proposta criada em 1999 em Salvador na Bahia. O Projeto Consultório de Rua - CR, em sua primeira versão, se constituiu como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que viviam em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. Os CR são dispositivos² clínico-comunitários que ofertam

¹ O PEAD foi instituído pela Portaria/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009.

² Nesta tese de doutoramento entendo dispositivo, a partir de Foucault no qual pode ser entendido como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba

cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida,

discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (Foucault, 2000, p. 244)”. Outras leituras apóiam um melhor entendimento deste conceito, ao esclarecer ou mesmo exemplificar pontos analíticos centrais do conceito. Nesse sentido, Angabem (2005) sugere a partir da leitura de uma entrevista de Foucault (1977) que o conceito de dispositivo se alinha com três questões centrais: 1) É um conjunto heterogêneo, que inclui virtualmente qualquer coisa, linguístico no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de segurança, proposições filosóficas, etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos; 2) O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder; 3) É algo de geral (um *reseau*, uma "rede") porque inclui em si a episteme, que para Foucault é aquilo que em uma certa sociedade permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é científico. (Palestra proferida por Giorgio Agamben em uma das conferências que realizou no Brasil, em setembro de 2005). De acordo com Deleuze: “Os dispositivos têm, então, como componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam, enquanto umas suscitam, através de variações ou mesmo mutações de disposição. Decorrem daí duas conseqüências importantes para uma filosofia dos dispositivos. A primeira é o repúdio dos universais. Com efeito, o universal nada explica, é ele que deve ser explicado. Todas as linhas são linhas de variação, que não tem sequer coordenadas constantes. O Uno, o Todo, o Verdadeiro, o objeto, o sujeito não são universais, mas processos singulares, de unificação, de totalização, de verificação, de objetivação, de subjetivação, processos imanentes a um dado dispositivo. E cada dispositivo é uma multiplicidade na qual esses processos operam em devir, distintos dos que operam em outro dispositivo. A segunda conseqüência de uma filosofia dos dispositivos é uma mudança de orientação que se separa do eterno para apreender o novo. O novo não se designa a suposta moda, mas, pelo contrário, a criatividade variável segundo os dispositivos: em conformidade com a questão nascida no século XX, como é que é possível no mundo a produção de algo novo? É verdade que Foucault, em toda sua teoria da enunciação, recusa explicitamente a “originalidade” de uma enunciação, como critério pouco pertinente, pouco interessante. Foucault pretende somente considerar a “regularidade” das enunciações. Mas, o que ele entende por regularidade é a linha da curva que passa pelos pontos singulares, ou valores diferenciais do conjunto enunciativo (da mesma maneira que vai definir as relações de força pela distribuição de singularidade dentro de um campo social)” (DELEUZE, 1990, p158-159).

adaptados para as especificidades de uma população complexa. Buscam promover 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. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população (BRASIL, 2010).

A partir de 2011, com a Portaria 3088/2011³ que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, bem como descrito na nova Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, os Consultórios de Rua (CR) passam a ser chamados de Consultório na Rua (CnR). A partir desse momento as equipes do CnR deixam de ser responsabilidade da área técnica de Saúde Mental e passam a compor as ações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), sendo que os municípios deveriam realizar a adequação de suas equipes em uma das modalidades possíveis⁴, bem como seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Diante desta inclusão do Consultório na Rua na Política de Atenção Básica, questões centrais do então Consultório de rua, como composição da equipe, estrutura e diretrizes para o trabalho, dentre outras questões, foram reformuladas. Isto aponta para novas formas de atuação das equipes de CnR, possivelmente alterando a atenção à população em situação de rua, bem como podendo se distanciar do modelo inicial proposto de Consultório de Rua, nascido em Salvador na Bahia, questões estas que serão discutidas ao longo desta Tese.

Considera-se importante salientar que as pesquisas desenvolvidas sobre o tema Consultório de e na Rua pouco explicam ou sinalizam para este processo de transição, na grande maioria afirmam apenas que além da mudança na composição da equipe, alterou o escopo das ações, anteriormente focadas em ações de saúde mental e ao uso de substâncias psicoativas, conforme afirma Santana (2014). De acordo com a autora, a proposta amplia o raio de ação da equipe e assume algumas das funções previstas pela equipe de saúde da família ao olhar a saúde para além da saúde mental e o uso de drogas, constituindo-se então como efetivação dos direitos à saúde da população em situação de rua.

³ Portaria republicada no Diário Oficial da União dia 21 de maio de 2013.

⁴ As modalidades das equipes do Consultório na Rua (eCR) estão referenciadas na Portaria MS 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Nesse sentido, a alteração para CnR modifica questões enfatizadas pelo modelo anterior, principalmente relacionadas à ampliação do escopo de ação, apropriando-se dos fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica brasileira, no qual o CnR passa a ser um dispositivo de atenção psicossocial do componente “Atenção Básica à Saúde”, inscrito na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria 3088/2011.

Como será apresentado a seguir, no Capítulo 1 desta Tese, há uma consolidação de publicações referentes a proposta e as experiências do Consultório de e na Rua no Brasil, demonstrando sua importância no cenário nacional diante das necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como questões ainda por se construir na atenção à saúde a este público. O Consultório de Rua, a partir de sua experiência, marcou a necessidade de interlocução das diferentes políticas sociais na atenção às pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas, tendo em vista suas diferentes necessidades, impressas na falta de acesso a direitos básicos, dentre eles o direito à saúde. Sobre o novo modelo, o Consultório na Rua, vem se construindo pesquisas sobre a temática, no sentido de descrevê-lo e instituí-lo como referência na atenção a esse público. Algumas produções, como de Souza e Macerata (2015) e Roos (2014), procuram estabelecer reflexões sobre nuances deste dispositivo, que deslocam o lugar da clínica tradicional, para conseguir aproximar e oferecer atenção numa perspectiva de integralidade, já que uma das idéias centrais do Consultório na Rua é oferecer atenção integral aos sujeitos.

Tendo em vista a recente produção sobre a temática, bem como diferentes aspectos do processo de transição de Consultório de rua para Consultório na Rua, muitos questionamentos surgem, sejam eles relacionados ao processo de trabalho das equipes, aos fundamentos que embasam a ação do Consultório na rua, referentes a continuidade das ações iniciadas pelas equipes dos Consultórios de Rua em diferentes regiões do Brasil, a modificação e ampliação do foco das ações, a relação da equipe do CnR com as equipes de saúde da família, a preparação dos profissionais de atenção básica e suas compreensões sobre a situação de rua, sobre a centralidade do cuidado direcionado ao uso e abuso de álcool e outras drogas, e lugar da redução de danos neste dispositivo, dentre outras questões que se abrem nesse contexto.

Nesse sentido, as questões centrais que nortearam esta pesquisa foram:

- Qual a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição do Consultório de rua para Consultório na rua?

- Como se dá o processo de trabalho das equipes de Consultórios na rua a partir da inserção na Política de Atenção Básica?

A partir dos questionamentos e reflexões realizadas durante os estudos do mestrado e doutorado, com os referenciais teóricos apresentados no segundo e terceiro capítulo desta Tese e amparados na análise de conteúdo, esta pesquisa objetiva descrever e analisar a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios de rua para Consultório na rua; bem como compreender e analisar o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua nas cidades de Joinville, Criciúma e Florianópolis, no estado de Santa Catarina, Brasil, sendo estas as cidades que possuem a estratégia implantada e cadastrada no Ministério da Saúde. A busca por reflexões e respostas às questões colocadas justificam uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória, como a apresentada nesta tese de Doutorado.

Esta Tese está organizada em diferentes capítulos, sendo que no **Capítulo 1** apresento uma pesquisa realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e Banco de teses da CAPES que objetivaram conhecer as produções e discussões atuais sobre o Consultório de e na Rua no Brasil, iniciando algumas reflexões sobre o tema. Na sequência, **no capítulo 2**, apresento de forma descritiva a rede de atenção à saúde da população em situação de rua a partir das políticas e diretrizes vigentes, com enfoque no Consultório na Rua, constituindo-se este como objeto central desta tese de doutoramento.

No **capítulo 3**, busco construir e alicerçar de forma teórica a discussão por meio de alguns conceitos e elementos considerados fundamentais para a discussão sobre os Consultórios na Rua e sua atuação com a população em situação de rua. Após a discussão teórica, no **capítulo 4**, apresento o traçado metodológico e detalhes sobre a pesquisa realizada nas cidades de Florianópolis, Joinville e Criciúma em Santa Catarina.

No **capítulo 5** apresento os resultados da pesquisa, em dois artigos científicos, conforme as normas do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da UFSC. Após, as referências do estudo e os anexos e apêndices.

Lancei as redes ao mar!

CAPÍTULO 1 – UM MERGULHO NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE CONSULTÓRIO DE E NA RUA

Para descrever sobre o que temos produzido no Brasil sobre o Consultório de e na rua, como pesquisador imitei meu pai pescador e pensei nas estratégias de como pescar bons textos e pesquisar sobre o assunto, contando também com a contribuição das experiências advindas dos estudos durante o mestrado e doutorado. Assim, tornei-me um pesquisador-pescador. Lancei as redes ao mar.

Para o tipo de peixe que procurava pescar – as produções a partir de pesquisas brasileiras sobre o Consultório de e na Rua procurei mares não muito revoltos, já conhecidos e que representam espaços de referência para a saúde coletiva no Brasil e na América Latina: A Scientific Electronic Library Online – SciELO, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Nos mares escolhidos para a realização desta primeira etapa, a teorização do tema Consultório de e na Rua, utilizei-me da pesquisa de revisão bibliográfica como bússola para a navegação. A pesquisa de revisão bibliográfica é desenvolvida a partir de um material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos, sendo que nesta etapa incluímos dissertações de mestrado e teses de doutorado disponibilizadas na base de dados do Banco de Teses da CAPES. De acordo com Gil (1995) a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia se pesquisar diretamente no campo, bem como contribuir nos estudos históricos no sentido de conhecer os fatos passados por meio de dados secundários.

Gil (1995) afirma que não existem regras fixas para a realização da pesquisa bibliográfica, sendo possível pensar algumas tarefas importantes para a confecção deste trabalho como: a exploração das fontes bibliográficas por meio do acesso a bibliotecas especializadas, a leitura do material para a primeira seleção, a construção de fichas (resumos ou outras formas de anotação) sobre os pontos mais importantes do texto, ordenação e análise dos resumos produzidos, e por fim, a construção das conclusões e/ou sínteses guiados pelos objetivos definidos no início da pesquisa.

Para a busca de textos e produções sobre o tema desejado – o Consultório de/na Rua, foram utilizados descritores e termos definidos pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponíveis no <http://decs.bvs.br/> (consulta ao DeCS). Para a pesca, os descritores poderiam ter o mesmo significado das iscas utilizadas pelos pescadores para “ferrar” os peixes. Estes descritores-iscas constituíram-se a partir de termos ou palavras-chave que se relacionam diretamente ao tema pesquisado. Desta forma, foram escolhidos os seguintes descritores-iscas: Drogas, Usuários de drogas, Drogas ilícitas, Drogas lícitas, Transtornos relacionados ao uso de substâncias, Redução de Danos, Saúde Mental, Pessoas em situação de rua, Moradores de Rua, Sem-teto, atenção básica, atenção primária à saúde. Além dos descritores referidos anteriormente foram utilizados também as palavras: rua, Consultório, Consultório de rua e Consultório na rua.

Durante o mês de junho de 2016 realizei as buscas nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no banco de Teses da CAPES. Estas bases foram escolhidas por serem referências no campo da saúde coletiva, abrangendo um número significativo de produções científicas de maneira multidisciplinar do Brasil, América Latina e Caribe.

A SciELO é um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos seguindo o modelo de acesso aberto e livre, que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos dos artigos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina.

Na base de dados SciELO utilizei o seguinte protocolo de busca: “drogas” OR “usuários de drogas” OR “redução de danos” OR “transtornos relacionados ao uso de substâncias” OR “drogas lícitas” OR “drogas ilícitas” OR “saúde mental” OR “atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “consultório” [All indexes] and “sem-teto” OR “rua” OR “moradores de rua” OR “pessoas em situação de rua” [All indexes]. Ao recolher as redes encontrei 47 publicações.

A segunda base de dados escolhida foi a LILACS. Esta é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Nos últimos tempos a LILACS atingiu 500.000 mil registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, das quais aproximadamente 800 são atualmente indexadas. LILACS também indexa outros tipos de literatura científica e técnica como teses,

monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. Na LILACS, utilizei o mesmo protocolo de busca utilizado na SciELO, sendo que encontrei 175 publicações.

O banco de teses da CAPES é o sistema online oficial do governo brasileiro para depósito de teses e dissertações brasileiras, vinculado ao Ministério da Educação (MEC). Este se constituiu como a terceira base de dados consultada. Recebe sistematicamente publicações de pesquisas realizadas nas universidades brasileiras, públicas e privadas, pois estas, a partir da publicação da Portaria nº 13 da CAPES, de 15 fev. 2006, passaram a ter a obrigatoriedade de manter uma cópia online de todas as suas teses e dissertações. Nesta base de dados, considerando as possibilidades de buscas, utilizei os seguintes descritores-iscas: “Drogas” *and* “rua”; “saúde mental” *and* “rua”; “saúde mental” *and* “drogas”; “redução de danos” *and* “rua”; “população em situação de rua”; “moradores de rua”; “sem-teto”; “Consultório de Rua” e “Consultório na Rua”. Após a busca, encontrei 146 publicações.

O primeiro refinamento diz respeito a possibilidade de duplicidade dos textos nas buscas realizadas. Desta forma, realizei a leitura dos títulos das publicações verificando a incidência de textos repetidos, considerando aqueles que aparecem duas ou mais vezes no rol de publicações encontradas. Então, do total de 368 publicações (47 (SciELO) + 175 (LILACS) + 146 (Banco de teses da CAPES)), identifiquei 47 publicações repetidas, restando 321 publicações.

Um segundo momento de refinamento foi realizado a partir da leitura dos títulos e resumos, no qual identifiquei aqueles que se referiam diretamente ao tema Consultório de e na Rua, incluindo pesquisas teóricas, empíricas ou outro tipo de publicação sobre o tema. Após esta etapa, selecionei 17 publicações que se referiam diretamente ao tema pesquisado, sendo 7 artigos e 10 dissertações e teses. Das 17 publicações, 8 referiam-se ao Consultório de Rua e 9 ao Consultório na rua. Importante lembrar na seleção que não defini um período/ano limite para inclusão das publicações, sendo aceitas produções de qualquer período.

Ao perceber que seria possível acessar produções que não estivessem contempladas e publicadas nas bases de dados escolhidas, mas que poderiam se constituir como material para análise e contribuição nesta primeira etapa da tese, realizei a leitura das referências citadas nas 17 publicações inicialmente selecionadas. A

partir desta leitura, identifiquei outras produções sobre o tema utilizando o mesmo critério anterior – a seleção de produções específicas sobre o tema Consultório de e na Rua, sem delimitação de data.

A partir da leitura das referências das 17 publicações identifiquei outras 7 publicações, entre artigos publicados em periódicos e dissertações de programas de Pós-Graduação de universidades brasileiras. Estas publicações foram incluídas após a avaliação do pesquisador e utilização dos mesmos critérios descritos anteriormente para as bases de dados. Ao fim desta etapa, o número de publicações selecionadas ampliou para 24.

Importante afirmar que a partir das buscas nas referências das publicações encontradas inicialmente, encontrei referências de portarias e manuais sobre o consultório de e na rua, sendo que estes serão utilizados nos próximos momentos deste trabalho, quando apresentarei uma historicidade a partir de publicações de material legislativo e/ou publicações oficiais do Ministério da Saúde brasileiro e de instituições ligadas a história do Consultório de e na rua no Brasil.

Depois de lançar as redes e iscas em diferentes mares e recolher a pescaria, selecionei 24 trabalhos que tratavam diretamente do tema, sendo 12 sobre Consultório de Rua e 12 sobre Consultório na Rua. Após, iniciei a tarefa de conhecer cada uma das publicações de forma minuciosa, compreendendo seus objetivos e o que traziam de contribuição sobre o Consultório de e na rua no Brasil. Percebi inicialmente um número reduzido de pesquisas publicadas sobre o tema, sendo que foi encontrada até o momento apenas uma tese de doutorado que tenha como tema central o Consultório na Rua. Isto motivou ainda mais o pesquisador em continuar seu trajeto na intenção de contribuir com as pesquisas sobre tal dispositivo, sendo este fundamental para o acesso da população em situação de rua ao SUS.

1.1 CONSULTÓRIO DE RUA: APRESENTANDO A PESCARIA

Início apresentando resumidamente, no quadro 1, as 12 publicações selecionadas, com as informações sobre os títulos e seu(s) objetivo(s), o ano e o tipo de publicação, a área de vinculação dos autores e sua vinculação institucional.

Quadro 1 – Publicações sobre Consultório de Rua no Brasil disponíveis no Scielo, LILACS e Banco de teses da CAPES⁵.

Título do trabalho	Objetivo do trabalho	Tipo/ano de Publicação	Área de vinculação dos autores	Vinculação Institucional dos autores
Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de rua	Conhecer as práticas de saúde realizadas no cotidiano das equipes dos Consultórios de Rua, além de descrever as estratégias de atuação das equipes, conhecer o entendimento das equipes sobre educação em saúde e desvelar os sentimentos sobre o processo de trabalho na rua.	Artigo de Periódico/ 2014	Enfermagem	Universidade Federal de Pernambuco – Recife.
Políticas públicas e capital social: O projeto Consultório de Rua	Analisar categorias, capital social e habitus, enquanto temáticas transversais na prática dos profissionais do Projeto Consultório de Rua. Por conseguinte, contribuir com as diferentes práticas dos profissionais na área da saúde, no tocante ao uso e abuso de substâncias psicoativas.	Artigo de periódico/ 2014	Arquitetura	Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará.
Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde	Problematizar as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho, muitas vezes destoantes entre si, como: as ações programadas de rastreamento e autoridade moral sobre	Artigo de Periódico/ 2014	- Ciências Biológicas e da Saúde. -Educação; - Educação Física.	- Centro Universitário Univates - Lajeado, RS. - Universidade Federal do Rio

⁵ Somadas as encontradas nas referências das publicações na tentativa de “pescar” um maior número de pesquisas.

	<p>peças com vida na rua e as ações disruptivas do modelo urbano de cidade saudável e segura, para uma forte inclusão de pessoas que, por variados motivos, levam esse tipo de vida.</p>			<p>Grande do Sul. Porto Alegre, RS.</p> <p>- Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS.</p>
<p>Consultório de rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua.</p>	<p>Descrever aspectos da estratégia clínica do Consultório de Rua nas ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso de drogas por pessoas em situação de rua.</p>	<p>Artigo Periódico/ 2013</p>	<p>de</p> <p>- Psicologia; - Educação;</p>	<p>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).</p>
<p>Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção</p>	<p>Descrever e avaliar o processo de implementação do Consultório de Rua no município de Maceió – AL a partir do relato de experiências da equipe atuante neste projeto.</p>	<p>Artigo Periódico/ 2012</p>	<p>de</p> <p>Enfermagem; Farmácia;</p>	<p>- Universidade Federal de Alagoas, Maceió (AL)</p> <p>- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP) –Brasil.</p>
<p>A Integralidade na fonte do Consultório de Rua do SUS.</p>	<p>Descrever de que forma o Princípio da Integralidade se apresenta na legislação e demais documentos de aporte a um novo dispositivo de atenção integral às pessoas, em situação de rua, usuárias ou dependentes de crack, álcool e outras drogas, o Consultório de Rua.</p>	<p>Dissertação de Mestrado/ 2012</p>	<p>Serviço Social</p>	<p>Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.</p>

Política de Redução de Danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará.	Analisar a Política de Redução de Danos na prática dos profissionais do Projeto Consultório de Rua, no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.	Dissertação de Mestrado/ 2013	Estudos Sociais Aplicados	Universidade Estadual do Ceará.
Consultório de Rua: relato de uma experiência.	Analisar o Consultório de Rua enquanto prática de saúde que se propõe a atuar em contextos de risco psicossocial e uso de drogas entre jovens.	Dissertação de Mestrado/ 2009	Saúde Coletiva	Universidade Federal da Bahia.
Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua do SUS.	Compreender aspectos sobre a situação de estar na rua, o uso de drogas e o atendimento do Consultório de rua; Correlacionar informações colhidas em campo com o relatório final do Consultório de Rua; Conhecer as ações realizadas pelo Consultório de Rua e sua contribuição no acesso à saúde; e Identificar processos de inclusão e exclusão social vivenciados pela população em situação de rua.	Dissertação de Mestrado/2013	- Serviço Social; - Saúde Mental e Atenção Psicossocial.	Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.
Consultório de Rua: uma perspectiva de intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua.	Compreender e descrever em que sentido e em que aspectos a estratégia clínica do Consultório de Rua podem realizar ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso/abuso e	Dissertação de Mestrado/ 2012	- Educação.	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

	dependência de drogas por pessoas em situação de rua, através de uma descrição densa da vivência desta experiência.			
A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas	Descrever e analisar a experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais que compõem a equipe de um município da Região Metropolitana do Recife (PE).	Artigo Periódico/ 2014	de - Terapia Ocupacional.	Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Universidade Federal do Triângulo Mineiro –UFTM.
O ofício dos profissionais do consultório de rua: Um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade.	Investigar o <i>modus operandi</i> das profissionais do Consultório de Rua, de modo a compreender a relação entre o arcabouço teórico, técnico e pessoal com o seu fazer.	Dissertação de Mestrado/2015	de Psicologia	Universidade Federal da Bahia

A partir desta primeira etapa, realizei a leitura das 12 publicações de forma criteriosa com o intuito de identificar pontos-chaves sobre o tema Consultório de Rua. Na sequência, apresento informações sobre cada uma das publicações selecionadas, questões estas que devem contribuir em mapear centralidades deste dispositivo de cuidado, a partir das pesquisas e estudos realizados em diferentes cidades brasileiras.

Início com o texto publicado por Silvia, Frazão e Linhares (2014) que descreve as Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de rua das cidades de Recife e Olinda – Pernambuco. Este buscou também descrever as estratégias de atuação das equipes; Conhecer o entendimento das equipes sobre educação em saúde e desvelar os sentimentos sobre o processo de trabalho na rua. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com observação participante. Da análise das entrevistas de 15 trabalhadores do Consultório de Rua, emergiram cinco categorias temáticas: 1) atividades em equipe nos Consultórios de Rua; 2) valorização da construção do vínculo; 3) educação em saúde como estratégia na redução de danos; 4) satisfação com a proposta de cuidado do Consultório de Rua; e 5) Desafios na atuação do Consultório de Rua.

De acordo com Silvia, Frazão e Linhares (2014), a dinâmica de trabalho da equipe do Consultório de Rua pesquisado permite a compreensão do desafio de conhecer e se apropriar de uma realidade para transformá-la, sendo que a realidade está submersa no contexto de desigualdade social da população de rua, que além das precárias condições de vida, carregam o fardo pesado da invisibilidade como ser humano. Segundo as autoras, a equipe aponta alguns desafios: necessidade da incorporação de um novo paradigma, que envolve o “morador de rua”⁶ ocupando um novo lugar de destaque como sujeito de si e de suas escolhas. A necessidade de compreensão do cuidado numa perspectiva em que o profissional faça a distinção entre multi, inter e transdisciplinaridade, bem como o recebimento, por parte dos gestores, de suporte necessário para o desenvolvimento de ações transdisciplinares. As autoras observaram, após as entrevistas, que apenas dois dos quinze entrevistados referiram experiência anterior em saúde mental, apontando para a necessidade de rever a formação das equipes, considerando que as suas atividades incluem a busca ativa e o cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas.

⁶ Ao descrever sobre as produções encontradas utilizo-me das nomenclaturas apresentadas pelos autores, sendo que no momento em que o texto é de minha autoria utilizo o termo população em situação de rua ou pessoas em situação de rua, conforme justificado nesta tese.

Mesmo que grande parte da equipe não tenha formação em saúde mental, os mesmos acreditam que o cuidado ao indivíduo em situação de rua, além da competência técnica do profissional, depende de suas qualidades humanas, solidariedade e intencionalidade para compreender a pessoa a ser cuidada e para que este cuidado seja prestado de acordo com as suas necessidades. As principais ações realizadas pela equipe giram em torno de ações de educação em saúde numa perspectiva problematizadora, conforme escritos de Paulo Freire; consideram o contexto dos sujeitos atendidos e pautam-se na lógica de redução de danos e numa perspectiva intersetorial (SILVIA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

De acordo com os resultados da pesquisa, a estratégia do Consultório de Rua ainda é incipiente e suas ferramentas de trabalho são pautadas nas políticas públicas, planejadas com o propósito de uma assistência integral à população. As autoras concluem que é necessário ampliar a proposta dos CR para atender à demanda de rua, bem como investir em recursos humanos especializados com formação em saúde mental e saúde coletiva, e ainda, na educação permanente em saúde, para atuar junto às pessoas em situação de rua, intensificando o trabalho nas comunidades com os demais atores sociais.

Pacheco (2014) no texto “Políticas públicas e capital social: O projeto Consultório de Rua” que estudou o Projeto Consultório de Rua da cidade de Fortaleza – Ceará teve como objetivo refletir sobre o mesmo enquanto um equipamento das políticas de saúde, com prática social inclusiva à população em situação de rua. Na pesquisa foram analisadas as categorias capital social e *habitus*, considerando-as como temáticas transversais na prática dos profissionais do CR, por meio de aporte teórico em Pierre Bourdieu. Nesse sentido, a autora reflete no texto sobre a modernidade e suas conseqüências, bem como as influências sobre a participação da sociedade em geral, tendo em vista a fluidez, a instantaneidade e a desintegração social, que operam como forma de manutenção/intensificação de relações de poderes.

A pesquisa apresenta algumas considerações sobre capital social e *habitus*, sendo que o primeiro se estabelece na relação entre indivíduo, sociedade e natureza. De acordo com Pacheco (2014), baseada nas reflexões de Bourdieu, a lógica própria dos relacionamentos delimitados no campo social constitui o *habitus*, que sofre influências pelo tipo das posições sociais no campo frente as regras práticas de ação, reproduzindo estruturas sociais na própria ação. Pacheco reconhece as tensas relações no campo, considerando a histórica construção de

imagens, o lugar atribuído e o próprio corpo dos sujeitos que vivem nas ruas. Mesmo na dureza deste cenário, na atuação do CR é possível estabelecer vínculos relacionais flexíveis, não autoritários, entre os indivíduos, em meio a uma rígida construção sócio-histórica. Nesse sentido, o CR segundo a autora, transita e atua em meio a dialética do processo de inclusão/exclusão das pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, bem como se insere num campo social de disputa constante com outros atores e instituições exercendo ações que buscam a integralidade.

As ações do CR são planejadas em interface com os saberes referentes às ciências sociais, medicina preventiva, saúde pública e coletiva, antropologia, dentre outros, conformando um campo com relações de poder socialmente delimitadas a partir da correlação entre as forças historicamente estabelecidas na sociedade. Pacheco (2014) considera que diante dos processos globais fragmentados, sugerem-se novas inter-relações do indivíduo na sociedade, no qual o uso abusivo de drogas se constitui como um *habitus* que se relaciona mais aos aspectos socioculturais do que a própria natureza das substâncias.

Por fim, a autora chama atenção para que a prática do CR leve em consideração a heterogeneidade dos modos de consumo, bem como as razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e as visões de mundo que o sustentam. Considera ainda importante o conhecimento dos processos sócio-históricos do território de atuação, bem como a análise da trajetória dos indivíduos para os quais deseja contribuir com a saúde e a vida. Segundo Pacheco (2014), essa compreensão sobre modo de atuar e relacionar-se, que intervém com o sujeito e não sobre o sujeito, desconstrói o saber particularizado ao estabelecer uma relação dialógica e considera os aspectos biopsicossociais.

Londero, Ceccim e Bilfbio (2014) ao analisar os diários de campo de trabalhadores de um CR vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, problematizam as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho. Afirmam que muitas vezes destoam-se entre si, concretizadas por ações programadas de rastreamento e autoridade moral sobre pessoas com vida na rua e as ações disruptivas do modelo urbano de cidade saudável e segura, para uma forte inclusão de pessoas que, por variados motivos, levam esse tipo de vida.

Os autores afirmam que no campo das drogas, pode-se atuar ou desenvolver intervenções segundo dois grandes modelos: um de abordagem prescritiva e outro de abordagem participativa, sendo que

ambos se expressam claramente nas diferentes práticas vigentes na atual conjuntura brasileira. Dentro desse campo, o CR desponta como um dispositivo criado para produzir cuidado às populações em situação de rua, parte da rede de saúde e intersetorial, no intuito de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua a partir da lógica da RD. Refletem ainda, sobre o Consultório de Rua como um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. Nesse sentido, coloca o sistema de saúde em xeque ao trazer à tona um tipo diverso de população, que problematiza os modos estruturados de produzir saúde e as características das redes utilizadas na organização dos serviços e suas prioridades (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

A partir da experiência em Fortaleza, a pesquisa aponta que tal população não necessitava de atenção apenas na abordagem quanto ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, mas, de cuidados em saúde de maneira ampliada devido aos agravos decorrentes da situação de rua. Os autores descrevem o CR como um dispositivo que atua sobre o inesperado e rompe com as lógicas prescritivas, pois as produções de cuidado são pensadas nas singularidades dos sujeitos atendidos a partir de seus contextos de vida. Na produção de cuidados, é difícil delimitar um foco, pois, as pessoas em situação de rua apresentam muitas necessidades, mas é possível construir com o sujeito aquilo que é a prioridade no momento, este cuidado, segundo Londero, Ceccim e Bilibio (2014), deve ser aparado pela lógica da RD e de um cuidado-alteridade. No olhar dos autores, o cuidado-alteridade pode ser pensado como um meio de cuidar e estar ao lado do sujeito a ser cuidado, respeitando suas características e valorizando-o como sujeito parte do processo e construído socialmente.

Os autores expressam que o CR necessita adentrar e respeitar o tempo do outro, fugindo das lógicas prescritivas comuns no campo da saúde, na possibilidade de oferecer uma composição de cuidados, alicerçadas pelo instante vivido/apreendido e pela sensibilidade dos profissionais na relação com o sujeito.

Tondin, Neta e Passos (2013) ao analisar o CR por meio de sua intervenção aos usuários de drogas em situação de rua objetivou descrever, compreender e interpretar a experiência vivenciada na construção e instituição do CR no município de Cuiabá, estado do Mato Grosso. Buscou ainda conhecer seus processos, dificuldades, perspectivas e possibilidades, compreendendo em que sentido e em que medida a estratégia clínica deste serviço de saúde pode realizar ações

educativas preventivas e de enfrentamento ao uso/abuso e dependência de drogas por pessoas em situação de rua. O estudo propõe a compreensão do CR como dispositivo de garantia dos direitos fundamentais aos cuidados de saúde desta população em maior vulnerabilidade.

Os autores refletem sobre o consumo de drogas articulado ao mundo capitalista, onde o ter é mais importante que o ser, numa composição de prazer e imediaticidade, questões valorizadas em tempos de capitalismo globalizado. Ao relatar sobre o uso de drogas e a situação de rua, afirmam que a exclusão social, produzida na sociedade contemporânea, levam os sujeitos para os espaços públicos, sendo que o uso de drogas aparece principalmente como possibilidade de aumento do prazer, alívio de dores, materializado-se como uma estratégia de sobrevivência.

A partir da pesquisa apontou-se que o CR é um serviço que se constituiu gradativamente como referência para as pessoas atendidas, com suas peculiaridades de atuação específica, configuradas no ato de cuidar e escutar a partir do espaço de vida dessa população. De acordo com os autores, um dos resultados mais importantes do estudo é a constatação que o CR se constitui como uma possibilidade de garantia aos direitos e respeito aos usuários de drogas em situação de rua (TONDIN, NETA e PASSOS, 2013).

Outra particularidade analisada pelos autores refere-se a clínica exercida pelo Consultório no espaço da rua, uma clínica do inusitado, que particulariza cada situação atendida no instante em que esta surge como uma demanda emergente no tempo e espaço de cada usuário do serviço, muitas vezes atravessadas por questões difíceis como rupturas sociais severas, rompimentos afetivos e problemas ligados ao tráfico e à violência, todos estes problemas em geral, são mediados pelo uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas.

De acordo com Tondin, Neta e Passos (2013), no CR pesquisado, as ações de cuidado estavam baseadas em pressupostos da RD, contribuindo com um olhar singular sobre as causas de seu sofrimento, os possíveis riscos e danos a que estão sujeitos, afastando-se de posturas preconceituosas, estereotipadas em relação ao usuário de drogas. As ações buscavam promover reflexões sobre o lugar/posição que a droga ocupa na vida dos sujeitos atendidos. Nesse sentido, a Redução de Danos opõem-se à chamada guerra contra as drogas, movimento que parece prevalecer nas ações de enfrentamento ao uso abusivo de drogas,

encampado por muitos políticos, gestores e sociedade civil, diferentes da direção instituída pelo CR de Cuiabá.

No olhar dos pesquisadores, a partir da experiência do Consultório de Rua, numa percepção atenta aos movimentos de autocuidado e de cuidado dos outros, a RD forma multiplicadores em educação popular, uma proposta transformadora vivenciada pela equipe e os usuários de drogas em situação de rua de maneira emancipatória. Acreditam que este parece ser um primeiro passo para uma valorização das pessoas e suas futuras escolhas que apontem para qualidade de vida. Nesse contexto, afirmam que a RD se apresentou como um jeito ético de cuidar e respeitar os sujeitos atendidos pelo CR, não se limitando às ações tradicionais de educação em saúde, mas num processo político-pedagógico que a partir do contexto das pessoas, refletia sobre as determinações subjetivas do uso de drogas e em suas expectativas de vida (TONDIN, NETA e PASSOS, 2013).

Ao apresentar o processo de implementação do CR no município de Maceió, estado de Alagoas, a partir dos relatos de experiências da equipe atuante no projeto e por meio da perspectiva do construcionismo social, Jorge e Corradi-Weber (2012) analisam este processo mapeando as razões que caracterizam o sucesso da experiência, as articulações realizadas, as posturas da equipe que contribuem para o sucesso, o aprendizado da prática e os desafios enfrentados na implementação do CR. De acordo com os autores, o projeto nasceu a partir da formação de um grupo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde da cidade, que após uma experiência inicial enviou um projeto concorrendo ao primeiro edital lançado pelo Ministério da Saúde para financiamento de projetos de CR no Brasil (JORGE, CORRADI-WEBSTER, 2012).

Sobre as razões que caracterizam o sucesso da experiência foram apresentados alguns fatores: o levar a clínica para a rua; a construção do vínculo possibilitado por relações baseadas na confiança, no diálogo, no respeito e na valorização do usuário enquanto pessoa, sendo que este fator também facilitou o acesso aos equipamentos sociais e de saúde e a aceitação dos procedimentos ofertados aos usuários; a constituição de parcerias intra e interinstitucionais; a utilização da RD como uma diretriz do cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, favorecendo a aproximação dos reais desejos e necessidades das pessoas atendidas. As articulações se constituíram intra e intersetorialmente com vistas à efetivação de uma atenção integral e continuada à saúde. Já sobre as posturas da equipe, percebeu-se durante a pesquisa que se constituíram de forma humanizadas e éticas, norteadas pela lógica da

RD, traduzidas no acolhimento, sigilo, respeito às singularidades e escolhas das pessoas atendidas. A equipe torna-se co-responsável pelo cuidado, tendo em vista que as posturas apresentadas pela equipe sinalizam sobre o compromisso ético de produção e defesa da vida, como elemento essencial para as práticas em saúde, sendo estas orientadas pelos princípios e diretrizes da clínica ampliada e singular (JORGE, CORRADI-WEBSTER, 2012).

Já os aprendizados na prática foram apontados pela equipe a construção de práticas baseadas na ética e na cidadania, o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, o respeito ao tempo dos usuários, bem como motivação para a mudança e o fazer-se disponível ao outro.

De acordo com Jorge e Corradi-Webster (2012) os desafios enfrentados na implementação do CR a partir da pesquisa foram: a efetivação das articulações intersetoriais, a superação de preconceitos e estigmas associados as pessoas que fazem uso de drogas e/ou que estão em situação de rua, poucos agentes redutores de danos tendo em vista a abrangência e complexidade das ações realizadas, a falta de formação de recursos humanos voltados para o trabalho em RD, e a garantia de recursos materiais imprescindíveis, como veículo próprio e insumos de prevenção e RD.

As experiências relatadas e as práticas discursivas construídas pela equipe no cotidiano do CR refletem um alinhamento aos princípios e diretrizes das atuais políticas públicas orientadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas a Política para Atenção Integral a Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, Política Nacional de DST/AIDS, a Política de Humanização e a Política de Atenção Básica. Por fim, acreditam na importância da constituição de uma equipe interdisciplinar dedicada exclusivamente a proposta do Consultório de rua (JORGE, CORRADI-WEBSTER, 2012).

Baseada em documentos relacionados a Projetos de CR do SUS no Brasil, no período de 2010 a 2011, o trabalho de Cazanova (2012) buscou evidenciar de que forma o princípio da integralidade se apresenta na legislação e demais documentos sobre o CR, considerado um novo dispositivo de atenção integral às pessoas em situação de rua, usuárias ou dependentes de crack, álcool e outras drogas. A pesquisa realizada utilizou-se do método dialético-crítico, da técnica de análise textual baseada em Bardin, sendo utilizado ainda um software lexicométrico

como ferramenta auxiliar, preceitos da netnografia e da análise de som e imagens (CAZANOVA, 2012).

De acordo com Cazanova (2012), compuseram o corpus de análise da pesquisa: o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010/2011), 4 projetos institucionais submetidos ao Ministério da Saúde, 2 perfis de rede social virtual de internet e 77 notícias sobre Consultório de Rua no período de 2010 a 2011, sendo que o autor realizou sua análise a partir de cinco dimensões para o trabalho em saúde propostas por Giovanella et al (2002).

Os resultados da pesquisa demonstraram que é possível identificar elementos de integralidade nos documentos analisados que tratam sobre o Consultório de Rua. Constata-se, contudo, que em alguns materiais ocorre concomitantemente a presença de elementos que favorecem e outros que comprometem a visualização do princípio da integralidade. De acordo com o autor, nas notícias de jornais prevalece a ausência de elementos de integralidade, em contrapartida é considerável a presença do ideário repressivo. Nos perfis de internet, bem como nos documentos institucionais, é possível identificar a presença de maior número de critérios de integralidade, extrapolando, inclusive, a dimensão da abordagem (CAZANOVA, 2012).

O trabalho de Pacheco (2013) por meio de uma pesquisa qualitativa teve como objetivo analisar a Política de RD na prática dos profissionais do Projeto CR, no município de Fortaleza, Ceará. A autora identificou que nas práticas em saúde realizadas pelo CR da cidade pesquisada prevalece o modelo de atenção psicossocial, sendo que este se caracteriza pelo distanciamento da imposição de condutas e delimitações dos enquadres terapêuticos, buscando efetivar a cidadania e inclusão social aos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua (PACHECO, 2013).

O CR de Fortaleza - Ceará, em suas abordagens de rua destinava suas ações para a população vulnerável socialmente, estabelecida em espaços ambientalmente frágeis, caracterizados por áreas de risco, favelas, cortiços e vazios urbanos. Segundo a autora, as abordagens dos profissionais confirmam uma tendência para práticas terapêuticas com enfoque na perspectiva da RD. Observou-se uma fragmentação da integralidade na rede local de saúde, principalmente na comunicação entre as diferentes instituições sociais e de saúde durante as intervenções diretas com base psicossociobiológica (PACHECO, 2013).

Pacheco (2013) afirma que as práticas terapêuticas em saúde desenvolvidas pelos profissionais se adéquam ao inesperado e

improvisado, durante a troca entre conhecimento científico e popular no cotidiano urbano, demonstrando a prevalência de abordagem e práticas terapêuticas flexíveis no Projeto CR de Fortaleza. A autora finaliza o texto apontando a necessidade de elaboração de uma política de formação permanente para os trabalhadores do CR, com fins de que estes transponham suas limitações e dificuldades na atuação com a população atendida.

No primeiro trabalho publicado sobre o CR Oliveira (2009) relata e experiência de Salvador com o objetivo de analisar tal serviço enquanto uma prática de saúde que se propõe a atuar em contextos de risco psicossocial e uso de drogas entre jovens. A pesquisa se caracterizou como um estudo de caráter qualitativo, que utilizou como procedimento a narrativa da experiência, por um viés autobiográfico.

Segundo Oliveira (2009) a experiência do CR de Salvador aponta para a contribuição na formação daqueles que atuam neste dispositivo, se caracterizando como uma experiência transformadora para os profissionais e ao mesmo tempo oferta um serviço especializado, sensível e aberto para acolher a experiência humana. Além destas faces, a autora ainda reforça o caráter político do dispositivo, ao reconhecer a não efetivação do princípio da universalização da saúde, presenciada principalmente nas populações mais excluídas e vulneráveis, dentre elas a população atendida pelo Consultório de Rua.

Oliveira (2009) discute o CR frente às reflexões de Lancetti (2006) sobre uma possibilidade de clínica no campo da saúde mental, que oferece possibilidades terapêuticas por funcionar/operar no meio aberto e em que o indivíduo pode encontrar, nas situações externas cotidianas (ambiente familiar e sociocultural), as oportunidades de trabalho clínico-terapêutico. Nesse sentido, discute uma clínica do movimento, para aqueles que não se adaptam aos modelos clínicos tradicionais. A desterritorialização do *setting* possibilita a criação de outras formas de “engate terapêutico”. Dentre essas práticas peripatéticas⁷, inclui a estratégia de RD como um exemplo de trabalho endereçado aos usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados socialmente (OLIVEIRA, 2009).

Ao se defrontar com as características e especificidades da PSR, de acordo com Oliveira (2009), o CR incorpora a RD como uma premissa do seu modo de atuar. Nesse sentido, a RD é utilizada como

⁷ A discussão sobre o que Lancetti chamou de Clínica Peripatética está disponível em seu livro “Clínica Peripatética” lançado em 2011 pela editora Hucitec, disponível nas referências desta tese.

tática de aproximação, como técnica de abordagem das questões relacionadas ao uso danoso das substâncias psicoativas e como uma maneira de favorecer a intervenção mais aprofundada dos aspectos subjetivos do sujeito. Revela tal como sugere Lancetti (2006), a potencialidade clínica da RD, o que reforça o CR como dispositivo clínico que atua na perspectiva da integralidade do atendimento.

A atuação do CR privilegia a escuta aguçada dos sujeitos, a construção de um laço com a população atendida, oferecendo respeito às diferenças e não silenciando a voz dos sujeitos atendidos. Nesse sentido, o CR tem oferecido atenção e ofertado cuidados para uma população que necessita ser incluída e cuidada, a partir de suas singularidades e que em geral não acessam o sistema tradicional de saúde. Portanto, a autora, sugeriu em sua pesquisa que o CR de Rua possa ser incorporado à rede de saúde institucional, em caráter permanente, bem com recomenda uma maior integração com a Estratégia de Saúde da Família (OLIVEIRA, 2009).

Na pesquisa que realizei no mestrado, no ano de 2013, na cidade de Florianópolis/SC estudei as pessoas em situação de rua, o uso de drogas e o CR da cidade, para isto, entrevistei quinze pessoas em situação de rua, observei espaços freqüentados por estas pessoas e analisei documentos construídos pela equipe do CR, dentre relatórios de atividades, diários de campo, etc (ABREU, 2013).

Utilizei a técnica da Análise de Conteúdo e a partir dos dados colhidos em campo e nos documentos pesquisados emergiram 4 núcleos temáticos, sendo eles: Uso de drogas e situação de rua; Consultório de rua e Atenção psicossocial; Limites, potencialidades e possibilidades do Consultório de Rua; e Inclusão e exclusão das pessoas em situação de rua. A partir de análise das falas e conteúdos dos documentos sobre o CR, os resultados evidenciaram uma maior presença de homens adultos em situação de rua, em geral possuem baixa escolaridade e grande parte estão afastados de suas casas há mais de 5 anos. Todos já usaram pelo menos um tipo de droga, sendo o álcool a droga mais consumida, seguida do tabaco, cocaína, crack e maconha. A partir da pesquisa foi possível inferir que existe uma relação do estar na rua e fazer uso de álcool e/ou outras drogas, sendo este, tanto um fator que contribuiu para a saída de casa em direção as ruas, como algo que se mantém e se sustenta no espaço da rua. Este uso/abuso de drogas vem acompanhado de vários significados, dentre eles, o de lidar com a dependência da droga, para esquecer situações difíceis que marcaram suas vidas, como

forma de suportar o presente, incluindo neste, o de se ver em situação de rua (ABREU, 2013).

Dos 15 entrevistados, apenas 4 conheciam o Consultório de Rua, sendo que estes conheciam pouco suas atividades. As principais atividades realizadas pelo Consultório de rua foram os atendimentos individuais por meio de acolhimentos e as escutas, orientação para cuidados de saúde e encaminhamentos para a rede de saúde e assistência social. Nestas ações está incluída a RD, importante estratégia para o desenvolvimento de ações junto à população que faz uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. A RD ainda contribuiu com um olhar singular sobre as situações, possibilitando a construção de caminhos mais coerentes para aqueles que no seu dia a dia fazem uso de drogas. Nesse sentido, aparece como uma forma de cuidado, e como diria Lancetti (2011), uma forma de “ampliação da vida”.

O Consultório de rua contribuiu no acesso a saúde para a população entrevistada, mas ainda de forma muito irregular, segundo a pesquisa ficou evidente que os sujeitos acessam os serviços de saúde, mas não conseguem estabelecer vínculos capazes de instituir um cuidado sistemático com sua saúde. Percebeu-se uma relação próxima entre o CR e os serviços da Política de Assistência Social, principalmente do Centro de Referência especializado para a população em situação de rua da cidade, o Centro Pop. Em alguns momentos houve por parte da equipe do CR a experimentação de trabalhos de caráter intersetorial, mas ainda de forma muito inicial (ABREU, 2013).

Diferentes significados foram atribuídos ao Consultório de Rua do SUS por seus usuários na pesquisa realizada. Para uns, o Consultório de Rua é lugar de cuidado e acolhimento, de gente que escuta e entende suas singularidades. Para outros, é um dispositivo desconhecido, que nunca foram atendidos, sequer ao menos ouviram falar. No olhar de outros, é uma “agulha no palheiro”, é pouca ação para muita gente na rua, conforme descrito por Abreu (2013).

Pode-se considerar que em certa medida o CR da cidade atuou amparado pelo conceito de atenção psicossocial, pois como relatado no diário de campo de uma das equipes, o mais importante não era estabelecer diagnósticos, e sim olhar para cada situação e tentar compreendê-la a partir de seus próprios dados, aproximando-se de um olhar singular. Além disso, foram privilegiadas formas de cuidado no próprio território, não executando condutas de caráter asilar e de afastamento desses sujeitos, como preconizam os tratamentos em Comunidades terapêuticas, Clínicas fechadas e Hospitais psiquiátricos.

A atenção psicossocial prevê um trabalho no território, com os sujeitos e instituições de diferentes setores, buscando contemplar a complexidade das questões envolvidas diante o uso de álcool e outras drogas e do estar em situação de rua (ABREU, 2013).

A partir desta pesquisa apontei alguns limites do CR, dentre eles estavam a pequena equipe e carga horária reduzida para atuar neste serviço, já que se constituíam das equipes dos dois CAPS Ad da cidade, a falta de capacitação de alguns profissionais para o trabalho com tal público, a rede de assistência fragilizada e carro não adaptado para as atividades. As potencialidades do CR estavam relacionadas a presença dos agentes redutores de danos nas equipes, a facilidade de alguns profissionais se aproximarem das pessoas e suas realidades e oferecer escuta, acolhimento e orientações gerais. Outra importante potencialidade foi a contribuição deste serviço para o acesso a rede de saúde por parte dos sujeitos. Nesse sentido, buscou encontrar formas de propiciar um melhor acesso para os sujeitos às redes de atenção, seja ela da saúde, assistência social, educação, dentre outras, contatos estes que perdurem e sejam capazes de instituir em suas vidas novas possibilidades de (con)viver numa sociedade que os cria, mas não os aceita.

Portanto, de acordo com esta pesquisa, o Consultório de Rua, caminha na direção de se constituir como um dispositivo de cuidado e atenção à PSR que faz uso de álcool e outras drogas, necessitando de maiores investimentos para que seja mais conhecido e difundido na cidade pesquisada (ABREU, 2013).

Tondin (2012) ao discutir o CR como uma perspectiva de intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua procurou compreender e descrever em que sentido e em que aspectos a estratégia clínica do CR realiza ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso/abuso e dependência de drogas por pessoas em situação de rua.

Ao contextualizar as ações desenvolvidas no CR da cidade de Cuiabá, estado do Mato Grosso, percebeu-se que a Redução de Danos não se limitou a troca de materiais preventivos como realizado inicialmente nos programas de prevenção à AIDS, constituindo um processo político-pedagógico numa perspectiva de educação popular de rua, na escuta sensível destas pessoas pelos profissionais, sendo que conseguiram em muitos momentos, intervir sobre as determinações subjetivas do uso de drogas e em suas expectativas de vida. De acordo com a autora, a RD contribui na produção de reflexões críticas sobre as

formas de vida e os padrões de uso, favorecendo a implicação do sujeito em seus atos, através da fala que traz seus significados e produz novas resignificações de existência (TONDIN, 2012).

A partir da pesquisa realizada, Tondin (2012) afirma que a proposta do CR se mostrou adequada ao propósito de atender a PSR que faz uso de drogas, estando em consonância com as Políticas Públicas de Saúde do SUS, mas principalmente com as necessidades encontradas nesta população. O CR se constitui como uma prática de cuidado inovador e que respeita os direitos humanos básicos fundamentais das pessoas em situação de rua. Além disso, este dispositivo contribuiu também para a formação profissional e pessoal de seus trabalhadores.

De acordo com Tondin (2012), uma das características fundamentais das ações do CR é a constituição do vínculo com as pessoas, sendo que isto somado a oferta de cuidados em saúde, orientações e escutas terapêuticas mostrou-se como base fundamental para as intervenções do serviço. Ainda aponta que a clínica do CR baseia-se em intervenções não previsíveis, constituindo-se como uma clínica do inusitado e extremante complexa em sua essência.

Ao final da pesquisa a autora sinaliza expectativas para que haja aprovação de novas equipes de CR e que o mesmo torne-se um Programa de Saúde Pública no Município. Nesse sentido, aponta que o mesmo ainda necessita de melhor compreensão e apoio por parte dos gestores estaduais e municipais, tendo em vista a necessidade de investimento neste serviço que se mostrou essencialmente humano e necessário (TONDIN, 2012).

Ao discutir a experiência do CR na perspectiva dos profissionais que atuam neste serviço na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Souza, Pereira e Gontijo (2104) descrevem a história do CR, lembrando que sua origem sofre influência dos denominados “Banco de Rua”, existentes em Salvador entre 1988 a 1990. Os Bancos de rua, ao agregar os conhecimentos da RD e a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) com jovens em situação de rua envolvidos com uso/abuso de álcool e outras drogas, retomaram suas ações por volta de 1995, sendo mais tarde denominados Consultórios de Rua.

O CR se constituía como uma porta de entrada ao sistema de saúde, oferecendo cuidados básicos de saúde, orientação, prevenção, assistência e tratamento, sendo estas ações direcionadas de acordo com as particularidades dos sujeitos atendidos. A pesquisa apontou que os principais objetivos do serviço foram: orientações à toda população

sobre o uso abusivo de drogas, acesso a serviços de saúde e rede intersetorial, com ênfase nos usuários de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua, realizando ainda, o monitoramento das áreas de vulnerabilidade social.

Com relação ao público atendido, o CR nesta experiência em Recife, concentrou-se no atendimento aos adolescentes de 14 à 18 anos em situação de rua, mas em alguns momentos atendeu outras faixas etárias, sendo que a grande maioria do público atendido relatou uso de álcool e outras drogas. As demandas dos usuários do CR eram diversas, desde informações sobre os serviços da rede de proteção social, auxílio no transporte para tratamento em CAPS, apoio no acesso a marcação de consultas e atendimento nas unidades de saúde, até a obtenção de documentos pessoais (SOUZA, PEREIRA e GONTIJO, 2014).

Antes de ir para campo, a equipe do CR se reunia para planejar, na qual definia as estratégias de ação. Ao sair a campo mapeava o território por meio de visitas e observação dos locais. A equipe que atuava no CR afirmou ter momentos semanais de estudo sobre questões pertinentes ao trabalho, supervisão e discussão em grupo sobre as atividades cotidianas. Após o mapeamento das áreas que seriam visitadas pelo Consultório de rua, de acordo com Souza, Pereira e Gontijo (2104) o CR realizava as primeiras aproximações e intervenções junto ao público, no qual profissionais iam até os locais e por meio de atividades lúdicas realizavam os primeiros contatos com os usuários. Esse primeiro momento é caracterizado como abertura de campo, no qual os profissionais identificam as lideranças do grupo ou comunidade e solicitam seu apoio para que a equipe se instale no território, procurando não ser invasivo ao território do outro.

O CR informa aos seus usuários sobre os locais de tratamento para uso de drogas, sendo que também são realizadas ações de RD, entrega de preservativos e outros insumos para a prevenção das DSTs, ações de atendimento básico em saúde, sendo estas principalmente da área da enfermagem, como verificação de sinais vitais, de pressão arterial, HGT (teste de glicemia) e realização de curativos. Além disso, a equipe do CR de Recife realizou encaminhamentos aos diferentes serviços da rede intersetorial, bem como contribuiu na sensibilização de outros profissionais para atendimento a PSR nos diferentes serviços. Os autores identificam algumas dificuldades no trabalho como: questões como periculosidade de alguns locais de atuação, principalmente devido ao tráfico de drogas, a resistência e desistência de alguns usuários, a

falta de capacitação e contratação de profissionais, bem como de materiais para o desenvolvimento do trabalho cotidiano.

Queiroz (2015) buscou investigar o *modus operandi* dos profissionais do CR de Salvador - Bahia, de modo a compreender a relação entre o arcabouço teórico, técnico e pessoal com o seu fazer. Ao referir sobre a proposta do CR, Queiroz (2015) afirma que o mesmo emerge como uma proposta de cuidado contra hegemônica no que concerne o paradigma da assistência a usuários de drogas na medida em que acolhe, como norteador, a estratégia da RD, considerando que o contexto cultural e assistencial no Brasil predominantemente se baliza pela lógica da abstinência e guerra às drogas.

Na mesma direção, o CR propõe-se a ser uma ponte e mediador entre o usuário e a rede de atenção e proteção, bem como apresenta-se de forma a ser um ponto de ancoragem onde a PSR possa encontrar porto, contribuindo ainda nas relações entre usuário-profissional e usuário-rede, tendo em vista as dificuldades de acesso e comunicação entre ambos. Ao conquistar este lugar, percebe-se que o CR ocupa um papel estratégico e singular no âmbito da assistência a usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, e que a equipe nesse contexto assume grande relevância, considerando que as ações são realizadas através desse capital humano (QUEIROZ, 2015).

Na pesquisa realizada com cinco profissionais do CR, a autora argumenta que o trabalho neste serviço possui dimensões com as quais as profissionais terão obrigatoriamente que lidar e a partir daí construir, à sua maneira, o *modus operandi*. Sendo estas: 1. A flexibilização da atividade, 2. O trabalho em equipe multiprofissional e 3. O trabalho na rua. A partir destas dimensões, de acordo com a autora, percebe-se que cada profissional imprime uma personalidade e um jeito de fazer. Isto é produto da formação técnica-profissional de cada sujeito, adensada de suas trajetórias (pessoais e profissionais) e suas características pessoais intersubjetivas, que implica no “seu corpo biológico, seus recursos cognitivos e afetivos e da sua disponibilidade psíquica” (QUEIROZ, 2015, p.103).

Ainda no contexto do trabalho cotidiano, as profissionais entrevistadas afirmam que seus principais instrumentos de trabalho são a empatia, o vínculo, a entrega e a persistência, características estas consideradas pessoais e intersubjetivas, mas que segundo Queiroz (2015) compreendem também uma dimensão técnica, constituindo-se como uma instrumentalização técnica da subjetividade exercida no contexto da rua.

1.1.1 Consultório de Rua: apontamentos sobre a pescaria

Diante dos diferentes estudos realizados sobre o CR do SUS no Brasil, apresentados neste trabalho, pode-se afirmar que os diferentes autores que se debruçaram sobre as experiências e/ou análise de projetos e documentos deste dispositivo sinalizam para uma constituição repleta de fundamentos alicerçados pelas diferentes disciplinas, como sociologia, antropologia e saúde coletiva.

Das publicações que descrevem a história do CR todas sinalizam que o mesmo nasceu em Salvador a partir da experiência do CETAD/UFBA, com ações direcionadas às crianças e adolescentes em situação de rua e uso de drogas. Afirmam também que o mesmo se consolida na convergência das ações de RD e das iniciativas dos programas de saúde da família sem domicílios e/ou banco de rua, baseando-se num olhar ampliado sobre a saúde e determinação social do uso de drogas.

O Consultório acontece na rua, contexto social de seu público alvo. Atua a partir de uma noção de território geográfico e existencial⁸. Sua perspectiva clínica está ancorada num trabalho diferenciado do que costumeiramente a saúde da família tem realizado no Brasil, pois sua intervenção se operacionaliza no espaço aberto da rua, sem mesas e cadeiras postas, sem paredes para dividir o espaço, e definir poderes. É

⁸ De acordo com LIMA e YASUI (2014) as relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de “território existencial”, que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver. No olhar de Macerata (2015, p. 45) Território existencial “marca um meio onde se vive, mas também um espaço expressivo, onde se expressa uma estética de vida... Um ponto de singularização e expressividade de processos de subjetivação. O território existencial se produz por meio do agenciamento coletivo e impessoal de componentes que se constituem em formas-estados complexos. Esse agenciamento faz emergirem formas individuais e/ou coletivas de territórios existenciais autorreferenciais, que constituem um corpo individual e/ou coletivo que pode ser observado, que pode ganhar nome: um sujeito, um grupo, uma cultura”. Macerata, baseado em Guatarri (1992) afirma que esses corpos estarão sempre em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade também subjetiva, também em movimento. Nesse sentido, o território existencial é espaço onde se configuram paisagens existenciais materiais e imateriais, espaço relacional de onde advém sujeitos e formações subjetivas. Portanto, território existencial é o plano de expressão de uma existência (MACERATA, 2015).

uma clínica do instante, do inusitado, daquilo que é demanda do sujeito no momento do atendimento. Nesse sentido, não prevê por parte dos profissionais o enrijecimento nas ações, não permitindo o trabalho a partir de protocolos e ações deterministas, embora isso possa se fazer presente em algumas intervenções, considerando as diferentes formações pessoais e profissionais dos sujeitos que atuam no serviço.

A clínica se fundamenta na atenção psicossocial e numa perspectiva de clínica ampliada e compartilhada. A Clínica pensada para o CR nas diferentes experiências assume um papel de cuidado-alteridade, reconhecendo o sujeito numa relação dialógica, como único e singular. Acredita assim, que é ele (o sujeito) portanto, que deve/pode direcionar a escolha da terapêutica diante de suas demandas. Nesse sentido, a clínica do CR atua numa tentativa de respeitar a integridade e trabalhar intersetorialmente, encontrando algumas dificuldades junto ao diferentes sujeitos e instituições que são acionadas diante da execução do trabalho, bem como a limitação e ausência de serviços disponíveis no território.

A RD é a lógica e estratégia central do CR. Esta permite que os sujeitos façam suas escolhas e que seus direitos sejam respeitados. A RD se efetiva como uma forma ética de cuidar e respeitar as pessoas em situação de rua, numa relação cuidado-afeto. Relação que institui para além de um cuidado técnico a possibilidade de afetar e ser afetado pelo outro, demonstrando cumplicidade na ação do cuidado.

As ações do CR giram em torno de ações educativas e orientações em saúde, auto-cuidado, distribuição de insumos como preservativos, protetor labial, gel lubrificante, dentre outras, são enfatizadas ações de redução dos danos e riscos no uso/abuso de drogas e nas relações sexuais. Encaminhamento e/ou acompanhamento na rede de serviços de saúde, assistência social, justiça, educação, dentre outras. Escuta qualificada e acolhimentos no espaço da rua. Realização de oficinas com música, teatro e desenho, no qual a ludicidade torna-se forma de aproximação e abertura de possibilidades de expressão da vivência na rua. Roda de conversas sobre diferentes temas, e orientação e/ou encaminhamento para confecção de documentos, tendo em vista que muitas pessoas no trânsito da vida na rua perderam, foram furtadas ou mesmo nunca tiveram documentações pessoais.

É bastante presente nas publicações que a educação em saúde realizada pelos CR se constitui como ferramenta para proporcionar o exercício de cidadania para as pessoas em situação de rua, caracterizando-se como uma educação popular de rua e

problematizadora. Lugar este onde todos aprendem e educam, conforme os estudos de Carl Rogers e Paulo Freire, citados em alguns trabalhos.

As equipes que atuam no CR são formadas por diferentes profissões, sendo as mais comuns: Médicos, Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores/motoristas e Redutores de danos. Os estudos apontam que as equipes se esforçam para atuar numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, na busca de concretizar intervenções integrais e que ofereçam melhores condições de vida a população atendida. Grande parte dos trabalhadores do CR não teve experiência anterior ou teve pouco tempo de atuação no campo da saúde mental/álcool e outras drogas, o que muitas vezes dificulta a atuação diante da complexidade de vida da população que faz uso de drogas na rua. As equipes em geral não se capacitaram antes do início das atividades, sendo que poucos municípios desenvolveram cursos e eventos para formação dos profissionais. Algumas equipes possuem supervisão clínica ou coordenador para discutir as situações, aspecto que deve ser considerado como importante e fundamental para o trabalho de tais equipes, tendo em vista o grau de envolvimento necessário no trabalho com os Consultórios de Rua. O apoio institucional e de um profissional supervisor para a equipe tende a ser importante, pois atuar no ambiente da rua e com tal público, tendo em vista a complexidade dos fatores envolvidos, pode gerar sofrimentos, sentimentos de ambivalência, frustrações e outros sentimentos que não contribuem como o trabalho, podendo gerar adoecimento dos trabalhadores.

Por ser um trabalho diferenciado e complexo, grande parte das pesquisas sobre o tema afirmam que a experiência de atuação no CR é transformadora para os trabalhadores, considerando os sentidos, profissional e pessoal.

Na articulação das ações, em geral, os trabalhadores do CR tencionam a rede de serviços para a inclusão e acesso por parte da população em situação de rua, considerando que esta se constitui como um grupo que em geral não acessa ou acessa de forma muito irregular os serviços de atenção em saúde, bem como de outras políticas sociais. O público em geral do CR são pessoas em situação de rua que fazem uso/abuso de drogas, acessam o serviço com diferentes demandas, conforme apresentadas neste texto, e a partir disso, iniciam um trabalho de cuidado em saúde, alicerçado pela perspectiva da redução de danos.

A prática do CR ainda é vista como algo em construção e consolidação, sendo que muitos autores apontam necessidade de novos e

maiores investimentos, dentre eles uma equipe fixa e que atue exclusivamente neste serviço. As pesquisas em geral não refletem sobre a possível transição de CR para o CnR, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011. Alguns autores apontam apenas que esta modificação tende a garantir recursos financeiros para a contratação de uma equipe específica para tal atividade, bem como amplia o raio de ações para cuidados com a saúde em geral não focando em intervenções específicas sobre uso/abuso de álcool e outras drogas e saúde mental.

1.2 CONSULTÓRIO NA RUA: APRESENTANDO A PESCARIA

Início esta segunda etapa apresentando resumidamente, no quadro 2, as 12 publicações selecionadas sobre o tema Consultório na Rua - CnR, com as informações sobre os títulos e seu(s) objetivo(s), o ano e o tipo de publicação, a área de vinculação dos autores e sua vinculação institucional, para na sequência, descrever a pescaria e alguns apontamentos sobre o conjunto das publicações encontradas.

Quadro 2 – Publicações sobre Consultório na Rua no Brasil disponíveis no Scielo, LILACS e Banco de teses da CAPES.

Título do trabalho	Objetivo do trabalho	Tipo/ano de Publicação	Área de vinculação dos autores	Vinculação Institucional dos autores
Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Reflete sobre o acolhimento e a produção de cuidados destinados à população em situação de rua numa perspectiva socioantropológica, a partir de uma observação participante realizada junto a uma equipe de Consultório na Rua.	Artigo de periódico/ 2015	Saúde Coletiva/ Ciências médicas	Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Equipe “consultório na rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	Discutir as práticas de uma equipe Consultório na Rua (eCnaR) para PSR e usuários de álcool, crack e outras drogas de forma a efetivar um cuidado integral implementado segundo os atributos da APS e da Promoção da Saúde.	Artigo de periódico/ 2016	Ciências Sociais	Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	Compreender as práticas de cuidado de um Consultório na Rua, em Manguinhos/RJ, de forma a contribuir com o debate da Atenção Primária à Saúde para populações específicas.	Artigo de periódico/ 2015	Serviço Social/ Psicologia/ Saúde Coletiva	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa	Conhecer por meio da lexicografia básica, o vocabulário mais frequente no relato de uma semana típica de trabalho vivenciados pelos profissionais das equipes de Consultório na Rua de um município sul brasileiro.	Artigo de periódico/ 2016	Enfermagem	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
A Clínica nos Consultórios na Rua: Territórios, Coletivos, e Transversalidades	Pensar implicações que estão em jogo na clínica operada no âmbito das equipes de Consultório na Rua.	Artigo de periódico/ 2015	Psicologia/ Saúde Coletiva	Universidade Federal do Maranhão/ Universidade Federal Fluminense
Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais.	Analisar as concepções de cuidado que norteiam as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCnR) da área programática 1.0, da cidade do Rio de Janeiro	Dissertação de mestrado/ 2015	Saúde Pública	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP/FioCruz
Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um consultório na rua	Avaliar os efeitos do coletivo no Consultório na rua de Viamão – RS.	Tese de Doutorado/ 2014	Enfermagem	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Consultório na rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas	Investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, segundo percepções de profissionais do Consultório na rua do município do Goiânia e de pessoas atendidas pelo CR.	Dissertação de mestrado/ 2013	Psicologia	Universidade de Brasília
População em situação de rua tem sede de quê? Relato da implantação do Consultório na rua da cidade de Joinville.	Analisar o processo de implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville.	Dissertação de Mestrado/ 2015	Psicologia/ Saúde Mental	Universidade Federal de Santa Catarina
Crônicas urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias.	Investigar como um Consultório na Rua (CnR) tem se relacionado com os moradores de rua frente às atuais discussões sobre as políticas públicas para população em situação de rua no Brasil	Dissertação de Mestrado/ 2014	Educação em Ciências	Universidade Federal do Rio Grande
População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro.	Compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais do consultório na Rua da Clínica da Família Victor Valla, localizada na região de Manguinhos, na Cidade do Rio de Janeiro.	Dissertação de Mestrado/ 2013	Saúde Pública	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP/Fiocruz
Saberes ideológicos e instrumentais dos	Identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam os	Dissertação de Mestrado/	Enfermagem	Universidade Federal do Paraná

profissionais que atuam no Consultório na rua: subsídios para elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico	processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes do Consultório na Rua e elaborar proposta de funcionalidade no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Curitiba com base nos saberes dos profissionais que atuam nessas equipes.	2015		
--	---	------	--	--

Esta segunda etapa tem como objetivo descrever, a partir das publicações encontradas, os principais pontos sinalizados nas pesquisas sobre a recente experiência do Consultório na Rua (CnR), agora vinculado a Política Nacional de Atenção Básica. Inicialmente, podemos referir que as produções são bastante recentes, ainda em número pequeno, mas em expansão nos últimos anos, apontando certo interesse dos pesquisadores de diferentes setores e universidades com a prática desenvolvida pelas equipes atuantes nas diversas cidades brasileiras, bem como no exercício de reflexões teóricas sobre o assunto. Assim, nos mesmos mares navegados para identificar e conhecer as produções sobre o CR foram encontradas doze publicações disponíveis para acesso on-line sobre o tema, apresentadas na sequência.

Ao descrever sobre a experiência do CnR de Manguinhos – RJ, Engstrom e Teixeira (2016) reconhecem um grande avanço nas políticas brasileiras destinadas à saúde das populações em situação de rua, principalmente com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool outras drogas e o PEAD, no qual instituiu as primeiras equipes de CR financiadas pela política de saúde brasileira. Conforme os autores, são várias as ações que indicam este avanço, seja em políticas e/ou legislações voltadas a PSR. Nesse sentido, o CnR constitui-se como um dispositivo que atua em diferentes campos, de forma intersetorial, incluindo desde os cuidados gerais de saúde, prática instituída na atenção básica brasileira, como o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no qual a RD é considerada a estratégia principal.

Assim, o CnR, conforme os autores é uma das expressões da

reorientação dos serviços de saúde para grupos vulneráveis atuando na prevenção, promoção e atenção com enfoque na integralidade das ações de saúde na perspectiva de um cuidado ampliado com respeito ao contexto sociopolítico em que se inserem, bem como as peculiaridades culturais locais (ENGSTROM, TEIXEIRA, 2016, P. 1.841)

Engstrom e Teixeira (2016) apontam que o CR em seu formato inicial financiados via PEAD, ofertavam um conjunto menor de atividades se comparadas as ações que atualmente são realizadas pelos CnR implantados pela Política Nacional de Atenção Básica. A ampliação e potência de ações, como descrito nas principais orientações sobre o dispositivo, foca principalmente na perspectiva da integralidade, ultrapassando os atendimentos no campo da saúde mental e uso/abuso de álcool e outras drogas, bem como a abertura de espaço físico, e

espera-se também o simbólico, nas unidades básicas de saúde para o atendimento a PSR, já que o CnR se constituiu como uma equipe de atenção básica, como as de saúde da família, portanto, deve ter lugar garantido dentro das unidades básicas de saúde.

A partir da pesquisa realizada com o CnR de Manguinhos, por meio de um estudo de caso, Engstrom e Teixeira (2016) apontam que a abordagem territorial é evidenciada como uma das primeiras atividades da equipe na rua, no qual por meio de visitas sistemáticas ao território os profissionais conhecem não apenas a dimensão geográfica do território, mas também as características ambientais, sanitárias, adentrando ainda nas áreas de risco e violência. Em pesquisa com o CnR do mesmo território, Silva, Cruz e Vargas (2015), declaram que a equipe do CnR de Manguinhos ultrapassa geograficamente os limites do território para atendimento e acompanhamento de seus usuários, já que os mesmos acabam por circular para além do território puramente geográfico que chamam de teias – Território integrado em saúde de Manguinhos. No mesmo sentido, diferente do que estabelece a estratégia de saúde da família – ESF, que atua com territórios e domicílios delimitados, Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que para o CnR estudado em sua pesquisa o território é algo flexível e mais impreciso, sendo determinado pelas dinâmicas sociais, contemplando áreas adjacentes por onde seus usuários passam e convivem. Esta perspectiva de território presente nesta experiência do CnR parece compreender os movimentos próprios das pessoas em situação de rua, partindo-se assim de suas singularidades para pensar o cuidado.

Questionando as práticas de recolhimento exercidas nos últimos tempos na cidade do Rio de Janeiro, Engstrom e Teixeira (2016), Hallais e Barros (2015), bem como Silva (2013) sinalizam que as mesmas desrespeitam a PSR, pois além de desconsiderar seus espaços e organizações diante do contexto da rua, recolhem seus objetos, roupas, documentos, dentre outros pertences, contribuindo para a efetivação de práticas de biopoder. Práticas estas que visibilizam o desconhecimento de tal grupo, afirmando ainda mais o distanciamento e a desigualdade socioestrutural presente na sociedade.

Em contraposição a estas formas de encarar a PSR, Engstrom e Teixeira (2016) sinalizam que o Consultório na rua não caminha na direção do “recolher” os sujeitos das vias públicas, sendo contrário as interações compulsórias e de qualquer outras formas de privação de liberdade. Segundo os autores a equipe do CnaR em seu trabalho cotidiano realiza ações de acolhimento, contrariando a lógica do

“recolher” na busca de efetivar o princípio universalidade do acesso à saúde. Nestas experiências vivenciadas pelo CnR, de acordo com Hallais e Barros (2015) o acolhimento se consolida como uma potente estratégia firmada pela Política Nacional de Humanização - PNH como uma diretriz voltada a oferecer respostas qualificadas aos usuários do SUS, incluindo-os como protagonistas de seu processo saúde/doença. De acordo com Engstrom e Teixeira (2016) há duas dimensões que podemos considerar no exercício da prática do acolhimento. A primeira diz respeito a um campo relacional, sendo que esta aproxima-se das discussões sobre humanização no contexto da saúde, incluindo as posturas profissionais em relação aos usuários, bem como o fazer da escuta qualificada. A segunda dimensão inclui a organização dos processos de trabalho, no qual o acolhimento pode ser visto como algo facilitador para promover o acesso e a resolutividade das ações em saúde.

Ainda contemplando as possibilidades de acolhimento e atenção a população em situação de rua, Engstrom e Teixeira (2016), e Silva, Cruz e Vargas (2015) assinalam que o Consultório na Rua além de atuar de forma interdisciplinar, tem contribuído no acesso aos diferentes serviços da rede intersetorial, ao afirmarem que a população atendida tem frequentado mais as Unidades básicas de Saúde - UBS, locais onde o CnR possui um espaço junto às outras equipes da ESF. A presença mais intensa da PSR nas UBS, segundo o olhar de Silva, Cruz e Vargas (2015) tem alterado a forma com que muitos profissionais percebiam e compreendiam esta população, modificando ambas as partes. De um lado, profissionais de saúde vem repensando suas estratégias, técnicas e procedimentos para adequar as necessidades desse público, alterando-se por conseguinte a compreensão sobre determinadas situação e demandas cotidianas. De outro lado, ao sentirem-se acolhidos, os usuários estabelecem vínculos com as equipes que atuam na UBS, demonstrando mais segurança com a referência de cuidado ofertado também nessas unidades.

Em relação a composição das equipes, além dos profissionais como psicólogo, assistente social, dentista, técnico de higiene bucal, dentre outros, Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que na experiência em Manguinhos a presença de um médico na equipe foi fundamental para a qualidade e a continuidade da atenção, ampliando a resolutividade da atenção ofertada. Silva, Cruz e Vargas (2015) observam que na equipe do CnR de Manguinhos o cuidado ofertado pela equipe não era centrado na figura do médico, embora este fosse um

componente fundamental para a equipe, segundo os autores, ao citar Franco, Bueno e Mehry (1999) avaliam que as práticas desenvolvidas pela equipe podem ser denominadas de “atenção usuário-centrada” (SILVA, CRUZ e VARGAS, 2015, p.254).

Ao reconhecer a complexidade para atender as demandas da PSR, Engstrom e Teixeira (2016) assinalam a importância de somar as forças da saúde com outras políticas sociais para contemplar as necessidades de atenção a essa população. Aponta que embora tenham conseguido realizar algumas parcerias e ações conjuntas, a rede de proteção social, incluindo a RAPS, ainda necessita ser implementada amplamente, tendo em vista a ausência de alguns dispositivos, como unidades de acolhimento e outros serviços de atenção em regime residencial, questões que fragilizavam a construção de um projeto terapêutico mais integral. No mesmo sentido, Silva, Cruz e Vargas (2015) corroboram afirmando que a equipe do CnR de Manguinhos tem mapeado e visitado instituições a fim de estabelecer parcerias que possam somar as suas ações e responder as demandas da PSR.

Nesta direção, Hallais e Barros (2015) afirmam que o CnR que pesquisaram no centro do Rio de Janeiro atuava articulado por meio de projetos com outros serviços e instituições de modo a oferecer melhores respostas e uma atenção mais integral ao seu público alvo.

Engstrom e Teixeira (2016) observam, a partir da pesquisa realizada, que a experiência do CnR tem demonstrado que o cuidado das pessoas no seu próprio território é muito potente, isso principalmente, quando conta-se com apoio da rede de serviços comunitários. Nessa direção, os autores apontam que a equipe de Manguinhos “foi potente em promover acesso, construir vínculo, promover cuidado integral na perspectiva de redução de danos e da clínica ampliada” (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016, p. 1839).

Silva, Cruz e Vargas (2015) apontam muitos avanços com a criação de uma equipe específica para atendimento à PSR, seja na própria rua ou na UBS, mas de outro lado sinaliza que somente a criação das equipes não garante o acesso de forma plena. Assim, reconhecem que muitos desafios permanecem presentes, como regras, critérios, documentações exigidas, sendo atravessadas pelo preconceito, marginalização e estigmatização da pessoa sem situação de rua por parte de profissionais e serviços. Hallais e Barros (2015) descrevem algumas barreiras que são criadas ou não flexibilizadas no atendimento à PSR, como necessidade de endereço, cartão nacional do SUS e rede de apoio para alta e continuação do cuidado.

Engstrom e Teixeira (2016) afirmam que é preciso avançar na construção de políticas mais integradas e inclusivas, que acolham os sujeitos na sua diversidade, ao invés de punir, criminalizar e usar da força da repressão como forma de “atenção”, muito presente ainda nas ações direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas em diferentes instituições. Em reforço, Hallais e Barros (2015) discutem em seu artigo que o imaginário social construído a cerca da população em situação de rua dificulta e influencia significativamente a prática de muitos profissionais de saúde, não cumprindo com a integralidade prevista pelo SUS.

Hallais e Barros (2015) ao pesquisar uma equipe de CnR apontam que a PSR é visibilizada negativamente pelas autoridades e sociedade em geral, tendo em vistas as ações encampadas como “Centro Seguro” e “Cata-treco”⁹, que com intuito de “limpar” as ruas e oferecer “segurança” para as pessoas, marginalizam ainda mais a PSR, marcando-as como causadoras da insegurança e violência urbana. A invisibilidade desta população por parte da sociedade se dá entre outras formas, no momento em que é negado o pertencimento deste grupo social ao espaço que con-vivem, bem como a negação de seus direitos por serem muitas vezes considerados incômodos e, portanto, seus direitos devem ser silenciados. Os autores sugerem que é preciso conferir hipervisibilidade à PSR, no qual o acolhimento pode ser uma ferramenta essencial para o pontencialização de encontros entre profissionais e usuários, de humanos com humanos, que promovam vida e saúde dos mesmos. Nesse sentido, trazem o conceito de interculturalidade denotando a aproximação entre pessoas ou grupos sociais de diferentes culturas, que se somam aos esforços de uma prática descolonizadora, remetendo a um cuidado emancipador. Esta aproximação e interlocução entre diferentes sujeitos podem reconfigurar as relações médico-centradas em espaços para troca de saberes, incluindo o saber popular, e para contação das histórias de vida dos indivíduos em tratamento, Hallais e Barros (2015).

Em estudo das equipes de CnR de um município do sul do Brasil, Kami et al (2016) por meio da lexografia básica e apoio do software IRAMUTEQ, analisaram a composição da equipe e as palavras mais presentes nos discursos dos profissionais. Foram entrevistados 20

⁹ Ações desenvolvidas pelo poder municipal do Rio de Janeiro que segundo os autores se caracterizam como práticas de regulação e controle, fortalecendo práticas biopoder que ratificam as violências às pessoas em situação de rua (HALLAIS, BARROS, 2015).

profissionais, sendo 80% do sexo feminino, 2 eram enfermeiras, 4 psicólogos, 4 assistentes sociais, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal e 6 auxiliares de enfermagem. A média de atuação no município era de mais de 7 anos e todos profissionais com ensino superior já realizaram pós graduação na área da saúde, alguns saúde coletiva, saúde mental e/ou dependência química.

Comparando com as equipes do CnR de Manguinhos, neste município os CnR foram implantados em outra modalidade, I ou II, pois as equipes não contavam com o profissional de medicina na equipe, possivelmente referenciando diretamente para as UBS as situações que necessitavam de algum atendimento deste profissional.

Com relação a análise lexográfica das entrevistas realizadas que compunham o corpus, a palavra “gente” foi citada 950 vezes, seguida pela palavra “equipe” 230 vezes, outras palavras bastante citadas foram: Unidade de saúde, Consultório na rua, outro, paciente, dificuldade, pessoa e querer. Kami et al (2015) após esta primeira organização dos dados sinalizam que as equipes do CnR pesquisadas atuam em geral de forma coletiva, ao realizar um trabalho multidisciplinar, sendo este considerado um elemento potencializador do processo de trabalho das equipes. Afirma os autores a partir dos discursos dos profissionais que a palavra “gente” teve o sentido de “nós”, também no sentido de coletividade e muitas vezes sinônimo de equipe (KAMI et al, 2015).

Louzada (2015) ao pesquisar o trabalho de duas equipes de CnR do centro do Rio de Janeiro – RJ, afirma que estas equipes foram as primeiras nessa modalidade de cuidado na cidade, sendo compostas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente social e técnico de enfermagem, configurando-se na modalidade III.

Após a análise dos dados, Louzada (2015) descreve os resultados da pesquisa por meio de grandes categorias, sendo elas: a Clínica do Território; a Complexidade dos Casos e sua relação com o cuidado da equipe do CnR; o paradigma para o cuidado: autonomia ou Tutela; vínculo e sua relação com o modelo de atenção da equipe de CnR; o exercício da Clínica Ampliada pelas equipes; e, a Solidão da equipe de CnR – onde está a Rede?.

Com relação a categoria “clínica do território”, de acordo com a autora, pode-se perceber que o trabalho do CnR era estruturado a partir de um processo de aproximação e compreensão da rua enquanto território de vida das pessoas. Nesse sentido, a partir da fala dos profissionais, a clínica do CnR é produzida a partir dos elementos reais e

subjetivos que a própria rua oferece. No olhar de Louzada (2015), para a equipe do CnR a noção de território inclui os movimentos migratórios da população, nesse sentido “requer estabelecer uma relação com o usuário que vai para além de sua localização em um ponto fixo do mapa de atuação, mas de tornar referência de cuidado, a partir do vínculo que se estabelece com o mesmo” (LOUZADA, 2015, p.76).

Diante da “categoria complexidade dos casos e cuidado na rua”, Louzada (2015) traz em cena a questão da vulnerabilidade social das PSR, bem como entraves da rede para atenção aos mesmos e a idéia de corresponsabilização, neste último afirma que os profissionais precisam desenvolver estratégias que permitam compartilhar as responsabilidades do cuidado com a própria equipe, usuário e a rede de proteção social, sendo isto fundamental ao trabalho e na constituição de respostas mais qualificadas. De acordo com a pesquisa, a discussão sobre autonomia e tutela estava relacionada a “um posicionamento ético no cuidado e com a lógica clínica/política do trabalho que se quer produzir” (LOUZADA, 2015, p.72), sendo que esta traz em cena a possibilidade para equipe em ter que lidar e escolher caminhos diante de situações tão complexas, trazendo o desafio para a constituição de uma clínica interdisciplinar, humanizada e promotora de autonomia.

Louzada (2015) aponta que o CnR é porta de entrada na Atenção básica para a PSR, sendo que o vínculo é parte e condição fundamental, firmando-se como um dos primeiros passos da equipe no trabalho cotidiano. De acordo com Louzada (2015) o vínculo pode ser construído no encontro entre os sujeitos, neste caso, profissionais e usuários, sendo necessário disponibilidade de ambos para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Assim, no CnR a construção do vínculo passa a ser também efetivação de uma referência no território, principalmente por sua presença no espaço da rua.

A autora ainda sinaliza que o trabalho do CnR é compartilhado e integrado, sendo estes fundamentais para a construção da clínica ampliada. Segundo a autora, as falas dos profissionais ratificam que a interdisciplinaridade, a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS), e o exercício do matriciamento, objetivam a aproximação entre os diferentes saberes e a constituição e desenvolvimento de um cuidado singularizado e guiado pela conjunção dos saberes profissionais e do usuário, destinatário do cuidado.

Ao analisar a relação do CnR com a rede de saúde, Louzada (2015) aponta que o trabalho encontra muitos limites para a garantia de uma atenção integral, dentre eles, as barreiras construídas por diversos

serviços para atendimentos à PSR e com os próprios profissionais muitas vezes barrados nas portas dos serviços. Muitos usuários atendidos acreditam que contribuir com a capacitação da rede de saúde e abertura de um atendimento mais igualitário e acessível, pode ser uma função dos profissionais do CnR.

Na percepção de Louzada (2015) o CnR traz ao SUS questões muitas vezes invisibilizadas e negligenciadas pelo setor saúde, encontrando nesse trabalho de fortalecimento da rede a possibilidade de realizar um trabalho conectado as necessidades que advêm da rua e das pessoas que a têm como principal lugar de vivência. Por fim, a autora acredita que a criação do CnR tem um importante papel na ampliação do acesso da PSR as rede de proteção social. Para além disso, este dispositivo pode disparar algumas reflexões sobre a clínica e o modelo de atenção vigente juntamente com o profissionais, alterando o olhar e atenção às complexidades próprias dos sujeitos que procuram atendimento em saúde.

Roos (2014) ao realizar uma pesquisa qualitativa por meio do método cartográfico com a equipe de CnR Viamão – RS, analisa que a participação como pesquisadora e para a própria equipe, constituiu-se como uma experiência ética, de produção de si, que “dilatou as potências dos territórios existenciais” (ROOS, 2014, p. 90).

A pesquisa com o CnR reafirmou a importância da atenção à saúde no território e desta forma, também acredita que o mesmo é capaz de ampliar as possibilidades de intervenção, tendo em vista que não possui um fim específico, mas permite um trabalho que perpassa por diversas questões de saúde e sociais. O trabalho gerido pelo CnR se utiliza de tecnologias leves como a escuta, sendo que esta deve ser associada a conversas sem preconceito e repressão, capazes de construir caminhos singulares apostando no sujeito e nos laços que este possa estabelecer (ROOS, 2014).

Na experiência vivenciada junto ao CnR de Viamão, segundo a autora, a equipe era formada por cerca de 6 profissionais, sendo que durante a pesquisa alguns deixaram de fazer parte da mesma, mostrando certa instabilidade na composição da equipe, evidenciando possíveis rupturas no processo de trabalho. A equipe participava de encontros de supervisão para discussão e análise das práticas exercidas no campo, bem como outras questões, dentre elas, dúvidas e/ou angustias que surgiam no decorrer do trabalho. A equipe não possuía carro próprio, dependendo de outros setores para algumas ações que necessitassem de transporte. Estabeleceu parceiras para além do setor saúde,

principalmente com os serviços do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, com o objetivo de efetivar de suas ações de forma mais integral (ROSS, 2014).

A pesquisa realizada por Lima (2013) com o CnR de Goiânia teve como objetivo geral investigar os modos de atuação e as características do trabalho de intervenção com adultos jovens em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, a partir das percepções de profissionais e das pessoas atendidas pelo CnR da cidade. De acordo com a autora, o CnR atuou em sintonia com os princípios preconizados nas políticas públicas da área de álcool e outras drogas, incluindo a RD e a intersectorialidade. No trabalho cotidiano encontrou dificuldades com algumas instituições que não pactuavam com a estratégia da RD, o que dificultava o estabelecimento de parcerias e o desenvolvimento de um trabalho em conjunto.

A equipe do CnR de Goiânia contava no período da pesquisa, com 16 profissionais, nove do sexo feminino e seis do sexo masculino, sendo uma assistente social, uma enfermeira, um médico clínico geral com formação em psiquiatria, um oficineiro, quatro psicólogas, três redutores de danos e cinco estagiários do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde Mental (PET– Saúde Mental) dos cursos de psicologia, medicina, musicoterapia e enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Mesmo com um número inicialmente expressivo alguns profissionais relataram a precariedade na contratação dos profissionais que faziam parte da equipe, sendo que esta contava com carro próprio para as atividades (LIMA, 2013).

Mesmo que já nominada como CnR a equipe de Goiânia demonstrou de certo direcionamento de suas ações para a questão do uso de álcool e outras drogas, enfatizando que o trabalho esteve quase sempre amparado pela estratégia da RD. A partir do relato de profissionais e usuários a adesão, a aceitação e continuidade dos atendimentos pelo CnR se deu pelo afeto e vínculo estabelecido entre os envolvidos, profissionais e usuários (LIMA, 2013).

Lima (2013) descreve algumas dificuldades relatadas pela equipe do CnR de Goiânia, dentre elas: sofrimento dos profissionais pela falta de respeito aos direitos humanos dos usuários, burocracia para o atendimento dos usuários nas unidades de saúde, trabalho “agressivo” da Polícia Militar e da Guarda Municipal, preconceito e falta de aceitação do usuário pela sociedade civil, bem como falta de insumos e materiais para atuação da equipe.

Pacheco (2015) ao analisar o processo de implantação do CnR da cidade de Joinville/SC, por meio de entrevistas com profissionais e gestores, identificou que o serviço foi executado na cidade por pressão do Governo Federal, sem a qual não teria sido implantado. Segundo a autora, a pressão ocorreu através da pactuação do plano “Crack, é possível vencer”, tendo em vista Joinville a ser a maior cidade do estado. Pacheco (2015) afirma que inicialmente, a implantação do serviço vem responder as angústias de como lidar com o uso/abuso de álcool e outras drogas nas ruas das grandes cidades, mas, ao ampliar seu olhar para uma atenção integral em saúde, retirando o uso de substâncias psicoativas do foco, amplia sua ação e sua resolutividade.

O Consultório de/na rua de Joinville/SC passou por diferentes fases. Três delas como Consultório de Rua, e o último como Consultório na Rua. O primeiro período, no início de 2011, abrange a realização do projeto e mapeamento das áreas. O segundo, no período de setembro de 2011 até maio de 2012, aconteceram capacitações e atividades em campo. No terceiro momento, entre outubro a dezembro de 2013, houve a reimplantação do CR com duas profissionais com dedicação exclusiva para o serviço. O quarto período correspondente à implantação do CnR via Gerência da Atenção Básica do município (PACHECO, 2015).

O Consultório de/na Rua contribuiu para a efetivação da promoção de saúde e conseqüente desenvolvimento do autocuidado das pessoas em situação de rua. Pacheco (2015) discorre em seu trabalho que inicialmente foi possível observar o aumento de usuários em situação de rua frequentando o CAPS Ad da cidade. Aponta ainda que num segundo momento, foi possível ampliar o cuidado em saúde e verificar que os ganhos no desejo de vida eram refletidos no cumprimento de longos tratamentos de saúde, como tuberculose e HIV, na incorporação de projetos de vida por estas pessoas, bem como na participação de serviços como CAPS Ad e Centro POP. Para a autora, a implantação do serviço CnR comprovou que, a medida que se oferta alguma forma de cuidado a estas pessoas, é possível despertar o desejo de retomada da vida (PACHECO, 2015).

Na pesquisa realizada em Joinville/SC foi perceptível que o serviço que mais compartilhou cuidados às pessoas em situação de rua foi o Centro POP, serviço este de referência a tal público, pertencente a Política de Assistência Social e tipificado no SUAS.

Referindo-se a esfera dos profissionais, Pacheco (2015) aponta que o CnR pôde se constituir como potencializador para que os trabalhadores da saúde exerçam em suas ações diárias outras formas de

promoção da saúde, atentando-se para equidade em saúde com as diversas pessoas de sua cidade. Nesse sentido, tensiona diferentes profissionais à reflexão e abertura de portas em diferentes serviços para uma atenção mais qualificada à PSR.

Pacheco (2015) ao realizar a pesquisa e atuar nos dois serviços, CR e CnR, aponta que a principal diferença observada entre estes serviços é a ampliação do campo do cuidado. Nesse sentido, o CR abrangeu o cuidado integral da pessoa, mas como estava vinculado a um serviço especializado de álcool e outras drogas (CAPS Ad), colocava o holofote das ações e dos problemas de saúde da população em situação de rua no uso de álcool e outras drogas.

Abib (2014) ao pesquisar o CnR de Porto Alegre – RS buscou investigar como este serviço tem se relacionado com os moradores de rua frente às atuais discussões sobre as políticas públicas para a PSR no Brasil. O autor observou que o CnR da cidade, em seu trabalho cotidiano, faz parte das estratégias biopolíticas atuais, sendo contrário ao viés da exclusão fomentado pelas políticas de recolhimento e internação compulsória, exercitando assim, estratégias de inclusão com a PSR.

De acordo com Abib (2014) a clínica do CnR é pautada pela estratégia da RD e em algo que chamou de “clínica menor”, considerando que esta em suas práticas exerce uma subversão a uma “clínica maior”, ao afirmar outros modelos de existência e de desterritorialização. Clínica esta que possibilita a “produção de novos desenhos e arranjos coletivos, como práticas de resistência e enfrentamento às ações fascistas do campo da saúde” (ABIB, 2014, p. 10).

Ao refletir sobre as práticas do CnR de Porto Alegre Abib (2014) chama atenção para possíveis movimentos, ou entrelaçamentos, que contraditoriamente, de alguma forma podem se constituir como estratégia de captura das pessoas em situação de rua. O autor traz o exemplo das formas de sedução utilizadas pelo serviço para que os sujeitos iniciem um tratamento em saúde ou sejam acompanhados por alguma instituição ou entidade, e assim mantenham-se sob o olhar, avaliação e controle destas. Nesse sentido, “enquanto está no campo da institucionalidade, dificilmente o CnR escapa do bojo das estratégias biopolíticas, mas, no nível micropolítico, nas relações entre si e com os moradores de rua, ali há potência, há alternativas (ABIB, 2014, p. 123).

Ao acompanhar as práticas dos trabalhadores do CnR da cidade pesquisada, Abib (2014) percebeu diferentes formas de resistência a biopolítica contemporânea. Sinaliza assim, que na atuação da equipe do

CnR há espaço para afirmação de diferentes modos de vida e reconhecimento das singularidades dos sujeitos, e portanto, há potência de saúde, de vida, o que nomeou de “clínica menor”.

Kami (2015) ao realizar pesquisa com a equipe do CnR de Curitiba, estado do Paraná, buscou identificar os saberes ideológicos e instrumentais que subsidiam os processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes do CnR com o intuito de elaborar uma proposta de funcionalidade no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde da cidade.

Como já envidenciado em outras pesquisas, dentre elas, Silva (2013), o trabalho em equipe multidisciplinar desenvolvido pelo CnR é um elemento potencializador, sendo o vínculo necessário e essencial na proposta. Ao avaliar as práticas de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas as autoras afirmam que estas foram comprometidas pela falta de instrumentos de registro de todas as ações realizadas no cuidado à pessoa em situação de rua, o que caracteriza uma situação de invisibilidade (KAMI, 2015; SILVA, 2013). Nesse sentido, Kami (2015) acredita que a implantação do registro das ações devem fazer parte de um prontuário eletrônico, sendo que isto contribuiria para estabelecer uma efetivação da relação entre o saber instrumental e o saber ideológico. Estes saberes são “[...] constitutivos do processo de trabalho em saúde, motivo pelo qual precisam ser conhecidos, explicitados e descritos” (KAMI, 2015, p.07).

A partir da pesquisa realizada em Curitiba – PR, os principais saberes ideológicos identificados estavam relacionados às políticas públicas que norteiam o trabalho no CnR, com destaque para a Política Nacional da Atenção Básica, sendo que as classes mais significativas foram o acesso, a saúde como direito e as necessidades da PSR. Em relação aos saberes instrumentais (dispositivos e instrumentos), foram observados no processo de trabalho das equipes de CnR: o trabalho em equipe, o vínculo, os registros em saúde, o planejamento em saúde, a agenda semanal de atividades e a funcionalidade no prontuário eletrônico (KAMI, 2015).

Souza e Macerata (2015) ao pensar implicações que estão em jogo na clínica operada no âmbito das equipes de CnR, afirmam que a clínica que abrange as equipes de CnR, a partir do seu trabalho cotidiano, vem atender não só a necessidade de ampliação do acesso à população em situação de rua, mas também a necessidade de qualificação do SUS, principalmente no que diz respeito:

à integralidade do olhar e da ação da clínica, às formas de considerar e agir no território, às maneiras de articular a rede interna ao SUS e as redes de políticas públicas em geral. E ainda, ou resumidamente: necessidade de tornar a ação clínica também uma ação política. Política porque propõe reversões epistemológicas no saber da saúde; pois propõe a construção de saberes de modo mais inclusivo; e político porque interfere nas dinâmicas de exclusão da cidade. Entendemos que há um potencial enorme na relação do SUS com a rua: a rua força a inclusão do que é diferente, obrigando assim à ampliação das concepções e modos de ver no SUS (SOUZA e MACERATA, 2015, p.8-9).

No olhar dos autores, a população em situação de rua é a mais excluída do SUS, tendo em vista que o trabalho desenvolvido pela atenção básica é mediado pela noção de domicílios. Nesse sentido, a rua se configura como um lugar potente para intervenções e campo de muitas possibilidades, pois como território de vida impõe ao SUS rever seus conceitos de saúde, confrontá-los e negociá-los de outra maneira. Nas diferentes vias da polis, de acordo com Souza e Macerata (2015) além dos desafios que surgirão, como as violências e as ações de repressão aos sujeitos que vivem nas ruas, é possível estabelecer relações que articulem o vínculo e a construção de saber por meio um trabalho afetivo. Afeto que se relaciona a conexão e engajamento.

Por fim, Souza e Macerata (2015) discorrem sobre a clínica de rua agenciada pelo CnR, sendo esta um campo de produção dos sujeitos, singularizando-os na amplitude dos territórios, no qual os sujeitos constituem-se a partir de práticas coletivas. Nesse movimento, busca articular os vários mapas que compõem um território e um sujeito com o intuito de possibilitar uma efetiva mobilização social.

Silva (2103) ao pesquisar os profissionais do CnR da Clínica da Família Victor Valla, localizada na região de Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro, buscou compreender as práticas de cuidado desenvolvidas com as pessoas em situação de rua. De acordo com a autora, a partir da observação, as cenas de cuidado demonstraram singularidades da atenção primária à saúde voltadas para a população em situação de rua, grupo este historicamente excluído do acesso aos serviços de saúde. Nesta direção, o CnR mobilizou diversos esforços e estratégias para o estabelecimento do acesso a saúde a essa população,

assim, buscou “romper com o que Ayres denomina de vulnerabilidade programática, fragilidade que o próprio contexto político organizacional proporciona a essa população” (SILVA, 2013, p.112).

Ao romper com as lógicas prescritivas e preconceituosas, por meio da escuta qualificada e do diálogo, a equipe do CnR apresenta novos horizontes de atuação. Silva (2015) afirma que os profissionais que atuam no CnR de Manguinhos, ao atuar baseados em aspectos como respeito, solidariedade e na construção de vínculos tornaram-se referência no cuidado para a população em situação de rua no território. A equipe pesquisada mostrou-se organizada enquanto grupo e trabalhando numa perspectiva interdisciplinar com gestão compartilhada.

Silva (2013), baseada em Cunha (2010), acredita que o grande potencial da equipe do CnR encontra-se na capacidade de atuação como um grupo. Grupo este que atua com as questões clínicas e institucionais de maneira participativa e busca a integração de diferentes saberes e especialidades. Constitui-se, portanto, como um dispositivo importante na atenção a PSR e capaz de contribuir para mudanças essenciais e necessárias no modelo de atenção das outras equipes, seja de saúde da família e/ou de CnR (SILVA, 2013).

1.2.1 Consultório na Rua: apontamentos sobre a pescaria

A partir do conhecimento das pesquisas realizadas sobre e com os CnR em diferentes regiões do Brasil, podemos afirmar inicialmente que as vinculações institucionais dos autores da maioria dos trabalhos e pesquisas apresentadas são da região sul e sudeste do Brasil, sendo identificado apenas um trabalho de pesquisador da região Nordeste. Diferente do encontrado sobre as pesquisas de CR, nas quais a maioria dos trabalhos constituem-se de experiências e autores daquela região. Uma possível hipótese que responda a esta questão pode estar relacionada ao lugar de surgimento do CR, localizado na região nordeste, na qual tornou-se um espaço de solidificação e experiências iniciais bem sucedidas desse trabalho. Com relação ao ano de publicação das pesquisas sobre CnR, pode-se afirmar que as produções são bastante recentes, datadas a partir do ano de 2013, sendo que as publicadas neste ano foram apenas dois trabalhos, número que se repetiu no ano de 2014 e em 2016 (até junho). Já as publicações com data de 2015 foram encontradas um número maior, no total de cinco trabalhos.

As principais áreas de vinculação dos autores eram enfermagem, psicologia, saúde pública e saúde coletiva.

A partir das publicações encontradas sobre o tema, o CnR constitui-se como um serviço advindo das experiências dos CR somadas as da ESF sem domicílio e/ou PSF para população em situação de rua, experiências principalmente das cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. A partir dos trabalhos que referenciam diferentes atuações para o CnR, alguns autores consideram que a efetivação e institucionalização deste serviço na Política de Atenção Básica tensiona a própria rede de atenção à saúde, e neste sentido, também as unidades básicas de saúde e profissionais que nela atuam para um olhar mais atento a essa população, colocando-os a refletir sobre tal público e suas necessidades de saúde. Muitos trabalhos publicados consideram que a PSR começa a acessar de forma mais sistemática as UBS – mesmo que de forma inicial, identificando os profissionais do CnR como referências, seja na UBS ou no próprio espaço da rua, contexto onde passam grande parte do dia. Nesse sentido, ao estimular o atendimento desta população por todos os profissionais de saúde, bem como incentivar tal público a buscar auxílio e cuidados de saúde nas UBS, o CnR tenta romper com o que Ayres et al (2006) chamou de vulnerabilidade programática.

Ao não focar suas intervenções nos usuários de álcool e outras drogas, o CnR expande seu público de atuação, trabalhando então com a atenção em saúde de toda a PSR, em suas diferentes necessidades. Grande parte dos CnR iniciam suas ações por meio de uma abordagem territorial, no qual realizam um reconhecimento dos territórios que atuarão, identificando além das pessoas em situação de rua, locais mais freqüentados por este grupo, bem como serviços comunitários para parceria e atuação conjunta nas ações destinadas à PSR.

Como apresentado também pelo CR, a noção de território que os autores trazem nas publicações sobre CnR é mais abrangente do que aquelas que o entendem somente como território geográfico, que em geral parte de limites definidos e bastante rígidos. O olhar sobre o território inclui principalmente um território humano composto por sujeitos, histórias e as relações sociais que cotidianamente fazem parte da vida de quem habita a rua, tendo esta como principal lugar de convivência e sobrevivência.

A atuação das equipes variam desde ações pensadas pelo coletivo, bem como ações realizadas no instante de intervenção individual quando surge a possibilidade ou é solicitado pelo sujeito

atendido. Isso significa que em geral as equipes atuam de forma conjunta, construindo e discutindo estratégias de atuação, mas não se furtam de realizar ações mais individualizadas, pois muitas intervenções se dão na ordem do inesperado, da possibilidade, do momento que se abre guarita e da situação encontrada/percebida. Nesse sentido, é fortalecida a prática do acolhimento e o estabelecimento de vínculo como estratégias de aproximação, e constituição de relações entre equipe/profissionais e as pessoas em situação de rua, no qual essas práticas tornam-se fundamentais na garantia da continuidade e estabelecimento de uma relação que objetiva possibilitar o acesso a saúde de forma mais igualitária por essa população. O estabelecimento do vínculo ainda aparece como uma forma que de instituir uma referência para essa população no espaço da rua, tendo em vista que a clínica pensada e exercitada pelos CnR se efetiva principalmente no espaço aberto e sem muro das ruas.

O trabalho do CnR exerce o que chamamos de acolhimento, diferente das políticas repressivas que encampam ações de recolhimento e expulsão das pessoas em situação de rua dos grandes centros urbanos. Nesse sentido, o CnR atua na contramão das políticas repressivas e excludentes que marginalizam e invisibilizam este público como sujeitos de direitos. A prática relacional e a organização do processo de trabalho dos profissionais do CnR tendem a permitir e contribuir com o acesso dessa população ao sistema de saúde e a outras políticas setoriais, tendo em vista as diversas necessidades da PSR.

Nesta direção, o CnR procura exercitar e estimular a produção de ações intersetoriais, buscando encaminhamentos, corresponsabilização e resolução de algumas situações com outros setores e instituições, em geral, com as políticas de Assistência Social, Educação, Justiça, Previdência social, Habitação, dentre outras áreas que permitam responder de forma conjunta as demandas advindas dos atendimentos ao público do CnR. Além da busca por ações e parcerias intersetoriais, as práticas das equipes podem ser consideradas interdisciplinares, na sua grande maioria, contando com a contribuição das diferentes profissões, instituindo então, intervenções não centradas no conhecimento da medicina e na figura do médico, centradas sim, nas necessidades apresentadas e demandadas pelos próprios sujeitos, constituindo-se uma atenção à saúde “usuário-centrada” (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

A partir dos relatos dos trabalhos encontrados sobre o tema, a população atendida pelos CnR em geral encontra-se em situações de

vulnerabilidade, demarcando vivências complexas que exigem atuações multiprofissionais, intersetoriais e corresponsabilização da rede de proteção social e dos diversos profissionais que atuam nos diferentes serviços. A complexidade das situações e a exigências de pensar ações singulares para determinadas experiências vivenciadas pela equipe do CnR faz esta exercitar sua atuação numa perspectiva de uma clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009; CUNHA, 2004; CAMPOS, 1997).

Como dificuldades centrais no exercício do trabalho do CnR, sentidas também nas experiências do CR, são as que podemos chamar de construções do imaginário social sobre a PSR, quase sempre relacionadas a uma população que não “merece” atendimento/atenção, ou avaliações do tipo: “está na rua por que quer”, ou ainda “são pessoas que não querem trabalhar”, consideradas perigosas, criminosas e/ou usuárias de drogas, pessoas que não respeitam as leis, que enfeiam as cidades, dentre outros credos e concepções que nada contribuem no cuidado a essa população. Estas formas de olhar e considerar a PSR fortalecem os estigmas, a marginalização e a exclusão já vivenciada por este grupo. Olhares e saberes outros, que reduzem as possibilidades de serem cuidados e incluídos nas ações das redes de proteção social, de serem considerados sujeitos de direitos.

Nesse sentido, o trabalho em rede perde força e potencialidade, já que profissionais e instituições muitas vezes não se disponibilizam no cuidado ao diferente, sentido-se ameaçados e/ou inseguros diante de questões que lhes afrontam. Um afrontamento capaz de desconstruir a clínica e as formas de atenção/intervenções protocolares e instituídas pelo geral, pelo *checklist* dos sinais e sintomas, e por outras formas de desconsideração do singular. Ancorados no medo/receio ou mesmo numa forma de fazer clínica da estabilidade, aquela que não pode ser contestada ou afrontada pelos sujeitos “menores”, muitos profissionais contraditoriamente, enfraquecem as possibilidades do exercício da igualdade, equidade e universalidade previstas e tão sonhadas no SUS.

Em relação às possíveis diferenças entre o CR e o CnR, sinalizam alguns trabalhos e pesquisas, que com a institucionalização do CnR há de certa forma uma reorientação dos serviços de saúde ao incluir no rol de suas ações e atividades equipes específicas para atendimento as demandas de populações vulneráveis, aquelas inicialmente incluídas na nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, como populações ribeirinhas, PSR, dentre outras.

Nesta direção, alguns pesquisadores, bem como alguns documentos institucionais¹⁰ que referenciam o trabalho das equipes de CnR, reconhecem que há uma ampliação no raio de ações numa perspectiva da integralidade em saúde. Apontam ainda, que o holofote deixa de estar direcionado ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas e/ou com problemas de saúde mental, expandindo para um cuidado geral em saúde.

Muitos trabalhos identificam que outro ganho conquistado com a implantação dos CnaR é a abertura de um lugar físico nas unidades de saúde para as equipes, o que acaba por marcar um lugar diante de outras demandas colocadas para as unidades e contribuindo de certa forma para visibilizar essa população e suas necessidades. Além da abertura de um lugar em muitas unidades básicas de saúde, a institucionalização dos CnR na PNAB solidifica a importância de tal dispositivo no campo de saúde, deixando de ser uma política de governo, fortalecendo-a como política de estado, e portanto, uma ação contínua e parte das ações do SUS.

¹⁰ Dentre eles podemos citar o “Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua” publicado em 2012, pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 2 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: POLÍTICAS E DIRETRIZES.

Inicialmente podemos referenciar que a rede de saúde para a PSR é formada pelas diferentes redes, direcionadas a todos os cidadãos brasileiros, instituídas a partir do Sistema Único de Saúde – SUS. A partir de 2011, após pactuação tripartite, foram priorizadas no Brasil algumas redes de atenção à saúde¹¹, que se organizam a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações, sendo estas: A rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de cuidado à pessoa com deficiência; e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Neste Capítulo, de forma sucinta, serão apresentados serviços de atenção à saúde da PSR, resgatando alguns movimentos, como da Reforma Psiquiátrica e outras políticas que se constituíram como aportes essenciais para ações no campo da saúde com a PSR. Importante marcar que o tema da saúde mental e do uso e abuso de álcool e outras drogas é parte essencial na atenção à saúde dessa população, tendo em vista sua centralidade na história de atenção a esse grupo populacional e os importantes índices de uso abusivo por parte desta população (BRASIL, 2004, 2008, 2010; CEBRID, 2005). Ao apresentar algumas ações e serviços direcionados à PSR, focaremos no CnR, por ser este o objeto central desta Tese.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no fim da década de 1970, fez parte de um movimento que incluiu vários países em defesa da liberdade e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, naquele tempo, bastante centrada na figura do hospital. De acordo com Amarante e Lancetti (2009) os hospitais não nasceram como instituições médicas, e sim como instituições religiosas, filantrópicas, de cuidados dos necessitados, dos “mendigos”, daqueles que careciam de assistência humanitária. Evidenciam os autores que claramente essas pessoas possuíam muitas necessidades de cuidados de saúde. No século XVII os hospitais passaram a exercer também social e disciplinar, ao recebem “delinquentes e/ou desajustados” que permaneciam aos montes nos pátios dessas instituições. Com o advento da Revolução Francesa,

¹¹ Uma apresentação breve sobre as redes de atenção a saúde pode ser consultada no endereço eletrônico: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria. Acesso em 23 jul. 2016.

algumas instituições começam a ser reformuladas. Neste momento, com a experiência de Philippe Pinel, um desses hospitais passam por um processo de transformação, no qual dá origem à psiquiatria. O olhar e forma de ver o sujeito pela psiquiatria foi questionado por diversas experiências e movimentos, como aquelas iniciadas em Trieste na Itália por Franco Basaglia, bem como as experiências em Santos, no estado de São Paulo (AMARANTE, LANCETTI, 2009).

Nesse sentido a Reforma Psiquiátrica Brasileira marca sua história própria diante de um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, perpetrada nos grandes hospitais e pela própria psiquiatria. Um momento importante do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é a institucionalização da Lei 10.216/2001, chamado de Lei Paulo Delgado, que consolidou novos caminhos para política de saúde no governo brasileiro, passando a reger as ações na área de saúde mental.

Em 2001, no mesmo ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, as questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas são fortalecidas como temas importantes a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esse momento incide sobre a criação e serviços extra-hospitalares de atenção ao público que faz uso/abuso de álcool e outras drogas, no qual se destacam os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas - CAPS Ad. Reforçando este movimento, no ano de 2004 é instituída a PNAIUAD, em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental vigente, seno que esta tinha como diretrizes principais a Intersetorialidade e a Atenção integral (BRASIL, 2004).

A PNAIUAD aponta que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, historicamente foi tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica e/ou médica, mas atualmente é reconhecida como um grave problema de saúde pública, ao reconhecer as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas na compreensão global do problema. Portanto, torna-se fundamental romper com a lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas na associação drogas/comportamento anti-social ou criminoso.

Assim, na história da saúde no Brasil algumas iniciativas pontuais marcam a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que segundo o olhar da PNAIUAD (2004), estas iniciativas contaram com esforços de setores e grupos preocupados com a intensificação do abuso de substâncias psicoativas – SPA e os problemas relacionados a este

consumo desenfreado observado em nossa sociedade nas últimas décadas.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde reconhece a RD como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas podendo-se incluir aqui parte da população em situação de rua, e a considera como um método, um caminho, não o único, que se relaciona com a direção do tratamento, mas que também aumenta o grau de liberdade, de co-responsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Desta forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois segundo a PNAIUAD cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento (BRASIL, 2004).

A Política Nacional para inclusão social da População em Situação de Rua - PNPSR (2008) é resultado de reflexões de um grupo de trabalho interministerial que incluiu o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União. Contou ainda com representantes do Movimento Nacional de População de Rua - MNPR, da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social- CONGEMAS, representando a sociedade civil organizada, fundamentais em todo o processo de avaliação e discussão das propostas. Tal política apresenta contribuições para a reflexão sobre o fenômeno e a caracterização da PSR nas grandes cidades brasileiras¹², bem como apresenta suas diretrizes e ações estratégicas organizadas por diferentes setores, no intuito de responder às diversas demandas das pessoas em situação de rua.

A PNPSR assinalou diversas ações que representaram uma agenda mínima para a sociedade brasileira - tanto para os gestores governamentais quanto para a sociedade civil, devendo as mesmas serem detalhadas em programas, planos e projetos nos diferentes

¹² Pesquisa realizada pelos técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e pelo Instituto Meta de Pesquisa de opinião (empresa selecionada por meio de licitação pública), além de representantes de secretarias municipais de assistência social, representantes do CONGEMAS e do FONSEAS, e também representantes dos movimentos sociais que atuam em defesa dos direitos da população em situação de rua.

Ministérios e outros órgãos, objetivando uma atenção integral à saúde da PSR. Foram apontadas as seguintes indicações no campo da saúde:

1. Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do SUS, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
2. Fortalecimento das ações de promoção à saúde e atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras;
3. Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III e AD);
4. Instituição de instâncias de organização da atenção à saúde para a PSR nas três esferas do SUS;
5. Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da PSR;
6. Divulgação do canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, Disque Saúde (0800 611997), junto à população em situação de rua, bem como das demais instâncias de participação social;
7. Apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar a continuidade do tratamento;
8. Incentivo a produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação;

9. Apoio à participação nas instâncias de controle social do SUS e ao processo de mobilização junto aos movimentos sociais representantes dessa população; e
10. Na seleção de agentes comunitários de saúde, considerar como um dos critérios a participação de moradores de rua e ex-moradores de rua.

Em trabalho de minha autoria, Abreu (2014), ao analisar quatro políticas brasileiras e suas ações/indicações para atenção à saúde da população em situação de rua, aponto que a PNPSR de 2008 é bastante ousada, sendo que esta convoca todos os setores para contribuir com respostas objetivando a inclusão social e conquista de direitos por parte deste público. Neste contexto, questões centrais como acesso universal, equidade, garantia de ações integrais incluindo à atenção às principais doenças que acometem essa população, bem como ações de promoção e prevenção a saúde são pontos sinalizados pela política. Ainda refere a atenção básica, por meio das equipes de PSF sem domicílio, e os CAPS como espaços essenciais no cuidado multiprofissional numa perspectiva interdisciplinar à essa população.

Importante sinalizar que as recomendações apontadas na PNPSR podem ser consideradas as verdadeiras necessidades de tal população, tendo em vista que a participação de segmentos representantes da PSR, possivelmente, trazem para a cena suas demandas a partir da vivência real de estar na rua. Nesse sentido, considero que não há como construir ações e estratégias de atenção e cuidado para determinado público sem que ele mesmo tenha a oportunidade de dizer quais suas reais necessidades, os principais obstáculos que enfrentam no acesso as políticas sociais, bem como de que forma podem ser superados estes obstáculos, isso, tendo em vista que a PSR enfrenta muitos limites no acesso as diferentes políticas sociais.

Como discutido anteriormente sobre a Reforma Psiquiátrica, após a transição do modelo de atenção em saúde mental, vem constituindo-se uma rede articulada de dispositivos extra-hospitalares que visam acolher e oferecer cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, dentre elas a PSR. No conjunto destes dispositivos estão os CAPS, considerados centrais e também articuladores desta rede junto à atenção básica. Considerando a complexidade do fenômeno PSR e do uso abusivo de álcool e outras drogas, deparamo-nos com o desafio de oferecer atenção em saúde tal população que muitas vezes não acessa ou acessa precariamente os serviços públicos de saúde. Pois segundo o Ministério da Saúde, o baixo índice de procura e de acesso aos serviços da rede

pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justifica a implementação de intervenções nos locais onde se concentram esses grupos populacionais, dentre eles, o grupo das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2010).

Neste contexto, Ministério da Saúde instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD 2009-2010, que teve como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para a PSR e/ou usuários de álcool e outras drogas, e implementar intervenções em contexto de rua com a articulação de diferentes redes de atenção, principalmente aquelas relacionadas as políticas de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2010).

Por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas - PIEC/2010¹³ o Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, buscou intervir nas causas e efeitos do consumo de drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. É neste cenário que o CR ganhou força e se constituiu como uma modalidade de atendimento fora das instituições tradicionais à PSR e aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e quase sempre distanciados da rede de serviços de saúde e de outras políticas sociais.

A partir da parceria da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) o Consultório de Rua foi concretizado. Antes, foi idealizado pelo coordenador do CETAD da UFBA, o professor Antônio Nery Filho, sendo que iniciou suas atividades em 1999 na cidade de Salvador no estado da Bahia buscando inicialmente oferecer atenção a saúde, e a vida, de crianças em situação de rua que perambulavam pelo Centro histórico da cidade, num permanente e intenso uso de drogas. De acordo com Oliveira (2009) este foi influenciado por pressões políticas e de comerciantes que perceberam a evasão de turistas, muitas vezes molestados, principalmente da região do Pelourinho.

Conforme relata Oliveira (2009) em janeiro de 1999 foi firmado um convênio entre a SETRADS/PMS e o CETAD/UFBA, que ao

¹³ Instituído pelo Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010.

disponibilizar recursos possibilitou que o mesmo partisse pela primeira vez para a prática, e efetivamente oferecesse ações de atendimento às crianças e adolescentes usuárias de drogas e em situação de risco, ampliando para mais três áreas da cidade, além do Pelourinho, locais estes onde havia concentração deste público. Surge então o CR, na perspectiva do encontro com essas pessoas no próprio espaço da rua, que segundo Oliveira (2009) suscitava naquele momento questionamentos do “como fazer”, pois o exercício da atenção e da clínica na rua necessitavam de um constante fazer criativo, considerando as realidades vivenciadas no campo.

De acordo com Londero, Ceccim e Bilfóbio (2014), outra experiência brasileira na base dos CR foram os Programas Saúde da Família sem Domicílio – PSF Sem Domicílio, mais tarde Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua – ESF Pop Rua. Pode-se referir, a partir de 2004, o PSF sem Domicílio de Porto Alegre, seguido das ESF sem Domicílio de Belo Horizonte e de São Paulo e a ESF Pop Rua do Rio de Janeiro. O PSF Sem Domicílio de Porto Alegre estava voltado para a PSR, com atendimento de forma itinerante, como parte da rede de Atenção Básica à Saúde e do Programa de Atenção Integral à População adulta de rua da área da Assistência Social. Este programa realizava abordagens às pessoas em situação de rua com o objetivo de identificar as causas da sua situação, acionar os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar e ocupação, caso esses desejassem, além do atendimento visando à promoção da saúde, com tratamento e exames clínicos. Segundo Londero, Ceccim e Bilfóbio (2014) nos dias atuais as estratégias de Saúde da Família sem Domicílio para PSR funcionam como Consultório na Rua.

Macerata (2015), ao estudar a experiência do POP RUA do centro Rio de Janeiro propõe a idéia de clínica de território. Segundo o autor, esta problematiza e propõe noções e modos de operar a clínica no campo da Atenção Básica em saúde. Nesta proposição a clínica se exercita a partir do cuidado em saúde com o território existencial da rua não como uma especialidade, mas como uma situação analisadora das práticas de saúde e práticas sociais na cidade.

De acordo com Macerata (2015) o POP Rua inicia-se a partir de uma equipe de ESF somada a uma equipe de CR, que segundo o autor, reunia as perspectivas da atenção básica à saúde, saúde mental e RD. O POP RUA surge na cidade do Rio de Janeiro por uma necessidade bastante apontada nos estudos sobre PSR e saúde – a garantia de um

acesso mais integral ao SUS, não de forma pontual nos atendimentos de emergência, em geral acessados por essa população. Refere Macerata (2015) que a ideia inicial era de associar a lógica territorial e de acompanhamento longitudinal à lógica itinerante do projeto Consultório de Rua, com o objetivo de ampliar a capacidade de oferta e resolução das questões apresentadas pelos usuários do serviço. Posteriormente, com a instituição dos programas de Consultório na Rua, em 2012, o POP RUA se transformou em equipe de Consultório na Rua - Rio de Janeiro, Centro.

A experiência iniciada e amadurecida em Salvador, depois de cerca de 10 anos, é reconhecida e ampliada pelo Ministério da Saúde como uma possível forma de atenção à saúde das pessoas em situação de rua, intervenção capaz de alcançá-los e firmar possíveis contribuições às suas vidas. Desta forma, o Projeto CR se constituiu como um dispositivo de saúde que buscava romper com as lógicas tradicionais de atendimento na área da saúde, e aproximava-se dos sujeitos em situação de rua. Buscava a construção de vínculos com essa população, na tentativa de trazer importantes contribuições para suas vidas. Vidas estas, marcadas pela vulnerabilidade social e distanciamento dos serviços públicos de saúde.

A ampliação dos Consultórios de rua se deu por conta de um edital público¹⁴, no qual as cidades brasileiras poderiam concorrer ao recurso e implantar o projeto como forma de fortalecer a rede de atenção a saúde à PSR. Assim, neste primeiro edital foram implantados 35 CR em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões, como nos mostra a figura 1.

Nesta primeira etapa, foram implantados cinco CR no sul do Brasil, distribuídos entre as cidades de Curitiba e Maringá no estado do Paraná, em Florianópolis no estado de Santa Catarina e nas cidades de Porto Alegre e Pelotas no Rio Grande do Sul.

¹⁴ Este edital intitulado “Chamada para seleção de projeto de Consultórios de rua e Redução de danos” fruto do trabalho da Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas, foi baseado na Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005, e lançado como parte do PEAD (2009-2010).

Figura 1 – 35 primeiros Consultórios de rua implantados no Brasil



Fonte: Brasil (2010)

Dois novos editais foram lançados no ano de 2010, nos meses de maio e outubro, consequentemente, ainda sob a responsabilidade da área técnica de saúde mental do Ministério da saúde, sendo contempladas 92 equipes de Consultório de Rua, ampliando o trabalho desenvolvido e consequentemente a rede de atenção à PSR (BRASIL, 2012). Após cerca de um ano do lançamento de ultimo edital para financiamento dos CR foi instituída, em 21 de outubro de 2011, a Portaria 2.488 GM/MS que estabelece a nova Política Nacional de Atenção Básica, sendo que esta estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Nestas alterações o Consultório de Rua passa a ser um serviço vinculado a esta estratégia, chamado agora de Consultório na Rua, sendo seu repasse fundo a fundo, no qual os gestores municipais recebem verba mediante a contrapartida de disponibilizar um veículo para o trabalho das equipes.

Em 2011 é publicada a Portaria 3.088 GM/MS que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A rede é dividida em componentes e pontos de atenção, sendo que o CnR passa a ser um dos pontos de atenção do componente Atenção Básica, junto às unidades básicas de saúde e outras equipes de saúde para populações específicas, como representadas no quadro 3 que segue:

Quadro 3 – Componentes e Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
I - Atenção básica em saúde	a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; d) Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
II - Atenção psicossocial especializada	a) Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, II, III, CAPS Ad II e III, CAPS Infantil;
III - Atenção de urgência e emergência	a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
IV - Atenção residencial de caráter transitório	a) Unidade de Recolhimento: Adulto e Infanto-juvenil; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades terapêuticas);
V - Atenção hospitalar	a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
VI - Estratégias de desinstitucionalização	a) Serviços Residenciais Terapêuticos; b) Programa de Volta para Casa – PVC;
VII - Reabilitação psicossocial	a) Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 (quadro idealizado pelo autor).

Dentre as redes de atenção à saúde citadas no início deste capítulo, possivelmente as mais acessadas pela PSR são as Redes de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, incluindo os serviços e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Muitos autores, como Londero, Ceccim e Bilíbio (2104), Abreu (2013), Barata et al (2015) identificam que a PSR acessa de forma precária os serviços de saúde, procurando de forma mais intensa os serviços de Urgência e Emergência, incluídos também os presentes na RAPS.

No sentido de regular e instituir novas diretrizes organizacionais para os CnaR foram lançadas as Portarias n° 122 e 123, em 25 de janeiro de 2012, que definem as diretrizes de organização e funcionamento das equipes, bem com as modalidades (I, II e III) e critérios para o cálculo do número máximo de equipes de CnaR por Município, baseado no tamanho da população de pessoas em situação de rua de cada cidade.

Na sequência, possivelmente por haver dúvidas por parte dos gestores municipais do então CR, é publicada uma Nota Técnica Conjunta/2012, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental e álcool e outras drogas e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que tratava da adequação dos CR e implantação das novas equipes dos CnaR. Esta nota técnica relatava sobre a finalização e entrega dos relatórios da execução do projeto e das atividades realizadas pelos CR, bem como da utilização dos recursos repassados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para suas atividades. Após, os municípios que desejassem manter suas atividades deveriam solicitar a habilitação de seu CR para uma das modalidades, agora, de CnaR, conforme as novas orientações advindas da Política de Atenção Básica.

O relatório Saúde Mental em Dados n° 12, do Ministério da Saúde, também discorre sobre a transição dos CR, sendo que afirmava que apenas sete estados possuíam CnaR habilitados até o fim de ano de 2012, conforme as orientações das Portarias n° 122 e 123, do mesmo ano. Segundo o relatório a orientação é que a coordenação dos serviços inicialmente seja partilhada entre Saúde Mental e Atenção Básica, a fim de garantir o cuidado integral à saúde da PSR (BRASIL, 2015).

Neste contexto de transição, de acordo com o relatório da área técnica de saúde mental no Ministério da Saúde, contabilizou-se que 111 equipes de CnR foram habilitadas pelo Ministério da Saúde até o final de 2014, sendo 22 na modalidade I, 50 na modalidade II e 39 na modalidade III (6 profissionais + médico). Das 27 unidades federativas

do Brasil, 24 possuíam ao menos um CnR em funcionamento (BRASIL, 2015). De acordo com o relatório não foram considerados nesses dados os serviços mantidos exclusivamente com recursos municipais ou em funcionamento e não habilitados no Ministério da Saúde. Em maio de 2016, a partir de informações do Departamento de Informática do SUS – DataSUS, o Brasil possuía 135 equipes de CnR cadastrados, sendo 26 na modalidade I, 51 na modalidade II, e 58 na modalidade III, o que demonstra um tímido crescimento deste dispositivo no território Brasileiro (BRASIL, 2016). Em novo levantamento realizado em setembro de 2017 no site do DataSUS, o número de equipes reduziu para 129 no Brasil, sendo 4 destas implantadas em Santa Catarina (BRASIL, 2017).

Na sequência, apresento a partir do quadro 4, os principais documentos orientadores desde a seleção e financiamentos dos primeiros CR até as portarias mais recentes que detalham questões de organização e funcionamento, bem como os profissionais que podem atuar no CnaR.

Quadro 4 - Portarias e editais sobre o Consultório de e na rua

Edital I Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS, Ministério da Saúde, 18 de novembro de 2009.

Edital II Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS, Ministério da Saúde, 01 de maio de 2010.

Edital III Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS, Ministério da Saúde, 01 de novembro de 2010.

Portaria 2488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional de Atenção Básica - estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Portaria 3.088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 (república no Diário Oficial da União no dia 21 de maio de 2013) - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS);

Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

Portaria Nº 123, de 25 de janeiro de 2012 - Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município.

Portaria Nº 1.922, de 5 de setembro de 2013 - Altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua.

Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014 - Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.

Portaria Nº 1.029, de 20 de maio de 2014 - Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.

Nota Técnica Conjunta/2012 – Coordenação de Saúde Mental e álcool e outras drogas e Departamento de Atenção Básica – Adequação dos Consultórios de Rua e Implantação das novas equipes de Consultório na Rua frente às diretrizes de funcionamento das equipes de Consultório na Rua, estabelecidas pelas portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012.

No sentido de oferecer uma direção para o trabalho das primeiras equipes dos CR no Brasil, a coordenação Nacional de saúde mental lançou em 2010 um material sobre o assunto, intitulado: “Consultório de Rua do SUS - Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS”. O material buscou traçar um panorama Nacional das Políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil, apresentou uma breve história dos Consultórios de rua, suas diretrizes, princípios, objetivos, etapas preliminares, operacionalização e implantação deste dispositivo, bem como sua importante articulação com a rede intersetorial.

De acordo com o material elaborado, os CR constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem 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 (BRASIL, 2010a).

Ao tratar de sua estrutura de funcionamento, relata que o serviço conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da política de assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, poderá contar com oficinairos que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte e expressão.

A locomoção da equipe se dá por meio de um carro tipo perua (van), que serve também para transportar o material utilizado nas ações da equipe. O carro deve constituir-se como uma das referências para os usuários que acessam o serviço, sendo um modo de identificação da

equipe. Importante ainda que a equipe constitua pontos chaves de atuação com horários definidos para que mesmo sendo itinerante, os usuários saibam como encontrar os profissionais quando necessitarem.

O CR nasce como uma proposta de clínica na rua, inicialmente direcionada para o atendimento de problemas relacionados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. A perspectiva de uma oferta programada, tal como se modela este dispositivo, implica em ofertar onde ainda não há uma demanda de ajuda explicitada. Não havendo as condições prévias estabelecidas, tudo está por se fazer. De modo que o “lugar” do profissional é construído a partir do momento em que se coloca no contexto do trabalho, assim como o “lugar” do CR. Nesse sentido, difere-se do trabalho realizados dentro das instituições, nas quais é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o *setting* terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço (BRASIL, 2010a).

Importante ressaltar que o CR diferencia-se de outras ações de cunho caritativo, devendo se configurar enquanto um dispositivo do campo da saúde pública. No contexto da saúde busca demarcar um lugar especial no cuidado e oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua aos seus usuários. Tem como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, bem como o enfrentamento dos estigmas. O Consultório de Rua deve atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento, bem como deve assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes e na garantia de uma atenção diversificada aos usuários em situação de rua, dentre eles, os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010a).

Na atuação da equipe deve incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características. Além disso, deve manter articulação permanente como a rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários.

Os princípios que nortearam a prática do CR são os mesmos que norteiam o trabalho de atuação no SUS: a universalidade de acesso à

saúde, a integralidade e a equidade. De acordo como o material preparado para a formação das equipes dos CR, um eixo ético se refere ao respeito ao *modus vivendi* da população atendida, não cabendo à equipe nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, ou a condutas “delinquentes” ou antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis (BRASIL, 2010a).

Por fim, apresenta a RD como estratégia prioritária no atendimento aos usuários, respeitando seu tempo e escolha em relação ao consumo das substâncias psicoativas utilizadas, buscando reduzir os danos decorrentes sem imposição de condições rígidas para este cuidado.

Outro material produzido pelo CETAD/UFBA e SENAD, direcionado para formação das equipes de Consultório de Rua foi lançado em 2010, chamado de “Módulo para capacitação dos profissionais do projeto Consultório de Rua”. O material apresenta fundamentos socioculturais para uma compreensão do uso de álcool e outras drogas, pressupostos teóricos-clínicos para a intervenção do CR, afirma a RD como estratégia importante no trabalho fora dos muros institucionais, as políticas e legislações sobre drogas no Brasil, bem como o trabalho das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

O conteúdo do material sugere que se construa e fortaleça um entendimento mais pleno da questão das drogas, este deve levar em consideração a tríade formada pelos produtos em si, sujeito, droga e contexto. Essa visão se aproxima da perspectiva proposta por Bucher (1992), quando afirma que o uso e abuso de drogas constitui-se como um fenômeno de natureza sistêmica, melhor compreendido ao se levar em consideração os seus aspectos biopsicossociais.

A intervenção proposta foca na atenção de crianças e adolescentes em situação de rua, apontando que para alcançar a população infanto-juvenil, as ações devem ser permeadas de respeito, de confiança e disponibilidade para acolher. As estratégias adotadas podem ser as mais diversas, e tornam-se mais efetivas quando priorizam a participação das crianças e adolescentes, dando-lhes voz e a possibilidade de construir juntos. Exemplifica que além da escuta, deve ser trabalhado e observado outros modos de interação, já que este público fala através dos seus corpos, da dança, da música e, principalmente, através do lúdico. Importante ainda considerar que o projeto de intervenção na rua deve funcionar como porta de entrada para

o sistema de garantias de direitos e acesso à rede de serviços sociais e de saúde, sendo que a equipe deve trabalhar de forma articulada com a rede de atendimento do município (SENAD, 2010).

Ao refletir sobre uma clínica possível para atuação com crianças e adolescentes no contexto da rua, esta deve estar atenta e sensível às influências que os registros coletivos e individuais exercem na função que o uso de drogas podem ocupar em suas vidas. Reafirmando, conforme Vaisberg (2001), que a razão de uma práxis clínica deve estar atenta aos aspectos social, histórico e cultural do acontecimento humano, e transcende a uma questão meramente social ou política, sendo que tal posicionamento é fundamentalmente ético.

A clínica, a partir desta perspectiva, propõe certas experiências com o mundo e com o outro em sua materialidade e afetividade. Nesse sentido, aponta que a equipe do CR poderia atuar junto a essa população na tentativa de proporcionar um ambiente onde se possa desdobrar sua existência através de materialidades que as possibilitem ver-se representadas; de brincadeiras onde possam sentir-se espontâneas e seguras; e de relações afetivas que inspirem segurança. As experiências proporcionadas pela equipe dos CR podem exercer função relevante frente a um ambiente fragmentado onde vivem esses sujeitos, sendo que o oferecimento de atividades lúdicas, onde tal população tenha um espaço promotor de um fazer-no-mundo diferenciado, é uma das possibilidades de intervenção (SENAD, 2010).

A RD tem se mostrado como uma estratégia eficaz para o atendimento das demandas biopsicossociais das pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Nessa direção, tem sido reconhecida como uma lógica central para as ações do CR. Esta entende saúde, em seu sentido mais amplo, como saúde integral do ser humano, na qual o exercício da autonomia é indispensável. Os dispositivos de saúde orientados para RD devem aceitar diversos contratos, considerando a necessidade real do indivíduo, afastando-se dessa forma, da lógica da abstinência e da internação. A pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, na perspectiva da RD, é vista como ser ativo, capaz e útil para seus pares e para a sociedade como um todo, é protagonista e não relegado a um papel de sujeito passivo, como mera vítima. Os usuários mantêm seus direitos como cidadão, não podendo perder por fazer uso de substâncias psicoativas ilícitas (SENAD, 2010).

De acordo com a SENAD (2010), a RD pode ser entendida como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que traz novos desafios à clínica e implementa novas tecnologias de cuidado, levando

os compromissos e diretrizes da reforma para pessoas que usam substâncias psicoativas. Assim, o princípio da clínica ampliada, como diretriz principal das estratégias de RD, aproxima a Reforma Psiquiátrica do campo das drogas, fazendo emergir deste processo novos sujeitos de direito: pessoas que fazem uso abusivo de drogas e que são marginalizadas pelo histórico de uma política repressiva. Assim, compreende-se como RD toda ação que procura minimizar os possíveis danos que o consumo de uma substância pode causar à saúde da pessoa que usam drogas, visando à promoção da saúde, cidadania e direitos humanos. Em um sentido ampliado, entende-se que muitos destes danos não são advindos meramente do consumo de drogas, estando, também, relacionados à estigmatização e aos processos de exclusão vivenciados pelos usuários de drogas e pelas pessoas em situação de rua.

Por fim, o Projeto CR, adota a RD como uma das estratégias de intervenção enriquecida pelo cruzamento de olhares oriundos de sua constituição multidisciplinar longe dos muros institucionais. A RD como tática de trabalho junto à população usuária de droga e em situação de rua já se configurou como a mais potente forma de aproximação e acesso. Sendo assim, a prática de RD no Projeto CR implica em assumir o compromisso de esforçar-se para atender a singularidade de cada indivíduo, respeitar suas escolhas e, principalmente, tentar inovar frente aos grandes desafios que o trabalho com álcool e outras drogas impõem diariamente (SENAD, 2010).

Outra importante referência para os CR no Brasil foi o Guia do Projeto, lançado em 2011, pela SENAD e CETAD/UFBA, organizado por Antônio Nery Filho, Andréia Leite Ribeiro Valério e Luiz Felipe Monteiro. Os autores ao descrever os princípios éticos que devem respaldar a atuação dos profissionais do CR afirmam que além dos códigos de ética de cada profissão, é necessário minimamente respeitar os três seguintes princípios éticos:

- 1- Toda conduta humana é portadora de significação pessoal;
- 2- Respeito ao sofrimento e ao ethos humano; e
- 3- Responsabilidade dos atos.

De acordo com os autores, esses princípios abrem a possibilidade de estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional, de um autocuidado e uma preservação da própria vida. Nesse sentido, as ações pensadas na relação com o usuário deve levar sempre em consideração as significações pessoais do sujeito, estando atento às significações do outro em relação ao que faz e a onde vive. Por fim, “[...] a responsabilidade como princípio ético afasta-se de uma perspectiva

assistencialista que visa o resgate do outro sem que esse se responsabilize por sua mudança” (NERY FILHO, VALÉRIO e MONTEIRO, 2011, p. 37).

No olhar de Lancetti (2015) ao referir o caso de São Paulo a partir do Programa “De Braços Abertos”, considera que os Consultórios na Rua atualmente contam com mais apoio e recursos, bem como acesso às Redes de Saúde e Assistência Social. Provoca o autor, baseado em Davi Benedetti¹⁵, que o conteúdo e os fundamentos dos Consultórios de Rua e na Rua deveriam ser os mesmos, pois “a questão do desejo está ligada imediatamente à questão ética”. Nesse sentido, diante das transformações ocorridas, seja na transição de Consultório de rua para Consultório na rua, bem como questões advindas dos projetos antagônicos no campo de álcool e drogas, ou mesmo da veiculação na mídia e a hipervisibilidade das chamadas “cracolândias”, seria importante, diz Lancetti “[...] sempre revisitar os três enunciados éticos antes citados, não só para não perder os princípios, mas para potencializar a clínica” (2015, p.81).

Após a transição do Consultório de Rua para a Política de Atenção Básica, o Ministério da saúde lança em 2012 um manual sobre o cuidado à saúde junto à PSR, sendo que este documento objetiva qualificar o trabalho desenvolvido pela estratégia de saúde da família e pelas equipes de CnR implantadas em todo território nacional.

Inicialmente apresenta o CnR como resultante da somatória das experiências do Consultório de Rua e do Programa Saúde da Família sem domicílio, devendo agora seguir os fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. O CnR se constitui como porta de entrada prioritária na Atenção Básica à Saúde para a população em situação de rua, contribuindo na identificação de tal população, acesso e permanência no sistema de saúde, em qualquer dos diferentes níveis de atenção e ainda “[...] deve atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012, p.13).

Ao apresentar as modalidades de equipe para os CnR: Modalidade I (4 profissionais – 2 de nível superior + 2 de nível médio); Modalidade II (6 profissionais – 3 de nível superior + 3 de nível médio); ou Modalidade III (Modalidade II + 01 profissional médico), define que

¹⁵ No capítulo 3 de seu livro *Contrafissura e plasticidade psíquica*, Antônio Lancetti descreve uma conversa com Davi Benedetti sobre os Consultórios de rua e na rua.

poderão fazer parte as profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal.

Importante destacar que o profissional intitulado agente social, considerado um profissional de nível médio, parece conforme o texto, exercer atividades muito semelhantes aos redutores de danos presentes nas experiências dos CR, tendo em vista que tais agentes sociais devem desempenhar:

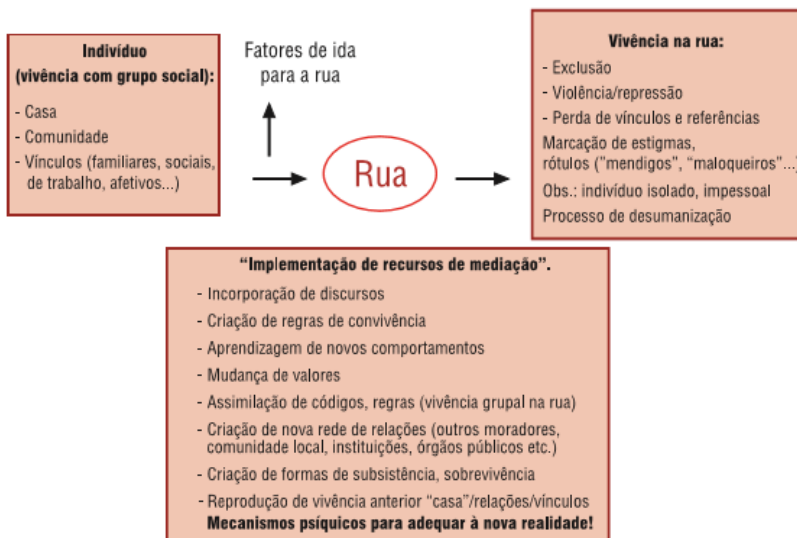
[...] atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Recomenda-se ainda que este profissional tenha preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua (BRASIL, 2012, p.14).

Ao assumir tal função, o agente social, pode contribuir com os profissionais que atuam no CnR numa aproximação com tal população, por meio de sua experiência no contexto social e conhecimento dos hábitos de vida da população em situação de rua. A presença deste profissional, que conta com a carga histórica da RD no Brasil, principalmente fortalecida pelo trabalho desenvolvido em torno dos usuários de drogas injetáveis e na prevenção do HIV/Aids, torna-se uma presença ilustre a partir do momento em que é capaz de acessar lugares existenciais vividos por tal população. O Agente social, se contratado com as características sugeridas pelas orientações ministeriais, apoiará a equipe a trabalhar em territórios pouco possíveis e acessados pela clínica tradicional, nesse direção poderá contribuir com a capacitação da equipe no trabalho com a PSR, principalmente com os usuários de álcool e

outras drogas, bem como no exercício da RD diante de outras demandas de saúde dessa população.

O Manual apresenta o contexto de vida da PSR, mapeando processos de exclusão vivenciados por este grupo. Adentra no que chama de psicodinâmica de vida nas ruas, na qual os sujeitos vivem um processo de alteração profunda nos modos de vida, necessitando implementar recursos de mediação, podendo ser entendidos como mecanismos psíquicos para se adequar a nova realidade, conforme representa a figura 2.

Figura 2 – Psicodinâmica da vida nas ruas



Fonte: Projeto Meio Fio – Organização Médicos sem Fronteiras, 2004.

Fonte: BRASIL (2012)

Ao identificar o processo vivenciado por esta população, o material produzido com intuito de orientar profissionais de saúde no cuidado com tal público, referencia a importância de ser realizado um bom diagnóstico da realidade, sendo que o mesmo deve contribuir com que a equipe do CnR foque no tripé: território, grupo social e singularidades do sujeito (BRASIL, 2012).

O território deve ser compreendido para além da sua extensão geográfica, nele podem ser percebidos e observados diversos fatores e variáveis que contribuem na ampliação do olhar sobre o diagnóstico situacional da rua. Nesse sentido, reconhecer as variáveis sociais,

culturais, demográficas, sanitárias, administrativas, políticas, econômicas, entre outras, é de extrema importância na construção do planejamento das equipes de trabalho. Inclui-se, então a noção de território em suas várias dimensões: “[...] “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida)”. Neste contexto, é importante perceber como essas diferentes perspectivas coexistem, se interpenetram e, às vezes se tensionam (BRASIL, 2012).

O enfoque dado a noção de grupo social, aproxima-se de uma possível caracterização da PSR, na qual afirmam que tal grupo social apresenta a maioria de seus direitos negados e marcados por um processo de exclusão social, citando Castel (1997), no qual o mesmo denomina tal população como “indivíduos sobranes”, resultado de uma invalidez que os rejeitam nos circuitos da utilização social, processo provocado pela conjuntura econômica e social dos últimos vinte anos, referindo-se a década de 1990.

Finalizando o tripé, orientam a importância de estar atento às singularidades dos sujeitos, na qual cada ser humano carrega consigo marcas de sua história e trajetória de vida, sendo que para a população em situação de rua, a trajetória de vida é marcada, quase sempre, por experiências de violências, rompimento de vínculos, conflitos familiares, exclusão do mercado formal de trabalho ou inserção precária em atividades informais, bem como outras características afirmadas por pesquisas nesse campo. Nesse sentido, é requerido dos profissionais que atuam com tal público que estejam atentos e sejam conhecedores dessas trajetórias que muito lhes dizem sobre a forma como a população em situação de rua se organiza, encara a vida e a sua própria saúde (BRASIL, 2012; TRINO, MACHADO, RODRIGUES, 2015).

Ainda para a construção do diagnóstico da realidade, é apresentado a cartografia como possibilidade para leitura da realidade, traduzindo-se por “informações, impressões, observações, sinalizações, sentimentos que contribuem para a construção de um certo campo produtor de subjetividades e devem ser levados em consideração no dinamismo dos diversos contextos da rua” (BRASIL, 2012, p.37). Nesse sentido:

A cartografia integra perspectivas, olhares, paisagens de vida, buscando, dessa forma, mapear com respeito e competência as diversas camadas

de significações apresentadas pela rua [...] A construção da cartografia como primeira etapa do diagnóstico deve contar com a participação de todos os membros da equipe do Consultório na Rua, sendo que, nesse momento, todos deverão atuar na mesma função, embora com olhares e perspectivas diversas. Essa cartografia é, portanto, a tentativa de construir um olhar comum, que não necessariamente é um olhar homogêneo, mas uma perspectiva compartilhada, que comporta a diversidade de olhares e que é pactuada e validada no coletivo das equipes. Essa pactuação coletiva tem a intenção de ser a principal ferramenta para realização de um planejamento/plano de trabalho para a tomada de decisões e validação dos processos de trabalho da equipe e na equipe (BRASIL, 2012, p.38).

O trabalho da cartografia assemelha-se ao movimento realizado pelas equipes de CR, mesmo que por outras vias, o de abertura de campo, ao sair pelo território mapeando áreas, observando os fluxos, as circulações de pessoas, identificando espaços e parceiros para a realização do trabalho no espaço da rua. Neste trabalho, tendo em vista a complexidade e a circulação por um território ainda não muito conhecido, a presença do redutor de danos fazia (e faz-se) fundamental por seu conhecimento e experiência em circular e conviver com tais movimentos advindos dos territórios das ruas.

Ao tratar do tema territórios, alerta que a PSR tem como uma característica a circulação constante por diversos territórios, nesse sentido, sendo importante “[...] a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pela equipe do Consultório na rua, como também pelas equipes das UBS, de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário” (BRASIL, 2012, p.33).

O território deve ser entendido como algo central a ser observado, tendo em vista que a PSR em geral, circula por diferentes territórios, podendo necessitar da atenção e atendimento em serviços não antes acessados e conhecidos pelos mesmos. Nesse sentido, renova-se a função das UBS e dos CnR como porta de entrada do SUS, constituindo-os como dispositivos que garantam a inserção de tal população no sistema público de saúde brasileiro.

A RD, juntamente com outras indicações da Política Nacional de Atenção Básica, deve se constituir como uma estratégia fundamental na atenção as pessoas em situação de rua. Nesse sentido, conforme o Ministério da Saúde, “Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pela equipe” (BRASIL, 2012, p.43). Neste contexto, a RD não está ligada somente as ações no campo de álcool e outras drogas, podendo se exercitada como um conhecimento, ou como reafirma a PNAIUAD de 2004, como um filosofia transversal à toda ação de saúde.

Diante dos determinantes de saúde e doença vivenciados pela PSR, o manual cita os principais problemas clínicos apresentados por este grupo poulacional, sendo estes: **problemas nos pés** - varicosidades e estase venosa, celulites e erisipelas, micoses, calosidades, clavus plantares, pé-de-imersão ou pé-de-trincheira, bicho-de-pé e unha encravada; **infestações** - pediculuscoporis (piolho de corpo, muquirana), pediculus capitis, pthiruspubis e escabiose (sarna); **DST, HIV e AIDS** – Blenorrágia, sífilis, Hiv, hepatites B e C, condiloma, cancro mole, chato, clamídia e herpes; **Gravidez de alto risco; Doenças crônicas** - Hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica; **Uso abusivo de álcool e outras drogas; e problemas de saúde bucal** (BRASIL, 2012).

O conhecimento dos principais problemas de saúde da PSR por parte dos profissionais de saúde possibilita aos mesmos uma aproximação qualificada no sentido de reconhecer particularidades e singularidades de tal público, e contribuir para a melhora da saúde destes. Associado a isto, é importante certa disponibilidade de ser afetado pelas reais vivências dessa população, bem como o exercício da empatia para entender suas reais necessidades. É preciso se identificar com os contextos e realidades da PSR, ou ao menos, entender o outro como um sujeito de direitos, que nas lentes da equidade, teria acesso diferenciado tendo em vista as vulnerabilidades vivenciadas cotidianamente. Portanto, conforme assinala Onocko Campos e Campos (2009) o trabalho em prol da produção da saúde nos põe a rever nossas atitudes de cidadãos e trabalhadores do campo da saúde. Para eles, “nossa função é pôr-nos a serviço da defesa da vida, como agentes que se deixam tocar, sujeitos que também sofrem interferência da vida que pulsa” (2009, p.684).

CAPÍTULO 3 – APORTES TEÓRICOS AO TRABALHO COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS.

Neste capítulo são apresentados alguns conceitos que considero fundamentais para a atuação com a PSR e para o Consultório na Rua. Nesse sentido, os conceitos e reflexões sobre População em situação de rua, Exclusão social e processos de Rualização, Atenção básica à saúde, Redução de danos, Vínculo e Acolhimento, Territorialização e Desterritorialização, Atenção Psicossocial, Educação social de rua e Pedagogia da presença trazidos neste texto, objetivam contribuir para pensar uma atenção qualificada aos sujeitos que tem a rua como seu principal lugar de vivência, moradia e sustento. Ao mesmo tempo estes conceitos buscam oferecer uma base teórica para as análises que serão realizadas a partir dos dados observados e coletados em campo.

O Consultório na Rua no Brasil se fortalece das experiências advindas de múltiplas ações encampadas para o cuidado e atenção da pessoas em situação de rua, principalmente de ações no campo das políticas de Saúde e da Assistência Social. Nestas ações, muitas lideradas por projetos de RD, por equipes de PSF sem domicílio ou PSF de rua e pela educação social de rua, as intervenções com tal público apoiavam-se em diferentes conceitos e conhecimentos. Estes identificavam-se com a complexidade do viver nas ruas, do uso de drogas como fenômeno social, do acolhimento às diferenças e sofrimento dos sujeitos, bem como a compreensão das formas e hábitos dos sujeitos que tem na rua seu principal espaço de socialização, aqueles que ocupam sem ter posse, um território de poucos limites geográficos, mas de muitos limites sociais.

3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Para abrir esta sessão escolhi um dos temas mais importantes desta Tese, a discussão sobre a diversidade e complexidade da PSR. Nesse sentido, busquei autores imersos nesse campo para descrever sobre os principais conceitos de população em situação de rua, perpassando pelas idéias de processo de exclusão social e de rualização – sendo este ultimo, no olhar de Prates, Prates e Machado (2011) o movimento/processo que leva as pessoas em direção às ruas.

Considerando a heterogeneidade que abrange o ser e estar dos sujeitos nas ruas, apresento uma breve categorização disposta na

pesquisa de Snow e Anderson (1998, p.87-120), realizada nos Estados Unidos, que contribuiu para ampliação do olhar sobre fenômeno das pessoas em situação de rua. Segundo os autores as pessoas em situação de rua, a partir da experiência Americana, dividem-se em três grandes grupos, conforme o quadro 5 que segue.

Quadro 5 – Categorização das pessoas em situação de rua a partir de Snow e Anderson (1998)

<p>* Recém-deslocados;</p> <p>* Vacilantes: 1- Regulares; 2- Institucionalmente adaptados;</p> <p>* Outsiders: 1 – Andarilhos: dentre eles: 1.1 – Tradicionais; 1.2 - Hippies; 2 – Mendigos: dentre eles: 2.1 – Tradicionais; 2.2 – Redneck;</p> <p>3 - Doentes Mentais.</p>

Fonte: Snow e Anderson (1998)

De acordo com **Snow e Anderson (1998)** os **Recém-deslocados** são indivíduos que estão recentemente e pela primeira vez nas ruas, e apresentam forte desejo de sair delas. Eles buscam de maneira mais reiterada encontrar emprego, o que os motiva a repudiar a identidade social de “*peçoas de rua*” e a considerar desconcertante sua situação atual.

Dentre os **Vacilantes** encontram-se os indivíduos que foram mal sucedidos nas tentativas de sair das ruas, oriundos do grupo dos recém-deslocados. Os autores os denominaram de vacilantes com base na noção de liminaridade, pois vivem a ambiguidade de status que ocupam num momento crítico de mudanças em sua vida, com um pé no mundo domiciliado do passado e outro plantado na vida da rua.

Na categoria Vacilantes, de acordo com os autores tem-se:

- Os *Vacilantes regulares* são indivíduos que se encontram em situação ambígua, na passagem de status descrita anteriormente.
- Os *Vacilantes institucionalmente adaptados* são indivíduos que suspendem temporariamente a passagem de um *status* para outro, instalando-se em instituições de contenção, tais

como prisões e asilos, enquadrados numa situação liminar institucionalmente estruturada.

Já os *Outsiders* são os indivíduos para quem a vida de rua se tornou um dado quase inquestionável, então, raramente falam em sair desse lugar. Esta categoria se divide em:

- *Andarilhos*: Se caracterizam pela migração, considerando um raio de deslocamento maior do que os demais moradores de rua; possuem forte senso de independência e autocontrole; o uso de álcool é central como suporte ao cotidiano; parecem resignados à vida nas ruas, com uma tendência a se desfazer do nome de batismo, em favor de nomes adquiridos da vivência na rua. Por sua vez os Andarilhos se subdividem em:

- *Andarilhos tradicionais*: herdeiros dos antigos andarilhos emprestam deles o ciclo de trabalho, a ingestão de bebidas (os abusos tendem a ser mais programados) e a migração. Sinalizam forte impulso à viagens, mas se vêem como “irmãos de estrada”.
- *Andarilhos hippies*: herdeiros da contracultura da década de 60 se identificam com os valores dos heróis do rock daquele tempo. Envolvem-se com artes e artesanatos, usam e vendem drogas. Apresentam como tendência perambular juntos pelas ruas, quase de modo comunitário.

- *Mendigos*: são marcados pelo desamparo, assim dependem do auxílio de outros para garantir a subsistência mínima. Este grupo se subdivide em:

- *Mendigos tradicionais*: esses indivíduos são aqueles que mais se aproximam da imagem tradicional do alcoolista da zona marginal. Em geral pouco se deslocam, com forte dependência de álcool; raramente realizam trabalhos remunerados. Sobrevivem de mendicância, resignados a esse estilo de vida, ou seja, vivem apenas no presente.
- *Mendigos redneck*: assemelham-se aos mendigos tradicionais quanto à imobilidade e o uso abusivo de álcool, mas se diferenciam na subsistência que é baseada principalmente na combinação de venda de plasma¹⁶,

¹⁶ Plasma é um componente líquido retirado do sangue para suprir bancos de coletas de clínicas e hospitais. Esta é uma prática encontrada nos Estados

comércio e esmolas. Tendem a andar juntos, em semelhança com andarilhos *hippies*, mas preferem músicas *country*. São menos sociáveis e costumam ser brigentos.

- **Doentes mentais**¹⁷: são indivíduos que dão alguma indicação de estarem severamente prejudicados do ponto de vista psiquiátrico, no contexto de vida de rua. Três critérios foram usados: internação anterior, designação como doente mental por outros indivíduos moradores de rua e conduta tão bizarra que possa ser interpretada como sintomática de doença mental, pela maioria dos observadores. São os indivíduos que mais catam lixo e sua rotina não inclui muito uso de álcool, nem de outras drogas. Eles foram os mais reclusos e socialmente isolados. Os chamados usuários de substâncias psicoativas e os que exibem provas de depressão não foram incluídos nesta categoria.

Snow e Anderson (1998) apresentam uma categorização bastante rígida, tendo em vista a complexidade das vidas desses sujeitos. Embora façam a separação como demonstrado anteriormente, ao ouvir as histórias de vida e conhecer suas realidades percebo que muitas categorias se misturam, se confundem e talvez não dêem conta de conceituar e categorizar sujeitos constituídos de identidades tão limítrofes. Desta forma, esta separação tão quadrática serve para pensar em diferentes sujeitos, marcados por algumas características comuns ou ainda próximas, mas que como já enfatizado, não contemplam os detalhes singulares que cada vida e/ou história é capaz de armazenar.

Em estudo etnográfico realizado por Brognoli, mesmo não desejando instaurar nomenclaturas que marquem identidades fixas, contribuiu trazendo em cena características dos chamados “trecheiros” a partir dos sujeitos pesquisados, desta forma “[...] são pessoas que não tem parada, que andam de um lugar para outro [...]”, ainda para outros: “[...] são pessoas que andam nas ruas e não tem mais nada”. O trecheiro é visto com um viajante, aquele que “[...] não para muito em um mesmo lugar, nem fica muito tempo em qualquer outro”, bem como “[...]”

Unidos na época de realização da pesquisa de Snow e Anderson (1998), não há registros desta prática no cenário brasileiro.

¹⁷ A escolha do termo pelos autores se deu ao ser considerado pelos mesmos que é um traço que perpassa a imagem pública e disseminada pela mídia dos moradores de rua, sendo muito utilizado no próprio espaço da rua. Os autores reconhecem a ambiguidade do termo, bem como a consideram errônea e exagerada.

peças que andam de uma cidade a outra, sem se estabelecer em lugar nenhum” (1996, p.52).

De acordo com a própria identificação dos sujeitos pesquisados por Brognoli (1996) o trecheiro se caracteriza por percorrer longos percursos, viaja quase sempre a pé entre cidades distantes e não costuma parar, portanto está sempre no trecho. O termo trecheiro se vincula a ideia de viajante. No estudo realizado muitos sujeitos falam do trecheiro como um sujeito que tem como característica a honestidade, aquele que pode até pedir um prato de comida, mas que geralmente consegue dinheiro por meio de trabalhos braçais, como capinar terrenos para sustentar seu modo de vida e suas necessidades diárias. A ideia de trecheiro apresentada por Brognoli (1996) aproxima-se da categoria “andarilhos tradicionais”, citada anteriormente a partir de Snow e Anderson (1998).

No mesmo estudo, diferente dos trecheiros, surgem os chamados “pardais” – aqueles que como o pássaro pardal, nunca se afastam muito do ninho. De acordo com Brognoli (1996) o termo é bastante utilizado para referir-se aos moradores de rua, em algumas ocasiões é também referência para os andarilhos que andam pequenos percursos entre cidades próximas ou mesmo dentro de uma mesma cidade. Estes sujeitos frequentemente estabelecem lugares mais ou menos fixos, são mais fáceis de encontrar, demonstram uma maior fixação nos territórios onde vivem. De acordo com Brognoli (1996) demarcam uma ausência de movimento, tanto espacial, quanto existencial e geralmente não se vinculam a trabalhos, sobrevivendo por meio da ajuda de outras pessoas.

Aproximando da ideia de trecheiro, para Prates, Prates e Machado (2011) expressões como deambulantes ou andarilhos, dizem respeito ao movimento de deslocamento, segundo os autores, não tão comum às pessoas em situação de rua. O ser nômade presente na figura do andarilho advém muitas vezes de processos de expulsão de locais, nos quais foi aceito por um período, mas logo depois contraditoriamente rejeitado, ato motivado seja pelo acúmulo de objetos no espaço da rua, pelo uso frequente de drogas, pela apresentação de delírios ou simplesmente pelo incômodo causado por sua presença e forma de ser-estar no mundo aos moradores do bairro ou pessoas que por ali circulam.

Vieira et al (1992) dividem as pessoas em situação de rua em três grandes grupos: 1) pessoas que ficam na rua; 2) pessoas que estão na rua e 3) pessoas que são da rua.

O primeiro grupo é marcado por uma situação recente de desemprego e/ou outros motivos que o podem deixar sem local fixo para moradia. Outra característica desse grupo é que por sua presença recente na rua apresentam medo e insegurança para dormir neste espaço, procurando albergues, pensões e outras instituições para pernoitar até que tenham dinheiro para custear, ou ainda procuram lugares públicos de maior movimento para se proteger e quem sabe dormir. Este grupo é caracterizado assim por uma situação circunstancial, mantendo contatos com a família e um projeto de vida planejado (VIEIRA et al, 1992).

O segundo grupo, daqueles que “estão na rua”, é formado por pessoas que já não apresentam tanto medo de estar nessa condição, estabelecem relação com outras pessoas que estão na mesma situação, conseguindo se vincular a alguma atividade informal de trabalho no espaço da rua (guardadores de carro, catadores de materiais recicláveis, dentre outras atividades). Muitos ainda possuem projeto de sair dessa situação e mantém poucos contatos com seus familiares (VIEIRA et al, 1992).

Já o terceiro grupo, das pessoas que “são da rua”, de acordo com Vieira et al (1992) tem esse espaço como seu principal lugar de referência e estabelecimento de suas relações. Por estarem nesse ambiente há um bom tempo, em geral apresentam marcas bastante visíveis dessa vivência debilitadas pela alimentação precária, falta de cuidados com a saúde física e mental, e também muitas vezes associados ao uso/abuso de álcool e outras drogas .

Sobre este terceiro grupo, “das pessoas que são da rua”, há que se considerar a reflexão dos autores abaixo:

Considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento. Vive-se em casas, apartamentos ou, no caso do segmento analisado, no espaço da rua, e esta pode ser uma situação contingente. Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central. Estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. Vista como determinação, uma situação social pouco apresenta em termos de perspectivas de superação (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011, p.194).

Em pesquisa recente, Trino, Machado e Rodrigues (2015) afirmam que existem uma multiplicidade de situações vivenciadas pelo

segmento PSR, tendo em vista as questões de âmbito pessoal e/ou social, que incluem os fatores de ida para as ruas, as estratégias de sobrevivência, a construção de vínculos e os novos formatos de socialização presente nessa vivência. Nesse sentido, os autores consideram que o conceito de PSR configura um amplo espectro de referenciais que tem sido discutido e apresentado por órgãos nacionais e internacionais.

Os autores apresentam como referências importantes os conceitos da Organização das Nações Unidas (ONU), o da Fundação Instituto de pesquisas Econômicas (FIPE) e da Política Nacional para a população em situação de Rua – Decreto n. 7. 053, de 23 de dezembro de 2009. O conceito utilizado pela ONU caracteriza a PSR a partir de dois conceitos: o primeiro, como desabrigados ou *shelterless*, sendo estes indivíduos que vivem nas ruas por falta de locais de moradia devidos a tragédias naturais, guerras e desemprego em massa; já o segundo grupo, intitulado como *homeless* são aqueles que não se enquadram na categoria como desabrigados. O conceito da FIPE (2000) apresenta a PSR como um segmento que tem baixíssima renda, que de forma temporária ou permanente pernoita nos logradouros das cidades, nos albergues públicos e organizações sociais. O terceiro conceito, da Política Nacional para a população em situação de rua (2009) é semelhante ao apresentado da Política Nacional de Inclusão social da população em situação de rua (2008). É possível considerar que este grupo, mesmo na sua heterogeneidade, apresenta algumas características em comum, sendo definido como:

[...] um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2008, p.9).

O termo “população em situação de rua”, utilizado em documentos oficiais do estado brasileiro, abrange um conjunto de significados que contempla um grupo bastante heterogêneo, como os andarilhos, trecheiros, pardais, dentre outros sujeitos que fazem da rua seu principal espaço de convivência. Marcam sua relação com a rua segundo “[...] parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-a-

vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes”. É comum que estabeleçam “[...] no espaço público da rua seu palco de relações privadas, o que os caracteriza como ‘população em situação de rua’”(BRASIL, 2008, p.3).

Corroborando com a nomenclatura oficial brasileira, Frangella (2009) mesmo reconhecendo a heterogeneidade desse grupo populacional, exprime que na experiência contemporânea as categorias homeless ou em situação de rua funcionam como termos guarda-chuva que ressoam politicamente como menos excludente e mais homogeneizadoras. Agrega assim, “[...] o andarilho em deslocamento contínuo, os mendigos, os ‘loucos da rua’, e ainda os desempregados que vivem temporariamente nas ruas e frequentam albergues” (FRANGELLA, 2009, p. 51).

As diferentes, mas também complementares categorizações apresentadas anteriormente ampliam e ao mesmo tempo complexificam o olhar sobre esses sujeitos, pois os diferenciam em algumas características a partir de suas formas de ser e estar nas ruas, dependendo da cultura e formas de socialização. Com afirmam Trino, Machado e Rodrigues (2015) os conceitos sobre PSR são complexos e exigem uma ressignificação do conceito, dependendo do contexto e território onde se pensa a questão. Referem os autores que na implementação de políticas regionais é necessário levar essas diferenças em consideração, tendo em vistas os diferentes territórios, bem como estar atento ao dinamismo do território vivo, necessitando de uma permanente atualização de sua cartografia.

Nesse sentido, esta Tese se referencia no conceito de PSR apresentado pela Política Nacional para a inclusão social da população em situação de rua de 2008, tendo em vista a proximidade do conceito e caracterização apresentada por esta com as vivências dos sujeitos nas cidades de médio porte brasileiras, dentre elas as que foram campos de pesquisa deste estudo, sendo estas, Florianópolis, Criciúma e Joinville, do estado de Santa Catarina. Ainda considero importante frisar que, baseado em Silva (2009), utilizarei a expressão população em situação de rua, por considerar a mais apropriada na designação da situação ou condição social desse grupo populacional, considerando que o estar nas ruas, “não resulta apenas de fatores subjetivos vinculados à sociedade e à condição humana... mas, uma condição produzida pela sociedade capitalista, no processo de acumulação de capital” (SILVA, 2009, p.29).

Percebe-se que algo em comum transpassa a história de vida desses sujeitos, mesmo que ambivalente para algumas discussões, todos,

independentes de suas diferentes nomenclaturas ou categorizações, vivenciam um processo de exclusão social gerado por diversos fatores apresentados neste estudo, e numa relação bastante próxima com a distribuição desigual da riqueza, que gera a pobreza, sendo que esta última se intensifica na apropriação privada dos meios de produção, bem como da exploração da classe dos capitalistas sobre os trabalhadores. Questões estas, de acordo com Max (1988), inerentes a sociedade capitalista.

Na sequência, em composição ao apresentado no item anterior, apresento conceitos e reflexões sobre a população em situação de rua e os processos de exclusão social e rualização.

3.2 EXCLUSÃO SOCIAL E PROCESSOS DE RUALIZAÇÃO

Discutir os processos de inclusão e exclusão social torna-se bastante complexo tendo em vista uma gama de autores brasileiros¹⁸ que estudam o tema, elencando cada um, diferentes condicionantes sobre esses processos. Ao reconhecer a linha tênue que separa incluídos e excluídos, podemos considerar que:

Não há como definir um limite preciso entre o “incluído” e o “excluído”. Não se trata de um conceito mensurável, mas de uma situação que envolve a informalidade, a irregularidade, a ilegalidade, a pobreza, a baixa escolaridade, o oficioso, a raça, o sexo, a origem, e principalmente, a falta de voz (MARICATO, 1994, p.51).

Leal (2011) divide para fins analíticos a exclusão social em três conjuntos, agrupados de acordo com grandes traços que se repetem nas definições dos principais autores brasileiros sobre a temática.

O primeiro diz respeito à relação da exclusão social com “a fragilização e/ou ruptura dos laços sociais que integram o indivíduo à

¹⁸ Em estudo realizado por Giuliana Franco Leal (2011), a autora analisa o debate contemporâneo sobre exclusão social e apresenta os principais autores brasileiros que discutem o tema, dentre eles estão: BRACHO (2001); SCOREL (1999); NASCIMENTO (1994a) e (1994b); OLIVEIRA (1997); PINTO (2001); WANDERLEY (2001); ADULIS e FISCHER (1998); ARZABE (2001); SOUZA (1994); SPOSATI (2003); VÉRAS (2001); XIMENES (1999); POCHMAM (2003); SANTOS (2003); SAWAIA (2001); DEMO (1998 e 2003).

sociedade”, dentre os estudiosos brasileiros que mais se destacam nesta visão está Escorel (1999) apud Leal (2011), o qual define a exclusão social como “[...] um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até a ruptura dos vínculos em cinco dimensões da existência humana em sociedade”. Estas cinco dimensões se dividem em: econômico-ocupacional, sociofamiliar, da cidadania, das representações sociais e da vida humana.

A *dimensão econômico-ocupacional*, relacionada principalmente a esfera do trabalho, constitui o processo de fragilização dos laços sociais operando por meio de inserções em trabalhos precários ou mesmo nos casos de desemprego, fortalecendo a ideia de que cada vez mais as pessoas são economicamente desnecessárias.

Na *dimensão sociofamiliar*, fragmentam-se e fragilizam-se as relações fundamentais entre os familiares, com a vizinhança e comunidade, contribuindo para o isolamento e à solidão do indivíduo. Na *dimensão da cidadania e da política*, o poder de ação e representação é retirado, privando o indivíduo deste direito. Já na *esfera das representações e dos relacionamentos com o outro*, o processo de exclusão se materializa por meio das discriminações e pelos estigmas, podendo para muitos chegar ao ponto da negação da humanidade do outro. E na *dimensão da vida humana*, os indivíduos, aqui chamados de “excluídos”, “[...] restringem-se à busca da sobrevivência e acabam sendo expulsos da categorização dentro da humanidade tal como idealizada pela filósofa Hanna Arendt (1999), no livro a condição humana” (LEAL, 2011, p.13).

Escorel (1999) apud Leal (2011) chama a atenção para o entrelaçamento entre as dimensões apresentadas, no qual umas agem sobre as outras, reforçando-se mutuamente. Este processo de exclusão social se intensifica a partir das experiências de fragilização, precarização e diversas rupturas da vida social. Leva os indivíduos muitas vezes à condições de alguém “sem lugar no mundo”, desvinculado ou ainda com vínculos muitos frágeis que não lhe permitem se ver ou mesmo, ser visto como uma unidade social de pertencimento.

O segundo conjunto, que discute a exclusão social como “alijamento de direitos ou como a não cidadania” a relaciona com a negação dos direitos humanos e sociais considerados básicos e universais na sociedade contemporânea. Esta negação ou mesmo o cerceamento de direitos, dificulta o exercício de liberdade, dos direitos políticos, da participação na comunidade, bem como seu

reconhecimento como pessoa. Baseada em Souza (1994), Leal (2011) apresenta a ideia de exclusão social como “sequestro de cidadania” ao lembrar que algumas formas de privação de direitos são consideradas legais em determinados locais, nas quais a restrição do voto feminino em algumas sociedades serve como exemplo.

Por fim, Pastorini apud Leal (2001), no terceiro conjunto, apresenta a exclusão social como “conjunto de privações e vulnerabilidades relacionais, em processos de contradição”. Nesta dimensão são incluídas a pauperização e desigualdade social, resultantes das transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas nos últimos 30 anos, conformando-as entre as principais manifestações da questão social contemporânea. Assim, de acordo com Pastorini exclusão social está relacionada à temática da pobreza, da desestabilização dos trabalhadores antes estáveis, e da perda dos padrões de proteção social.

Corroborando com as idéias de Pastotiri apresentadas anteriormente, Silva (2009) ao refletir sobre o fenômeno PSR, afirma que este é uma expressão radical da questão social, e sua origem e reprodução contínua estão alicerçados aos processos inerentes à acumulação de capital. Nesse sentido, relacionando o que chamou de superpopulação relativa ou exército industrial de reserva somado às pressões e exigências do capital, afirma a que ao fenômeno PSR está relacionado as desigualdades sociais que se processam na relação capital/trabalho. Refere Silva (2009) que as desigualdades sociais foram aprofundadas na contemporaneidade sendo geradas:

[...] em face das mudanças no mundo do trabalho, oriundas principalmente da reestruturação produtiva, da reorientação do papel do estado e da supervalorização do capital financeiro sobre o capital produtivo. Nesse contexto, o aprofundamento do desemprego e do trabalho precário constitui fator relevante da expansão da superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, da elevação dos índices de pobreza e dos níveis de vulnerabilidade da classe trabalhadora e, conseqüentemente, da expansão do fenômeno população em situação de rua, como parte constitutiva da pobreza e da superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção do capitalismo (SILVA, 2009, p. 115-116).

No conjunto de privações que contribuem para o processo de exclusão social, a pobreza aparece como fator preponderante, e no olhar

de Demo (2003) não está relacionada somente com a pobreza econômica. O autor enfatiza a questão política da pobreza, afirmando:

[...] o cerne mais duro da pobreza é político. Exclusão social mais dramática não é só não dispor de bens essenciais. É sobretudo, não conseguir alçar-se à condição de sujeito capaz de comandar seu destino. Nega-se não só acesso material, mas principalmente a autonomia emancipatória (DEMO, 2003, p.36).

No mesmo sentido Sposati (2003) contribui ao afirmar que exclusão social é mais do que puramente a pobreza, considerando-a como o estado de não ter, sendo que se trata de um processo de não inclusão, de apartação, e negação como decisão histórica e culturalmente humana de criar interdições. A autora em outro estudo aponta que a exclusão social se refere também à discriminação e estigmatização, podendo estar relacionada a questões de sexo, cor, orientação sexual, bem como outras características e atribuições dos sujeitos, não estando necessariamente relacionadas com a pobreza (SPOSATI, 1999).

A noção de exclusão social apresentada pelos autores não demarca pontos fixos e rígidos para inclusão ou exclusão de sujeitos no mundo contemporâneo, grande parte delas se estreitam com o tema da cidadania, da participação, dos direitos sociais, políticos e econômicos, sendo neste último incluído as questões relativas ao trabalho.

Segundo Velho (2003) na própria dinâmica das sociedades complexas¹⁹ há espaço para a coexistência de diferentes mundos. São as metrópoles o *locus*, por excelência, da diversidade, lugar onde os sujeitos encontram mais espaço para expressar suas singularidades, mesmo com elevado preço a pagar²⁰. Assim, é nas cidades, nas metrópoles, que os indivíduos transitam com maior intensidade entre papéis e domínios.

¹⁹ Para Velho (1999) a expressão “sociedade complexa” refere-se a noção de sociedade na qual a divisão social do trabalho e a distribuição de riquezas delineiam categorias sociais distinguíveis com continuidade histórica, sejam classes sociais, estratos, castas. Por outro lado a noção de complexidade traz também a ideia de uma heterogeneidade cultural que deve ser entendida como a coexistência, harmoniosa ou não, de uma pluralidade de tradições cujas bases podem ser ocupacionais, étnicas, religiosas, etc.

²⁰ Influenciados por Simmel, esta era a visão dos sociólogos de Chicago a cerca da metrópole. Ideia presente em Velho (2003).

Podemos dizer, assim, que na sociedade moderno-contemporânea os indivíduos transitam não entre dois *sistemas*, mas entre *n* domínios e/ou níveis socioculturais. Por outro lado, quando se fala em ajustamento, sabemos que é altamente problemático pensarmos tendo apenas *um* sistema como referência, desde que por definição os indivíduos transitem entre mundos e esferas diferenciados, cujas relações não só são lineares como não são regulares, aproximando-se, em sua extrema complexidade, de modelos caóticos (VELHO, 2003, p.80).

É nas grandes cidades e metrópoles que o fenômeno do habitar a rua acontece com mais intensidade e diversidade, isso considerando o exposto pelos autores discutidos. São nestes grandes emaranhados de situações, pessoas, organizações dos mais diferentes tipos, que os sujeitos encontram mais espaços, não somente físico, mas também de ordem social e cultural para exercício desta condição, de “com-viver” nas ruas.

Por que e como se dá a ida para as ruas? Quais os fatores que levam, ou até mesmo empurram estes sujeitos para a rua? Conhecer esse processo, bem como alguns dos condicionantes que sustentam esse movimento é importante ferramenta para profissionais que atuam com tal população. No mesmo sentido, Trino, Machado e Rodrigues (2015) afirmam que é necessário compreender como se dá o percurso desses indivíduos na sua ida para a rua e todo seu processo de exclusão. Conforme os autores, uma vez na rua estes sujeitos passam a vivenciar – e eu diria reforçar e ampliar, seus processos de violências, de repressão, de perda de vínculos e de referências, bem como de reafirmação de estigmas e rótulos – muitas vezes já vivenciados e iniciados no próprio espaço de suas antigas casas e moradias.

Ao tratar sobre a casa e a rua, Damatta (1997) brilhantemente reflete sobre esses espaços e sobre os sujeitos que se constituem a partir desses lugares, que não necessariamente antagônicos, mas que possuem na história da sociedade brasileira marcas que os diferenciam brutalmente. Assim:

Em casa somos todos, conforme tenho dito, "supercidadãos". Mas e na rua? Bem, aqui passamos sempre por indivíduos anônimos e desgarrados, somos quase sempre maltratados

pelas chamadas "autoridades" e não temos nem paz, nem voz (DAMATTA, 1997, p.12).

No Brasil, conforme traz o autor, a casa e a rua são espaços diferenciados que também possibilitam atribuir características aos sujeitos, considerando que não são lugares neutros. Portanto os termos “estar em casa”, ou ainda “sentir-se em casa” quase sempre estão relacionados a situações harmoniosas, de acolhimento, nas quais as disputas devem ser evitadas. A casa frequentemente está relacionada à familiaridade e hospitalidade, por isso “ser posto para fora de casa” é um ato violento, pois perdemos aquilo que supostamente esse espaço nos oferece de melhor, o aconchego e a proteção.

Damatta (1997) afirma que em estudo realizado por Gilberto Freire em 1936, a casa e a rua foram assinaladas como “inimigas”, mas, ao mesmo tempo observa que essa “inimizade” adquire caráter especial e complementar, pois, por serem a rua e a casa espaços gêmeos, não se pode falar de um sem mencionar o outro. São espaços opostos, mas que carregam nesta oposição traços complexos, dinâmicos e relativos, pois se reproduzem mutuamente, sendo que a rua muitas vezes pode possuir espaços fechados ou mesmo apropriados por um grupo, categoria social ou pessoas, tornando-se “sua casa” ou seu “ponto”.

Tornar-se “morador de rua” significa alterar o espaço urbano, bem como ser alterado por ele. Segundo a autora, ser morador de rua ou estar nas ruas, não pressupõe uma identidade fixa, estanque ou irredutível. Muitas vezes esse “estado”, se assim podemos chamar, são temporários, embora na sua grande maioria assinale um processo marcante de envelhecimento dos sujeitos, conforme assinala Frangella (2009).

Tratando-se de família, casa e rua, Damatta afirma que são abundantes os dramas nos quais o espaço da casa é violado, e como forma de penalização, alguém da família, habitante da casa, é atirado à rua, e somente depois de mil peripécias e sofrimentos poderá voltar ao lar e usufruir os prêmios a que faz jus. Assim, se as definições de casa a associam a espaços de calma, repouso, recuperação e hospitalidade e ainda a tudo aquilo que se relaciona com a ideia de amor, carinho e calor humano, a rua seria precisamente o espaço inverso. Terra pertencente “[...] ao governo ou ao povo [...]”, marcada de fluidez e de movimento. Portanto, a rua nesse sentido seria “[...] um local perigoso” (DAMATTA, 1997, p.40).

Tanto a casa, quanto a rua, são espaços físicos e simbolicamente construídos e que expressam códigos sociais que demarcam

comportamentos, considerando que certas coisas só podem ser realizadas no espaço da casa e outras, na rua. No olhar de Damatta (1997) a sociedade parece ainda fiel à visão da rua como espaço “propício a desgraças e roubos”, assim nos revela que a realidade não mudou drasticamente. A rua continua sendo vista como lugar movimentado, que pode levar a confundir qualquer pessoa com um indigente, ou mesmo ser tomado pelo que não é. Damatta (1997) nos mostra o poder que este espaço possuiu, muitas vezes, o de qualificar os sujeitos a partir das construções ideológicas que foram - e que são, até hoje atribuídas ao espaço da rua.

O processo de rualização, de acordo com Prates, Prates e Machado (2011) parte de uma concepção oposta de achar que os sujeitos “são da rua”, desta forma o entende como um processo social que se configura a partir de múltiplos condicionantes, e num espaço de tempo. Para os autores, para ser interrompido, este processo necessita de ações preventivas ou ainda intervenções quando o tempo de estada na rua dos sujeitos é ainda curto, potencializando assim a efetividade das ações para sua reversão. Para discutir alguns condicionantes que contribuem para o processo de rualização, iniciarei apresentando dados de pesquisas brasileiras que caracterizam esses sujeitos e algumas especificidades deste segmento populacional, dentre elas o uso e abuso de álcool e outras drogas.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada entre 2007 e 2008, foi considerada o maior e mais atual levantamento de informações com este grupo populacional no Brasil até o momento. O público alvo foram pessoas a partir de 18 anos, residentes em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e mais 23 capitais, independente de seu porte populacional²¹. Foram identificadas cerca de 31.922 (BRASIL, 2008). Nesta pesquisa não foram analisadas todas as cidades brasileiras e o número acima não conta com os resultados das pesquisas realizadas em São Paulo em 2003 (10.399 pessoas), Belo Horizonte em 2005 (1.164 pessoas, incluindo crianças e adolescentes), Recife em 2005 (1.390 pessoas, incluindo crianças e adolescentes) e Porto Alegre 2007 (aproximadamente 1.203 pessoas)²². Considerando

²¹ Entre as capitais brasileiras não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e ainda Porto Alegre por estar realizando outra pesquisa com o mesmo público naquele momento.

²² Os dados da pesquisa de Porto Alegre – RS foram encontrados no trabalho de Graziola (2011)

esses aspectos, não é possível, e talvez nem importante, contabilizar um número fixo e confiável dessas pessoas somando todas as pesquisas, devido suas diferentes metodologias e critérios étários diferenciados.

Em relação ao estar em situação de rua, o maior índice, cerca de 35,5%, afirmaram que passaram a viver e morar na rua por problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, 29,8% justificam pela situação de desemprego, e 29,1% por desavenças com pai/mãe/irmãos, sendo que 71,3% do total de entrevistados citaram pelo menos um dos três motivos, e a possibilidade de alguns momentos contribuem como o desencadeamento de outro. Grande maioria, 69,6%, costuma dormir na rua, 22,1% dormem geralmente em albergues e outras instituições, e somente 8,3% alternam entre a rua e essas instituições acolhedoras. Cerca de 48,4% está há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue (BRASIL, 2008).

Dos entrevistados, 27,7% afirmaram ter algum problema de saúde, sendo os mais citados: hipertensão (10,1%), psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%), visão/cegueira (4,6%). Geralmente quando adoecem, 43,8% procuram o hospital/emergência em primeiro lugar e apenas 27,4% procuram inicialmente as UBS. A grande maioria desta população não é atingida pela cobertura de benefícios de programas governamentais, somando em 88,5% aqueles que afirmam não receber nenhum tipo de benefício de órgão governamental. Cerca de 95,5% não participa de qualquer movimento social ou atividade de associativismo, sendo que apenas 2,9% afirmaram participar de algum movimento ou associação (BRASIL, 2008).

Contribuindo para ampliação e entendimento do fenômeno, Ferreira e Machado (2007) identificam quatro grandes grupos de fatores que levam as pessoas a fazer da rua seu principal local de referência, desse modo dividem em: experiências de violências, uso e abuso de drogas, o desemprego e problemas de saúde. Os autores afirmam que estes fatores podem ser identificados de forma isolada ou combinada, nem sempre muito fáceis de identificar e separar, revestidos de determinados períodos de tempo ou permanentemente.

No caso das experiências de violências, dentre elas a violência doméstica em suas várias formas (psicológica, física, sexual, dentre outras), Ferreira e Machado (2007) relatam que são em geral direcionadas às mulheres, idosos e crianças com deficiência, sendo as violências contra esses grupos constitui-se como um dos fatores que incidem sobre os rompimentos familiares, que por sua vez, intensificam

as saídas de casa por longos períodos, ou mesmo para nunca mais retornarem.

Em relação as situações de desemprego consideram que muitas pessoas ao não conseguirem gerar renda o suficiente para suas necessidades de moradia, ocasionado pela não ocupação de um posto de trabalho, ou mesmo pela realização de trabalhos informais e/ou precários, muitos acabam por morar nas ruas, não tendo condições de retornar para suas casas devido as distâncias, quando ainda as têm. Afirmam que muitos ao procurar trabalho, chegam às grandes cidades e se deparam com a falta de oportunidades, assim, mesmo não conseguindo uma ocupação não retornam imediatamente as suas casas, para não lidar com o fracasso perante seus familiares. Ainda referente aos quadros de desemprego, Ferreira e Machado (2007) afirmam que muitos outros grupos populacionais, como ex-detentos, indivíduos provenientes de orfanatos, hospitais psiquiátricos, dentre outros, encontram muitas dificuldades de integração social, tendo maiores possibilidades de não conquistarem um posto de trabalho e gerarem renda, no qual segundo os autores, a vida nas ruas acaba por se constituir como única ou mesmo a saída mais viável.

O grupo que inclui as pessoas com quadros graves ou crônicos de saúde, sendo muitas de difícil aceitação social por parte das famílias, incluindo o HIV/Aids, hanseníase e os diversos “transtornos mentais” e as deficiências físicas e/ou mentais. De acordo com Ferreira e Machado (2007) em geral as famílias não possuem muitos recursos para lidar com essas situações, considerando os equipamentos muitas vezes necessários ou mesmo os tratamentos dispendiosos de algumas doenças, sendo que as instituições públicas ou mesmo a rua são, portanto, os possíveis destinos de muitos.

Na avaliação dos autores, os quatro grupos apresentados anteriormente não abrangem todas as situações possivelmente encontradas no espaço das ruas, e também não podem ser vistas como determinantes absolutos *per si*, muitas vezes isolados ou combinados, contribuem para a intensificação de processos de exclusão social, nem sempre levando os indivíduos a ocuparem as ruas. Os autores chamam atenção para o reconhecimento das histórias de vida individuais, nas quais há de se perceber um processo – temporal e de situações, que marcam a vida desses sujeitos.

Em pesquisa realizada em Florianópolis Silva (1998) identifica que os principais motivos que levaram crianças e adolescentes a passar grande parte do dia ou mesmo a morar nas ruas da cidade estavam

entrelaçados com experiências de ter visto ou sofrido violência dentro de casa, muitas vezes na relação com os “novos maridos das mães”, a morte de pais e familiares que gostavam muito, no qual a ida para as ruas se constitui como uma forma de lidar com o sofrimento fora do espaço da casa. A autora ainda cita como um fator importante para a ida para as ruas as dificuldades de se relacionar com as regras da casa, considerando que na rua os sujeitos possuíam mais liberdade, inclusive para o uso de drogas.

Outra pesquisa realizada recentemente em Santa Catarina pelo Instituto Comunitário da Grande Florianópolis e Movimento Nacional da População em situação de rua (região Santa Catarina) apontou que das 937 pessoas em situação de rua entrevistadas na Grande Florianópolis, 727 (77,8%) são homens; 626 (cerca de 70%) está há menos de 5 anos em situação de rua; 919 pessoas, 88% consomem ou já consumiram algum tipo de droga; 697, cerca de 75%, já haviam em algum momento da sua vida acessado o Centro Pop, sendo os albergues o segundo serviço mais citado, no qual 387 pessoas já haviam se utilizado, somando um percentual de 41,30% (ICom, MNPR-SC, 2017).

No campo da saúde, de 920 respostas colhidas, cerca de 663 (72%) pessoas apontam o hospital como lugar mais freqüentado, seguido pelas unidades básicas de saúde com 614 pessoas (67%), pelas Unidades de Pronto atendimento 24 horas – UPA com 249 acessos, que somam um percentual de 27% dos entrevistados. O Consultório na Rua aparece com um serviço também acessado e reconhecido, com 191 citações, totalizando 21% das pessoas participantes da pesquisa (ICom, MNPR-SC, 2017).

A pesquisa embora realizada somente nos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, no estado de Santa Catarina, sinaliza o quanto essa população percorre diferentes serviços, principalmente nas Políticas de saúde e Assistência social, e apresenta características semelhantes a outros estudos já apontados neste trabalho. O diferencial da pesquisa foi a inclusão de pessoas em situação de rua como pesquisadores de campo, possibilitando a estes a experiência na construção de um trabalho digno e que pudesse gerar dados para o planejamento de políticas públicas a esse grupo populacional.

Ao abordar os possíveis motivos que os andarilhos apontam como responsáveis para a ida para o trecho, Brognoli reflete considerando a possível “[...] sobredeterminação de fatores que escapam ao entendimento dos sujeitos[...]”, isso quando interrogados ou mesmo quando contam suas histórias sobre a ida para a rua, “[...] sendo

destacados aqueles que mais fazem sentido” (1996, p.87-88). Mesmo apontando as dificuldades de reconhecer os verdadeiros motivos, que também não se apresentam de forma estaque e podem se constituir no próprio trecho, muitas vezes sobrepostos por motivos convencionais como o desemprego ou desavenças familiares, estão entre eles a possibilidade de “[...] viver sem compromissos e sem patrão e a necessidade de apagar os rastros de sua existência [...]” (BROGNOLI, 1996, p.89).

Na pesquisa realizada junto a PSR Brognoli (1996) considera que certas narrativas dos sujeitos entrevistados buscam dar conta da possibilidade de legitimação de sua condição, já que em geral a sociedade não vê a condição de trecheiro como algo “normal”. Assim, os sujeitos colocam-se como alguém que sofre uma ação, redirecionando para outros a responsabilidade da situação em que se encontram, no trecho.

Como chamado por Brognoli (1996), trecheiros e pardais rompem:

[...] os marcos referenciais que circunscrevem territórios relativamente estáveis na vida sedentária (um círculo que se expressa na tríade casa-família-trabalho), produzem um territorialidade que se apoia na constância da desterritorialização e que, ao mesmo tempo, cria um compromisso com esta ao ponto de torná-la um fim em si mesma. Não estabelece novos territórios para deles partir novamente a qualquer momento, mas fixa-se na mobilidade (1996, p.93).

De acordo com o autor o signo da desterritorialização é marca central deste grupo formado pelos trecheiros e pardais, não somente no sentido de terra-lugar-propriedade-território, mas que para além disso, rompem os sentidos com a “vida normal”, nas quais grande parte dos sujeitos modernos vivenciam principalmente na relação com a casa, família e trabalho. A mobilidade apontada pelo autor se transfere para todas as esferas da vida desses sujeitos, fazendo-me muitas vezes estranhar essas formas de ser e estar.

Ao reconhecer a diversidade de fatores que levam ou contribuem para que os sujeitos se constituam como pessoas em situação de rua, a partir dos diferentes autores anteriormente apresentados, bem como referenciar a relação sobre a ida e permanências nas ruas e o uso abusivo de álcool e outras drogas, algumas reflexões considero importante.

Nesse sentido, baseado em Velho (2003) considero ser fundamental compreender que o uso de drogas não deve ser examinado isoladamente, devendo fazer parte de um conjunto ao qual pode estar integrado de modos distintos. O autor considera que na antropologia e na história, podemos compreender como diferentes culturas criaram um espaço próprio para o consumo dos mais variados tipos de drogas, sendo utilizadas em diferentes contextos, nos quais se incluem cerimônias religiosas, rituais de passagem, dentre outras atividades cotidianas. De acordo com Velho (2003) há registros de diversos casos em que a droga torna-se um veículo privilegiado para a comunicação com o mundo dos espíritos e com o sobrenatural.

Tratando-se do segmento pessoas em situação de rua, observa-se um grande número de usuários de álcool e/ou outras drogas que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Considerando os diferentes fatores que levam os sujeitos a rua, muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, ao permanecer neste contexto, passam a utilizar drogas como meio de inserção e inclusão nos grupos em situação de rua; o que na sequência contribuiu para que os sujeitos vivam na rua como forma de continuidade do uso de drogas (BRASIL, 2010).

O consumo de bebidas alcoólicas poder ser considerado um comportamento adaptado à maioria das culturas. A ingestão de bebidas alcoólicas está associada à vida cotidiana presente nas celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. Como já apontado anteriormente, o uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, é traço marcante nas histórias de vidas antes e durante a estada nas ruas, como nos aponta a pesquisa nacional sobre população em situação de rua realizada no Brasil nos anos de 2007-2008, na qual cerca de 35, 5% dos sujeitos participantes relacionaram sua ida para as ruas com uso e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas, apontado-o na pesquisa como o principal motivo de deixar suas casas (BRASIL, 2008; SENAD, 2007).

Há muito tempo o uso e/ou abuso de álcool e outras drogas nos espaços das ruas é parte de dimensões culturais que compõem o estilo de vida de quem vive nas ruas, pois no olhar Snow e Anderson (1998) o uso de drogas, dentre elas o álcool, está para além de um hábito vivenciado e adquirido na história de vida, é anterior, está marcado na cultura das sociedades. Como afirmado por Costa (2005) e Carneiro Junior et al (1998) o álcool, bem como as outras drogas, está sempre

presente na realidade de grande parte das pessoas, utilizadas frequentemente entre os sujeitos em situação de rua, que para além dos números, se constitui como forma de socialização entre os sujeitos, ou mesmo como forma de minimizar a fome, o frio, contribuindo também para o embotamento emocional dos sujeitos.

O uso de álcool para além de responder a necessidade de dependência de alguns sujeitos, serve também de suporte para o desenrolar da vida cotidiana reduzindo a inibição das pessoas em situação de rua segundo Brognoli (1996). O autor ao relatar sobre as histórias de vida de pessoas em situação de rua, refere que o uso de álcool nas ruas se constitui ainda como “[...] anestesiante das condições duras da vida na rua – o frio, a fome e as lembranças ruins – e, novamente dos laços interpessoais, sempre flutuantes e que, por sua vez, refletem a dinâmica ciclotímica dos efeitos da bebida” (BROGNOLI, 1996, p.163).

O uso e abuso do álcool e/ou outras drogas na vida dos sujeitos em situação de rua aparece rodeado de significados, desde a necessidade física dos dependentes dessa substância, até como forma de conseguir lidar com as dificuldades diárias da vida, considerando os processos de exclusão social vivenciados por este segmento. Neste contexto, para refletir e problematizar sobre as diferentes lentes que são utilizadas para enxergar e analisar o uso de drogas na sociedade contemporânea, bem como os enfrentamentos assumidos por diferentes grupos sociais, dentre eles profissionais de saúde, trago para compor esta tese as palavras de Lancetti (2015),

A contrafissura é uma paixão propriamente capitalística. Como uma alma atravessa todos os territórios da existência e não se manifesta exclusivamente nos proibicionistas. Todos estamos nela como habitantes e habitados pela sociedade de controle. No nosso entender a contrafissura é a primeira barreira a ser enfrentada por gestores e cuidadores [...] é o primeiro obstáculo a ser vencido para poder se relacionar com pessoas, biografias, corpos e também para elaborar políticas inteligentes e eficazes (LANCETTI, 2015, p. 40-41).

Fortalecido pelas forças proibicionistas, conservadoras, simplistas e moralizantes, que imprimiram a partir, principalmente, de 2010 a visão da chamada “epidemia do crack”, desbancada então pela pesquisa realizada pela Fiocruz (BRASIL, 2013), o que Lancetti (2015) chamou

de contrafissura se expressou em movimentos que argumentavam em favor da erradicação do uso de drogas e da resolução desta questão por meio de ações prisão, coação, repressão e por outras formas de excluir e marginalizar ainda mais os usuários de drogas que se encontravam em situação de rua.

De acordo com Lancetti (2015) esse fenômeno de desespero, de fissura por resolver e acabar imediatamente com o uso e abuso de droga, bem como o alcance da cura dos sujeitos se manifesta atualmente nas práticas e internações forçadas, que incluem muitas vezes adolescentes que tiveram seu primeiro contato com algum tipo de droga ilegal. A esse desespero, a vontade de resolver imediatamente e de modo simplista e rápido problemas muito complexos Lancetti chamou de contrafissura. Conceito este que pode ser materializado em ações cotidianas de profissionais de saúde e outras políticas, cuidadores, gestores, familiares dentre outros sujeitos, que de maneira ingênua, ou mesmo carregada de preconceitos e intenções podem se constituir como novas formas de segregação e materialização de uma sociedade de controle e intolerante às diferenças.

3.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica à Saúde (ABS)²³ caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que

²³ No Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica e não Atenção Primária à Saúde, para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (CONASS, 2011). Nesse sentido, Mendes (2015) afirma que há três interpretações principais da APS: a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo. A designação Atenção Básica, tomada pelo governo brasileiro, objetiva, portanto contrapor-se a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem

abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Esta atenção compreende o exercício de práticas de cuidado e gestão, geralmente executadas por equipes multiprofissionais, que de forma democrática e participativa, ofertam suas ações ao seu público alvo - as populações dos territórios definidos sobre uma área de abrangência. A atenção básica utiliza-se de múltiplas e complexas tecnologias de cuidado, que buscam auxiliar no manejo e/ou responder as necessidades de saúde presentes no território (BRASIL, 2012).

No Brasil, a política de saúde incorporou os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial ocorrido então na década de 1970-1980, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Foi no Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, que pela primeira vez a noção de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde (MENDES, 2015). Tal documento procurava contrapor-se ao modelo flexneriano americano, considerado de cunho curativo e reducionista, baseado no modelo biológico e na atenção individual, ao mesmo tempo este documento buscou constituir-se como uma referência para a organização do modelo de atenção no território inglês, questionando os altos custos e baixa resolutividade do sistema vigente (MATA, MOROSINI, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das propostas do Ministério da Saúde para a reorganização da ABS, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade. A ESF é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, buscando ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde esta orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Neste sentido, a

Atenção básica à saúde e sua estratégia principal, a ESF, consideram as singularidades e a inserção sociocultural dos sujeitos, e objetivam a produção de cuidados baseados na atenção integral (BRASIL, 2012).

Como principais fundamentos e diretrizes da ABS pode-se citar: Território adstrito; acesso universal e contínuo a serviços de saúde; adscrição dos usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenação da integralidade, que integra um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, que pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; estímulo a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. (BRASIL, 2012).

Oliveira e Pereira (2013) ao apresentar os atributos de ABS e da ESF, explicitam **a atenção no primeiro contato**, sendo que esta compreende a acessibilidade dos serviços pelos usuários, podendo ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde e primeiro recurso a ser buscado quando há necessidade ou problema de saúde; a **longitudinalidade**, na qual esta implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade. De acordo com as autoras, a presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. Ao discutir a longitudinalidade nos serviços de saúde, Oliveira e Pereira (2013) incluem nesta discussão a proposta do acolhimento, entendendo que este contribui para ampliar as práticas de cuidado e para o alcance da própria longitudinalidade. Nesse sentido, o acolhimento está fortemente relacionado à boa comunicação e tende a favorecer a continuidade e a efetividade do cuidado, contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos.

Ainda ao apresentar os atributos da ABS, Oliveira e Pereira (2013) citam a integralidade e a coordenação como atributos fundamentais neste campo de atenção. A **integralidade** pode ser

considerada um dos pilares na construção do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias. O exercício da atenção integral depende de uma rede de serviços articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução, bem como seu acesso seja efetivado de forma harmoniosa e ágil. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial. (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

O ultimo atributo, a **coordenação** entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Esta objetiva ofertar ao usuário e suas famílias um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Oliveira e Pereira (2013) relatam que os quatro atributos são fundamentais para que a ABS assuma a coordenação das redes de atenção à saúde. Contudo, consideram que “a coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida” (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, p. 161).

Além dos atributos apresentados anteriormente, Starfield (2002) e Mendes (2012) incluem neste rol de atributos três outros componentes: A focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

De acordo com Starfield (2002) e Mendes (2012) a **focalização na família** impõe considerar a mesma como o sujeito central da atenção, o que exige por sua vez uma interação da equipe de saúde com esta unidade social, bem como o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. **A orientação comunitária** se constitui a partir do reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, isto exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional, bem como a sua integração em

programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Por último, mas não menos importante, **a competência cultural** é apresentada como a possibilidade de estabelecimento de uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, por sua vez esta deve respeitar as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

De acordo com MENDES (2015) a identificação da presença ou/e ausência desses atributos na ABS é um sinalizador para a garantia de resultados e qualidade da atenção ofertada pelo sistema e/ou rede de saúde. Indica o autor que quanto mais atributos estiverem presentes, maior será a capacidade de oferecer atenção heterogênea aos diferentes cidadãos que dela necessitam.

Nesse sentido, é possível estabelecer uma relação da atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) com a presença e/ou ausência desses atributos, considerando que alguns destes contribuem com o acesso e permanência no cuidado em saúde a essa população. Considero que poderiam ser realizadas várias análises a partir desses atributos, a forma como são pensados e exercitados na atenção cotidiana a saúde no contexto do SUS e as particularidades da PSR. A provocação anterior advém de reflexões e estudos no campo da saúde que afirmam que muitos das estratégias implementadas nas redes de atenção à saúde não correspondem as necessidades da PSR ou mesmo a forma de organização das mesmas, um exemplo disto, é quando um dos atributos é a focalização nas famílias. A relação com família e a forma como a PSR constitui e entende família não corresponde aos modelos tradicionais da formação das famílias, pois conforme aponta Brognoli (1996), eles rompem, ou mesmo são levados a romper, com a tríade casa-família-trabalho, pelo menos no que corresponde as formas mais tradicionais desse trinômio. Nessa direção, apenas a presença destes atributos não são suficientes para garantir a presença e atenção à saúde da PSR na atenção básica, sendo necessário, portanto, uma compreensão mais ampla e profunda sobre os diferentes grupos sociais que possuem o direito à atenção e cuidado no contexto da saúde, bem como o reconhecimento das singularidades de cada grupo e/ou sujeito, ofertando um cuidado respeitoso e que responda as necessidades e expectativas das diversas populações.

3.4 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A atenção psicossocial é um conceito amplo e complexo, que segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria. Os autores relacionam a práxis da atenção psicossocial com os campos de transformações na saúde mental, estudados por Amarante (2007), que se dividem nas questões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Essas transformações têm oferecido a desconstrução de algumas visões a cerca da “doença mental” embasadas pela psiquiatria e psicologia, e tem construído noções como “sofrimento-existência”, que desloca o sujeito para o cerne da situação, possibilitando o exercício da autonomia e a emancipação aos sujeitos.

As transformações que amparam o conceito de atenção psicossocial se ampliam ainda para a constituição de uma rede de serviços capaz de se constituir como espaços de sociabilidade, de trocas e produção de saúde entre técnicos, usuários dos serviços e a comunidade. Além da luta para a construção de um aparato jurídico-institucional que reafirme as mudanças e os novos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, a atenção psicossocial busca fortalecer práticas sociais que transformem o imaginário social e cerca da loucura e da “doença mental” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI 2003).

Assim, a atenção psicossocial, como base de uma clínica diferenciada – a clínica psicossocial sustenta um conjunto de ações que preconizam a substituição do modo asilar como paradigma das práticas dominantes. Neste modelo de atenção “[...] a loucura e o sofrimento não têm de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p.155). Nesse sentido, conforme reflete Lobosque (2007), ao campo da saúde mental cabe além de oferecer o aspecto terapêutico – o cuidado e tratamento digno aos chamados de louco, bem como a garantia dos direitos formais de todo cidadão, esta ainda busca que a loucura tenha espaço na cidade, o que exige, portanto, uma reinvenção da própria cidade e um outro pensamento e interpretação sobre a loucura.

Amarante (2007), baseado em Rotelli et al (1990) sugere que olhemos a Atenção psicossocial para além de um modelo fixo, fechado e estático, afirma que deve-se pensar que o mesmo é processo, um

processo que é social e por isso, complexo. Ao descrever sobre as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, o autor oferece pistas para identificar questões centrais da Atenção psicossocial. Primeiramente, pode-se referir que na atenção psicossocial a idéia de ciência neutra e onipotente é substituída por uma ciência, e inclui-se aqui a clínica, que é transversalizada por ideologias, relações éticas e políticas, que podem (e devem) ser questionadas, pois o tempo todo sofre interferências de diferentes sujeitos e contextos. Nesse sentido, passa-se a olhar e incluir o sujeito como parte do processo de cuidado, colocando entre parênteses a doença, numa reafirmação da ruptura com o modelo teórico conceitual da psiquiatria que para conhecer a subjetividade adotou o modelo das ciências naturais que resultou em objetivar e coisificar o sujeito e experiência humana (AMARANTE, 2007).

Ao ouvir os sujeitos e abrir espaço para que estes falem, opinem, pensem sobre suas histórias, adoecimentos e apontem possibilidades diante do sofrimento, da exclusão e marginalização, permite-se que os sujeitos construam-se de forma autônoma, podendo ser sujeitos de sua história e vida, e de acordo com Amarante (2007) deixando de ser um sintoma de uma doença abstrata. Nessa direção, no contexto da atenção psicossocial, os usuários com trajetórias mais difíceis e complexas, muitas vezes exigem a construção de projetos terapêuticos singulares – PTS. Estes podem ser definidos como estratégias de cuidado e atenção que incluem o saberes do sujeito e da equipe multidisciplinar, além da inclusão das necessidades, expectativas, crenças e contexto social para o qual está dirigido, compondo assim, um conjunto de ações articuladas direcionada ao cuidado do sujeito (BRASIL, 2013).

A luta por incluir os sujeitos como parte, como sujeitos de direito, passa por contribuir para que sejam aprovadas e instituídas legislações a favor dos mesmos. Conquistas que se relacionam a garantia de direitos, seja para o acesso aos serviços de saúde, seja para a inclusão em programas de acesso a renda, lazer, trabalho, moradia, bem como outras questões que o sujeito lhe achar de direito e que de preferência, responda aos anseios da coletividade. Neste contexto, a participação em diferentes espaços de negociações políticas e jurídicas por parte dos profissionais e usuários dos serviços é fundamental, tendo em vista que o controle social exercido nos diversos âmbitos é forma de resistência e possibilidade de se fazer ouvir diante dos diversos interesses em jogo na sociedade contemporânea. A participação em diferentes espaços pode

contribuir com a mudança de mentalidade, de atitudes e também alterar a forma como a sociedade se relaciona com o sujeito louco, sujeito diferente, catador de materiais recicláveis, com as pessoas em situação de rua, com aqueles que fogem a “regra”. A atenção psicossocial compreende que as construções a cerca dos diferentes sujeitos, dentre eles a PSR, foram construídos socialmente, fortalecendo muitas vezes olhares de menosprezo, desqualificação, marginalização e de inferioridade, podendo estas interpretações/preconceitos serem alterados pela própria sociedade, sendo objeto também dos profissionais que atuam com este público.

No trabalho exercido a partir da atenção psicossocial, a arte e outras formas de expressão devem ser incluídas como estratégia de inclusão, cuidado e comunicação entre os sujeitos e profissionais, bem como com a sociedade em geral. A produção de trabalhos nesse contexto, além de permitir outras vias de expressão e singularização das histórias dos sujeitos envolvidos, provoca a sociedade a repensar as interpretações que esta faz, o tempo todo, sobre a diferença e os diferentes.

Como reafirmado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 2010, o campo da Atenção psicossocial transcende as ações no campo da saúde, pois além de exigir um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, traz em cena a importância de ações intersetoriais para a concretização da integralidade – importante princípio do SUS. Além disso, sinaliza a importância de articulação dos cuidados em saúde mental como o movimento da economia solidária, a fim de criar e fomentar as cooperativas produtivas, concretizando a geração de trabalho e renda para os usuários dos serviços de saúde mental e para aqueles excluídos do mercado formal de trabalho, dentre eles a PSR (BRASIL, 2010).

Segundo Yasui (2009) a atenção psicossocial é o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, visto que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico. Nesse sentido, cria espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitem reinventar a sociedade, de maneira que exista um lugar para o sujeito louco. Segundo o autor implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao sujeito diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

A clínica psicossocial, ao considerar as singularidades dos sujeitos, reconhece as diferenças como parte integrante dos mesmos, e

não como algo a ser removido, retirado, tratado como doença ou patologia, este tipo de atenção não parte de características comuns aos sujeitos para “ler-reler” as histórias e pensar as possibilidades de cuidado. Parte sim das diferenças, daquilo que é integrante da vida e trajetória dos sujeitos para construir junto a eles formas de cuidado e atenção, considerando que as respostas às questões presentes na vida dos sujeitos estão em suas próprias histórias ou podem ser construídas a partir delas. Valoriza-se portanto, aquilo que é do sujeito e as co-produções deste com o mundo que o cerca.

A atenção psicossocial é feita no cotidiano do trabalho, (re)inventa permanentemente as suas ações, produz encontros através no drama do existir, construindo estratégias de atenção e cuidado que se organizam nos modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice (YASUI, 2009). Isto apresentado por Yasui, foi chamado por Michel de Certeau (1994) como “reinvenção do cotidiano”. Este ao analisar aspectos da história, resgata os indivíduos como personagens centrais e que se apropriam de ideias dominantes para adequar à sua realidade, no sentido de viver e sobreviver neste cotidiano dado. Trata-se de uma arte do fazer que desfaz, do construir desconstruindo Certeau (1994) apud Yasui (2009).

Portanto, são movimentos que desejam:

Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Atenção Psicossocial é assim, feita de sonhos, utopia e esperança (YASUI, 2009, p. 08).

É com este olhar e modo de fazer clínica que o Consultório na rua – enraizado na atenção psicossocial, se aproxima da clínica ampliada e do que Antônio Lancetti chamou de clínica peripatética, clínicas e manejos que consideram os sujeitos como parte importante do cuidado e que são capazes de incluir suas singularidades no pensar a atenção a estes. São clínicas e “modelos de atenção/cuidados” da utopia, que

apostam no existir, nas quais a esperança é o princípio ético central, e, que o mudar o mundo é o seu dever.

3.5 REDUÇÃO DE DANOS

A Associação Internacional de Redução de Danos²⁴ (IHRA) define Redução de Danos (RD) como o conjunto de políticas e programas que tentam principalmente reduzir as consequências negativas relacionadas à saúde, aos aspectos sociais e econômicos decorrentes do uso substâncias, isso considerando os usuários de drogas, suas famílias e comunidades. Seu foco é no trato das consequências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Esta definição, ao considerar aspectos complexos relacionados ao fenômeno uso e abuso de drogas na sociedade, não incentiva nem fecha os olhos para o uso de drogas, pois reconhece que existem danos e consequências envolvidas, e ao mesmo tempo não rejeita a abstinência como uma possibilidade, sendo que para algumas pessoas a maneira mais eficiente de reduzir danos, é não usar drogas (BRASIL, 2004b).

As primeiras experiências de práticas de RD, voltadas para o consumo de substâncias psicoativas, podem ser localizadas na Inglaterra, por volta de 1926. O Relatório de Rolleston²⁵, datado deste mesmo ano, concluiu que os usuários em situação de dependência de opiáceos poderiam receber estas drogas sob prescrição de um médico, visando levar uma vida mais estável e mais útil a sociedade (O'HARE, 1994). Segundo Santos, Soares e Campos (2010) considerava-se que, mesmo diante de um consumo dependente de drogas, esses usuários poderiam diminuir as consequências mais danosas, minimizando os efeitos prejudiciais a sua saúde.

Em 1989, na cidade de Santos, São Paulo, a RD foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil. Naquele momento a cidade alcançava altos índices de transmissão do vírus da

²⁴ Para maiores informações sobre a IHRA consultar o site: <http://www.ihra.net/>

²⁵ O Relatório de Rolleston, elaborado em 1926 na Inglaterra, constituiu-se como um conjunto de recomendações de uma comissão interministerial, presidida pelo então Ministro da Saúde da Inglaterra, Humphrey Rolleston. Esse relatório estabeleceu o direito dos médicos ingleses de prescrever suprimentos regulares de ópio a dependentes dessa droga em situações em que o paciente estivesse sujeito a riscos, de forma a aliviar sintomas de abstinência (O'HARE, 1994).

imunodeficiência humana - HIV, sendo que grande parte estava relacionado ao uso abusivo ou desprotegido de drogas injetáveis. O Programa de Troca de Seringas iniciado em Santos, proposto inicialmente como forma de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis, se constituiu como uma estratégia de RD. Assim a RD pensada como alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população usuária de drogas, foi ao longo dos anos se tornando um referencial estratégico na produção de saúde dessa população (PASSOS, SOUZA, 2011).

O Programa Troca de Seringas iniciado em Santos em 1989, passou por situações bastante constrangedoras, isso, quando foi embargado pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, que entrou com uma ação civil e criminal contra os organizadores do programa e o governo da cidade, alegando que os mesmos através da ação “estimulavam o consumo de drogas”. Por isso, apenas em 1995 foi de fato implantado integralmente o primeiro programa de troca de seringas no Brasil, na cidade de Salvador na Bahia. O programa foi possível graças à parceria entre o Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas - CETAD, a Escola de Medicina e a Universidade Federal da Bahia, apoiados pelos governos estadual e municipal. Este programa foi pioneiro na América do Sul, no qual até 2011, além do Brasil, apenas a Argentina apoiava oficialmente tais programas (ELIAS, BASTOS, 2011).

Desde 1994, o Ministério da Saúde assume a RD como importante estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime – UNODC, constituindo-se o primeiro projeto de RD apoiado por este organismo internacional (BRASIL, 2004).

De acordo com Santos e Passos (2011) a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e tornam-se uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da Política Nacional de Saúde Mental. Há nesse momento uma diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas. Os autores ainda enfatizam que esse processo de ampliação e definição da RD, então, como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde e de álcool e outras drogas implicou num

processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial, certamente contraditórias as que se intensificavam naquele momento (PASSOS, SOUZA, 2011). Nesse sentido, Lancetti (2015) afirma que as políticas não facistas que se iniciaram com a práxis da RD resistiram e vem resistindo bravamente às tentativas de reinstaurar a internação e as soluções simplificadoras e punitivas, ações que afrontam a estratégia da RD em seu cerne, a defesa da vida e dos sujeitos de direito.

A RD é definida como conjunto estratégico de medidas de saúde pública destinadas a minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de álcool e drogas (BRASIL, 2007). O Ministério da Saúde Brasileiro reconhece a RD como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas, e a considera como um método, um caminho, não o único, que se relaciona com a direção do tratamento, mas que também aumenta o grau de liberdade, de co-responsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Desta forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento (BRASIL, 2004).

Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos na/pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e por outros que nele se expressam. Nesse sentido, a RD busca traçar com os sujeitos estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (BRASIL, 2004).

Lancetti lembra que como política, a RD é frontalmente divergente das políticas predominantes de combate às drogas, aquelas fundamentadas na criminalização e com objetivo de eliminá-las. A tese central que este autor defende é que a RD, em suas propostas e na sua preciosa simplicidade, é redutiva, mas quando analisada na sua capilaridade “[...] é menos uma diminuição dos riscos e mais uma ampliação da vida” (LANCETTI, 2011, p. 80).

Ao se referir as experiências de práticas de RD, Lancetti (2011) afirma que em locais onde essa estratégia é reafirmada como ação cotidiana é perceptível a intensificação de ondas de solidariedade, tolerância e cooperação sanitária, considerando que a RD tem uma sintonia com a posição ética das equipes da saúde, no qual estas equipes, antes de serem a favor/contra os traficantes, ou mesmo aos policiais, são

a favor da vida. A posição ética em favor da vida reafirmada a partir das ações de RD “[...] abrem o sulco de uma nova clínica... capaz de transformar-se num desvio que consiste em criar a experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero” (LANCETTI, 2011, p.82).

O conceito de ampliação da vida atrelado a estratégia de RD é uma ponta de lança para desbravar um campo extremamente complexo – o uso abusivo de álcool e outras drogas e o cuidado em saúde em geral. Segundo Lacentti (2011) ele é vital para elaboração de territórios existenciais inéditos, capazes de carregar consigo a tolerância e ancorar-se na construção do *comum*²⁶, sendo vital também por que nos permite sair da posição de derrota e impotência a que nos condenam as campanhas antidrogas e a ideologia da abstinência.

Marlatt (1996, 1999) apresenta a RD como uma alternativa para o que chama de tolerância zero, reconhecendo que a abstinência não pode ser colocada como única forma de tratamento e quanto imposta nesse sentido, impede muitos usuários de substâncias de procurar tratamento e ajuda. O autor afirma que os princípios da RD estão enraizados, basicamente, nos ideais do pragmatismo, humanismo, objetivos imediatos e atingíveis, partindo do reconhecimento de que o abuso de drogas é prejudicial, mas o seu uso é parte constituinte de nossa sociedade. Nesse sentido, a RD pode ser considerada como uma alternativa de saúde pública na atenção ao usuário de droga, sem excluir do processo a possibilidade da abstinência. Assim, a RD está centrada no sujeito e na sua proteção por meio do acesso ao cuidado, entre a dicotomia do pragmatismo empático versus idealismo moralista que compõe esta realidade (RIBEIRO, 2015).

Ribeiro (2015) ao pesquisar sobre como a RD aparece e se caracteriza em publicações no campo da saúde coletiva, nacional e internacionalmente, baseada em Roos (2011), afirma que a Redução de Danos associada à saúde coletiva pode ser uma excelente estratégia para refletir sobre as drogas na sociedade. Nesta direção, a RD é uma proposta que questiona consensos, reconhece as diferentes formas de relação, permite a troca de saberes e diálogo e insere o usuário como sujeito ativo nessa discussão. Além disso, oportuniza a construção de ações pautadas na realidade, investimentos flexíveis, e busca a responsabilidade no todo, incluindo o olhar sobre o contexto e não apenas focado no usuário.

²⁶ Grifos do autor.

Importante referenciar que a nova Política Nacional de Atenção Básica, instituída em 2011, apresenta a RD em meio suas ações e princípios, mas não detalha como essa pode ser exercida e instituída nas práticas de saúde geral, considerando que no campo de álcool e outras drogas esta já possui uma trajetória construída e alicerçada, como refletido anteriormente. A Atenção básica, ao ser a porta de entrada principal do SUS atua com os sujeitos em seus territórios na busca de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, podendo se constituir como espaço privilegiado para fortalecimento das práticas de autonomia e participação social, no qual a RD é apontada como uma estratégia possível (BRASIL, 2011).

Ao tratar da relação RD na atenção básica, Filho et al (2009), avaliando o conhecimento de profissionais dos programas de saúde da família do Distrito Federal, afirma que é escasso o conhecimento sobre RD e suas estratégias para estes profissionais, dificultando o exercício da mesma em suas ações cotidianas. Aponta ainda, que há um distanciamento em geral das equipes de saúde da família com os redutores de danos atuantes em seus territórios.

Reconhecidamente a redução de danos é tida como uma estratégia norteadora importante no cuidado das pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas. Mas isto não restringe a RD somente a este campo, sendo uma abordagem passível de ser utilizada em todas as condições de saúde em geral. Nesse sentido, há duas vertentes principais a respeito da RD: a primeira compreende a RD como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas; e a segunda, compreende uma RD de forma ampliada, concebida como conceito mais abrangente, no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos antes que eles aconteçam (COMTE et al, 2004; DIAS et al., 2003).

A RD aparece nesse contexto, seja nas ações no campo de álcool e outras drogas, seja em cuidados gerais de saúde, como uma forma de atenção centrada no sujeito, que respeita o desejo e as alternativas que o próprio sujeito vislumbra para a melhora e manutenção de sua saúde. Quando se reconhece e se contempla o conhecimento e a percepção do sujeito no seu próprio cuidado e escolha terapêutica, caminhamos para cuidados de saúde e vida de maneira menos normalizadora e prescritiva,

evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não (BRASIL, 2013).

3.6 VÍNCULO E ACOLHIMENTO

Em estudo realizado sobre a natureza do vínculo na vida humana, Santos (2009), debruçando-se sobre as pesquisas de Bowlby (1990) e de Harlow (1965) aponta que ambos chegaram a mesma conclusão: “[...] a de que a necessidade de criar vínculos, de se ligar a outro membro da mesma espécie, tem um valor de sobrevivência tão grande quanta a necessidade de se alimentar” (SANTOS, 2009, p.189).

A primeira experiência de vínculo vivida por cada um de nós baseia-se, geralmente, na relação mãe e filho, que ao nascer partilham os primeiros momentos de vida do bebê, o que atribuiu a esta situação um contexto biológico - de necessidade de sobrevivência, e no decorrer da vida, uma experiência cultural, da construção de vínculos estreitando as relações sociais. Portanto, os vínculos com outros seres da mesma espécie se iniciam fortemente nos primeiros anos da infância, mas se sustentam como uma necessidade durante toda a vida, apresentando o ser humano uma tendência de criar vínculos e manter relações com o outro. Este outro, é um ser imprescindível para a realização das relações sociais e que estas, por sua vez, são constitutivas da pessoa. Assim, a necessidade de criar vínculos está imersa num mundo simbólico ou da significação que leva a sociabilidade humana (SANTOS, 2009).

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto dos profissionais que atuam nas diferentes equipes (CAMPOS, 2003).

Aproximando-se do campo da saúde, e de um conceito de vínculo mais próximo do objeto de estudo deste trabalho, o vínculo pode ser considerado como:

[...] a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e conseqüentemente evitando consultas e internações desnecessárias (STARFIELD, 2002).

De acordo com Brunello et al (2010) o vínculo é essencial na relação profissional/paciente/profissional, pois permite uma efetiva aproximação entre esses sujeitos e contribuiu nas relações de escuta, diálogo e de respeito entre ambos, além de permitir que os pacientes sintam-se mais seguros com a atenção a saúde recebida pela unidade de saúde. Estes autores ao realizar uma revisão sistemática das produções brasileiras sobre vínculo na atenção à saúde enfatizam a relação próxima entre vínculo e alguns atributos como confiança, aproximação e comprometimento.

O processo de constituição de vínculo é marcado por uma necessidade temporal, carecendo de certo período para sua efetividade, assim, Giovanella e Mendonça (2008) acreditam que este se estabelece na relação profissional de saúde-usuário ou equipe de saúde-usuário, sendo construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização do profissional ou equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários.

Merhy (1994) ao discutir como têm se constituído os diferentes momentos de atenção à saúde no Brasil e a relação com os usuários, enfatiza que uma das traduções possíveis para o conceito de acolhimento está muito próxima de uma relação humanizada, acolhedora dos trabalhadores e serviço para com os usuários da saúde.

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo acolhimento está relacionado ao “ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. Nesse sentido o acolhimento aparece como algo anterior a construção de vínculo, podendo este ser o primeiro momento, e fazer parte de todo o caminho, sendo necessário que sempre se faça presente inclusive para a manutenção dos vínculos entre profissionais de saúde e usuários e/ou comunidade.

Nesse sentido, o acolhimento é um recurso, transversal a todas as práticas, percebido como importante na construção de uma postura profissional baseada em receber, escutar e tratar de forma humanizada os sujeitos e suas demandas. Acolher implica também na responsabilização dos profissionais pela condução da proposta terapêutica, bem como na possibilidade de corresponsabilização dos sujeitos por sua saúde (KENNETH et. al. 2004). Cria-se, portanto, um espaço de interlocução entre sujeito demandante e o profissional de

saúde no qual pode ser pensado o Projeto Terapêutico Singular – PTS²⁷ de cada usuário atendido.

De acordo com Gorge et al (2011) acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, podem ser considerados dispositivos relacionais que representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde. Prática esta embasada em ações comunicacionais, como o ato de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, oferecendo respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até os processos de encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta.

Vínculo e acolhimento são considerados tecnologias leves na área da saúde. Contribuem na trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Assim, vínculo e acolhimento são decisivos na relação de atenção e cuidado entre o trabalhador de saúde e usuário. Nesta relação, mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia e colaboram para a integralidade da atenção à saúde (JORGE et al, 2011).

Na atenção à saúde da PSR, tendo em vista os processos vivenciados pelos diferentes grupos, o acolhimento apresenta-se como um recurso essencial na constituição do cuidado, e conseqüentemente, no alcance de uma vinculação entre usuário e profissional/equipe de saúde capaz de contribuir para a saúde e a vida do sujeito de forma mais sistemática e respeitando os desejos dos sujeitos e as possibilidades no cuidado.

3.7 TERRITORIALIZAÇÃO E DESTERRITORIALIZAÇÃO

A área da saúde, e mais recentemente a Assistência social tem se pautado nos conceitos de território para efetivar suas ações com aqueles que fazem parte de determinado espaço, por meio de ações de territorialização. Áreas de abrangência, áreas adstritas, distritos

²⁷ O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007a).

sanitários, são conceitos presentes atualmente em algumas políticas públicas e no planejamento de ações nas diversas áreas. Como a saúde e assistência social lidam com a questão dos sujeitos “sem território fixo” - àqueles que saem e/ou deixam suas casas, isso quando as têm, voluntária ou involuntariamente? Como trabalhar com conceitos/situações ancoradas na instabilidade dos que se movem cotidianamente, e daqueles que se desterritorializam se territorializando a novos lugares a cada dia?

Estimativas recentes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), afirmam que uma em cada cinco pessoas no mundo se encontra em situação migratória. Dos mais de 1 bilhão de migrantes ao redor do globo, de diversos e muitas vezes precários status, 740 milhões circulam dentro de seus próprios países de origem, enquanto mais de 200 milhões se movimentam internacionalmente (PNUD, 2009). Os dados, a despeito de sua precariedade estatística, mostram que a mobilidade humana é uma das principais forças das circulações globais no século XXI e responde por importantes reconfigurações sociais, políticas e econômicas da globalidade contemporânea. Afinal, migrar é parte constitutiva da experiência humana e do próprio processo de formação de grande parte das comunidades políticas que hoje são chamadas de Estado (MOULIN, 2011).

Indivíduos em mobilidade espacial adquirem - ao longo de suas migrações, sejam elas quais forem, ao longo de seus afrontamentos com situações e características culturais novas - algo que bem se poderia conceituar como um *habitus* de migrante, que permite compreender a inscrição de suas vivências cotidianas na diacronia (BRITO, 2010).

Apresentando atributos da Atenção Primária à Saúde - APS, espaço onde atualmente se insere o Consultório na Rua do SUS, Giovanella e Mendonça (2008) baseadas em Starfield (2002), discutem a importância da adstrição territorial da clientela. Enfatizam que para que profissionais de saúde e pacientes consigam estabelecer uma relação pessoal de longa duração, a Unidade de Saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência a partir de determinada área geográfica na qual são cadastradas unidades, servindo essas, como referência e uso exclusivo dos moradores cadastrados. Os cadastramentos são efetivados a partir da visita pela equipe de saúde aos domicílios, nesse processo são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as

condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas (BRASIL, 2007).

Pelo que foi apresentado anteriormente percebe-se o deslocamento das pessoas em situação de rua, que primeiramente, na maioria das vezes não se reconhecem como sendo de territórios estanques ou delimitados geograficamente, ainda devemos considerar que estes não se organizam em espaços de moradias convencionais, as quais chamamos de casa. Então, se o cadastramento é feito a partir dos domicílios, estes já de antemão não podem ser cadastrados da maneira formal, encontrando nesses aspectos uma possibilidade de não acesso.

A territorialização na saúde e nas diversas políticas públicas deve considerar as diferentes formas de organização dos grupos populacionais das quais tem a obrigação de acolher com equidade e oferecer a partir de suas singularidades a proteção social, seja por meio de ações de saúde, assistência social, educação, dentre outras. Trabalhar de forma territorializada respeitando as diferenças e os diversos contextos dentro de uma mesma realidade é desterritorializar, isso quando determinada situação ou caso necessitar, assim, desterritorializar pode ser considerado como sair do comum, do normal, daquilo é geral.

De acordo com o Ministério da Saúde as equipes de Consultório na Rua trabalham numa perspectiva em que as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades e necessidades do território, sendo que este pode ser compreendido em suas várias dimensões, tais como: território físico, sendo o espaço geográfico, visível e delimitado; território como espaço-processo, dinâmico e construído socialmente; território existencial, relacionado às diversas relações presentes na rua e conexões produzidas pelos indivíduos e grupos (BRASIL, 2012). Esta concepção dialoga com o conceito de território abordado por Santos (2011, p.46), que exprime o seguinte:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população.

Uma noção mais ampliada de território é fundamental para as ações de promoção de saúde, pois não se restringe a um espaço geográfico ou uma área física delimitada; trata-se de um espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, relações de pertencimento. De acordo com Sacardo e Gonçalves (2007) o território é uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante, mutante. Conhecê-lo é condição para o planejamento das estratégias e políticas públicas. Portanto, é fundamental conhecer o local, quem habita o território, reconhecendo as relações afetivas, as trocas, as tensões, as necessidades – enfim, o emaranhado que compõe o território e que, a partir de uma prática intersetorial, pode ser atendido em sua complexidade em direção à promoção de saúde.

Ao discutir desterritorialização e mobilidade, Costa (2006) identifica o território e os processos de territorialização “[...] como fruto da interação entre relações sociais e controle do/pelo espaço, relações de poder em sentido amplo, ao mesmo tempo de forma mais concreta (dominação) e mais simbólica (um tipo de apropriação)” (2006, p.235). Na visão do autor, esse controle é feito, sobretudo, como um controle de áreas ou zonas marcadas por limites ou fronteiras, mais ou menos definidas. Desta forma, desterritorializar, poderia significar a diminuição ou enfraquecimento do controle sobre essas fronteiras, aumentando assim a dinâmica, a fluidez, e portanto, o que podemos chamar de mobilidade, seja ela de pessoas, bens materiais, capital ou informações (COSTA, 2006).

Ao trazer a importância de pensar sobre o a “desterritorialização”, não defendo a ideia de não existir processos de territorialização, mas sim, que estes processos estejam ancorados e constituídos de mais fluidez e hibridez, considerando que o movimento, ação natural dos seres humanos, é genuíno no processo de constituição e existência dos próprios territórios. Assim, Costa (2006) contribuiu quando traz a ideia de uma concepção mais dinâmica de território, incorporando a noção de território-rede, onde segundo o autor é possível conceber uma espécie de territorialização no próprio movimento.

Esta ideia de desterritorialização, por vezes muito próxima de conceito de mobilidade²⁸, não se restringe ao mero deslocamento geográfico por sujeitos, mas também a possibilidade destes não se

²⁸ Mobilidade pode ser definida com a relação social ligada à mudança de lugar, isto é, como o conjunto de mobilidades pelas quais os membros de uma sociedade tratam a possibilidade de eles próprios ou outros ocuparem sucessivamente vários lugares (LÉVY apud COSTA, 2006).

limitar e delimitar pelas regras impostas na sociedade contemporânea. Costa (2006), ao discutir mobilidade e sua relação com a desterritorialidade, lembra de distintos sujeitos que propõem e/ou atuam como figuras centrais nos processos de mobilidade e desterritorialização, dos quais o nômade e o migrante aparecem como centrais. Segundo o autor, enquanto o nômade, figura símbolo de uma pós-modernidade, em geral carrega uma forte carga cultural de marginalidade e/ou de subversão, o migrante é quem está à procura de integração, no momento atual - numa sociedade marcada pela flexibilização e precarização das relações de trabalho.

O nomadismo, associado a desterritorialização, não pode ser considerado um estado primitivo, historicamente situado, trata-se antes de tudo da ruptura com o pensamento hierárquico ocidental dominante, assim, Costa (2006) define-o como o tipo de consciência crítica que resiste à fixação em modos de pensamento e comportamento socialmente codificados, não se tratando de uma fluidez sem fronteiras, mas antes, de uma aguda consciência de não-fixidez das fronteiras. É o desejo intenso de continuar trespassando, transgredindo, numa identidade sempre contingente.

Tendo em vista as características já apontadas para o migrante, aquele que está a procura de um lugar mais estável, a mobilidade do migrante é relativamente controlada, como também é direcionada, inclusive por sua relação com a definição de imigrante. Segundo Costa (2006) migrante é uma categoria muito complexa tendo em vista os diversos motivos que levam os sujeitos a migrar, questões econômicas, ecológicas, políticas ou a associação de algumas delas.

Entendendo que não há indivíduos ou grupo social sem território, pois a ideia de território está ancorada em relações de dominação e/ou de apropriação de espaços, seja de caráter predominantemente material ou simbólico. Esta Tese se identifica com a definição de território em seu sentido mais amplo, desde aquela entendida em um nível mais físico e biológico – de necessidades básicas como água, ar, alimento, abrigo para repousar, até um nível mais imaterial ou simbólico - enquanto seres dotados de poder da representação e da imaginação e que a todo instante re-significam e se apropriam simbolicamente do seu meio (COSTA, 2006).

Portanto, as ideias de território e de territorialização numa perspectiva ampla, bem como os processos de desterritorialização, trazem desafios para as políticas públicas. Estes processos caminham lado a lado ao movimento de globalização, da facilidade de acesso a

informação, da construção de redes e rapidez nas mudanças – sejam elas de todas as ordens. Isto tem intensificado os desafios de incorporar ações integradoras que contemplem minimamente as diferenças dos múltiplos sujeitos e grupos sociais contemporâneos.

Nesse sentido, ao pensar em ações para a PSR há de ser incorporado um conceito de território mais flexível e menos rígido, como apresentado anteriormente, considerando que os processos de territorialização firmados no campo da saúde necessitam de maior abertura às diferenças dos sujeitos que o constituem e nele habitam. Dentro do grupo da PSR há os que pouco extrapolam os limites geográficos de seus territórios, mas em contraponto há aqueles que circulam em diferentes territórios o tempo todo, e nesse movimento, buscam um pouco mais de vida, necessitando acessar diferentes serviços e estabelecer, mesmo que momentaneamente, novas relações com outros sujeitos, territórios e experiências.

3.8 EDUCAÇÃO SOCIAL DE RUA E PEDAGOGIA DA PRESENÇA

No período pós-milagre brasileiro um novo fenômeno urbano começou a preocupar o governo e a sociedade brasileira, a presença cada vez mais numerosa de crianças nas ruas, inicialmente nas cidades de médio e pequeno porte e depois nas grandes capitais do país (OLIVEIRA, 2004). Estes “meninos de rua” eram os filhos das famílias pobres de zonas mais afastadas que buscavam na saída de suas cidades, afastar-se da miséria e da falta de opções locais. As primeiras intervenções para com esse público surgiu com Oliveira (2004) chamou de uma renovada sensibilidade social para com a pobreza, no qual foram oportunizados programas sociais para atendimentos de suas necessidades básicas. Um conjunto de ações de natureza tanto filantrópica, quanto desenvolvimentista, ofereciam refeições, locais para dormir, ensinamentos para atuação no mercado do trabalho, facilitação de cooperativas de produção e comercialização de produtos. Isto, juntamente com o trabalho de religiosos, intelectuais e trabalhadores sociais voltados para crianças e adolescentes pobres, formaram o arcabouço de uma nova categoria de serviços sociais: a chamada Educação social de rua.

Oliveira (2004) argumenta que a educação social de rua, pelas suas características e contexto de atuação, se constituiu como uma tarefa desafiadora tendo em vista as extremas dificuldades apresentadas pela população que vive nas ruas. As dificuldades giram em torno do

contexto de vida na rua, que passam por questões de sobrevivência básica, sendo que estas fortaleceriam o acontecer dos processos de ensino-aprendizagem necessários na educação social de rua.

Na educação social de rua os educadores aproximavam-se do contexto da criança e adolescentes no intuito de construir e manter um vínculo com estes no espaço da rua, e a partir disto buscavam contribuir na construção de “projetos de vida”, oportunizando a expansão de possibilidades de realização desses sujeitos, uma possibilidade maior do que eles normalmente teriam acesso a partir de sua existência na rua (OLIVEIRA, 2004). Nesse sentido, o trabalho do educador social de rua necessita de um cuidado na aproximação, cuidado este, capaz de alcançar o lugar do outro, gerar certa empatia para que juntos possam criar novas possibilidades, num processo de troca de experiências, onde ambos aprendem. Este trabalho atua a partir do contexto de cada sujeito, na relação com a rua e com seus desejos na busca de uma vida diferente, vida esta capaz de romper com os ciclos de pobreza, exclusão e violências produzidos e reforçados no espaço da rua.

Parece-me que muitas das características presentes no trabalho da educação social de rua, mostra-se presente também, na atuação dos Consultórios de/na rua no Brasil, mesmo que sua atuação se dê em campos diferentes, o primeiro reconhecido no campo da educação e o segundo como um dispositivo do campo da saúde. Nesse sentido, o trabalho realizado pelos Consultórios de/na rua no Brasil incorporaram técnicas e detalhes presentes na atuação dos educadores sociais de rua que marcaram a década de 1970, 80 e 90, incluindo o cuidado à população adulta.

Ao pensar um modelo, uma forma de atenção às pessoas em situação de rua, ponho-me a pensar e escrever sobre as possíveis aproximações entre a educação social de rua, a pedagogia da presença e o Consultório na Rua do SUS.

Nesse sentido, Graciani (1997) afirma que o objetivo estratégico de todo processo político-educativo é o desenvolvimento das capacidades e dos potenciais de cada educando/educador para sentir, pensar e agir de forma autônoma crítica e criativa, no contexto dos grupos sociais em que convive. Segundo a autora, essa é a essência da práxis, na perspectiva da metodologia dialética. A metodologia da práxis nos permite olhar os sujeitos não como uma abstração (seja ele analfabeto, trabalhador ou menino(a) de rua), mas sim no concreto de sua existência histórica. Existência que contém um acervo de experiências, valores, medos, expectativas e conhecimentos explicitados

no processo educativo. De acordo com Graciani (1997) uma segunda questão a ser analisada no processo educativo com sujeitos que vivem em pobreza extrema e vulnerabilidade, dentre elas a PSR, é que estes têm como prioridade na vida a luta pela sobrevivência e subsistência, aspectos que muitas vezes os conectam muito mais com o mundo do trabalho, do que com as escolas e com as instituições educativas. Sem contar que muitos deles não foram aceitos ou mesmo expulsos dessas instituições.

A proposta político-pedagógica da práxis contempla uma educação omnilateral²⁹ e omnidimensional³⁰, que abarca todos os campos essenciais da realidade humana e natural, e, todas as dimensões existenciais do ser humano. O desafio de trabalhar com esta perspectiva nos coloca numa tarefa ousada, sendo que esta inclui a possibilidade de subverter o monopólio das minorias – da divisão social do trabalho, que são as únicas a terem a chance e os recursos para estudar cerca de 20 anos. Isto leva esta pequena minoria a pensar que são os únicos que podem, sabem e devem decidir os rumos da sociedade, gerando nos setores excluídos uma autodesvalorização e descrença de si e dos outros semelhantes, como afirma a autora: uma alienação multidimensional de sua própria integridade como pessoa (GRACIANI, 1997).

De acordo com Graciani (1997), a práxis político-educativa rebela-se contra todas as divisões – de classe, do trabalho, do saber, entre outras, desejando-se constituir como um caminho para desvelar a lógica dos processos alienadores e divisores, possibilitando a criação de uma nova lógica, integradora e autônoma dos sujeitos. Propicia ainda, a expansão da consciência e a capacidade de abranger dimensões cada vez mais profundas e complexas do universo, na natureza, da cultura, da história e do próprio ser humano nesse contexto.

Nesse sentido, a educação popular apresenta-se como uma ferramenta com características libertadoras, pois vai emancipando cada vez mais os sujeitos, e sua possibilidade de elaboração e construção de conhecimentos por meio do pensamento. Assim, o exercício crítico do pensar exige que os sujeitos se empenhem oferecendo uma postura ativa na construção de sua própria consciência individual e coletiva, e

²⁹ Citando Arruda (1988) a autora entende o conceito como campos da realidade que a humanidade conseguiu tornar acessível do seu conhecimento.

³⁰ Entende por omnidimensional a busca de envolver todos os modos e faculdades de conhecimento, os sentidos do corpo, a mente, a emoção, a intuição, a vontade, o sentido de unidade, e o espírito como ser humano integral.

também que estejam sempre abertos a mudanças, considerando a complexidade e o movimento/processo da realidade.

Referindo-se ao trabalho popular, Graciani (1997) afirma que este deve levar os sujeitos a perceber e refletir sobre como as políticas públicas atendem suas demandas, bem como podem na esfera individual, apropriar-se de conhecimentos sobre o próprio corpo, à saúde individual e ambiental, ao estilo de vida que levam, ao trabalho de cada um, as lutas que travam diariamente para sobreviver.

Defendendo a idéia que os trabalhadores do campo da saúde coletiva podem e devem exercer um trabalho de educador a partir das demandas cotidianas que lhes chegam, adentro numa perspectiva de educação pautada na presença como elemento pedagógico fundamental do processo, presença esta discutida e apresentada por Costa (2001) como uma necessidade básica de todos os seres humanos.

De acordo com Costa (2001) a capacidade de fazer-se presente, de forma construtiva, na realidade do outro (seja ele educando e/ou usuário do SUS), não é dom, uma característica pessoal intransferível de certos indivíduos, ou mesmo algo de profundo e incomunicável. Esta capacidade é uma aptidão possível de ser aprendida, necessitando de uma disposição interior, pois efetivamente a presença não é alguma coisa que possa se apreender apenas ao nível de pura exterioridade.

Para Freire, apud Costa (2011), a educação como prática limitada, só é eficaz na medida em que reconhece e respeita os limites e exercita suas possibilidades. Ser educador, nos diferentes campos, exige do profissional uma disciplina de contenção e despojamento, que pode ser entendida como a dialética proximidade-distanciamento. Proximidade que dá guarita ao outro, identificando-se com a problemática do outro, de forma calorosa, empática e significativa, na busca de um encontro-relação de qualidade. Já o distanciamento, vem ao encontro da construção de um olhar do ponto de vista da totalidade, que dê conta de perceber o modo como seus atos se desencadeiam na concatenação dos acontecimentos durante o exercitar no processo de educação, e possivelmente, no processo de cuidado em saúde.

Ensina a pedagogia da presença que mediante manifestações inquietantes do sujeito educando – impulsos agressivos, revoltas, inibições, intolerância a qualquer tipo de norma, apatia, dentre outras, deve o educador posicionar-se num ângulo que lhe permita ver além dos aspectos negativos, o pedido de ajuda de alguém que de forma confusa, se procura e se experimenta em face de uma sociedade hostil, excludente e apartadora.

Um dos caminhos mostrados e incentivados pela pedagogia da presença é a aquisição do autoconceito, da autoestima e da autoconfiança por parte dos sujeitos, isto propiciado por meio de uma abordagem autocompreensiva que lhe auxilie no enfrentamento e superação das suas marcas e dificuldades. Esse caminho valoriza os conhecimentos e as capacidades do sujeito, buscando criar espaços estruturados onde os mesmos possam construir o seu ser em termos pessoais e sociais, movimento no qual o sujeito se percebe capaz de se ver progredir na relação com os demais, tratando-se conforme Costa (2001) de uma proposta de educação emancipadora. Nesse sentido, se constitui como atividade do educador, contribuir na ampliação e abertura de espaços que permitam aos sujeitos tornar-se fonte de iniciativa, de compromisso consigo mesmo e com os outros.

Estar verdadeiramente com o outro, exige dos profissionais uma disposição para tal, envolve consentimento, reciprocidade e respeito mútuo. Não é somente técnica e um serviço eficiente que sujeitos marginalizados e excluídos desejam dos profissionais, estes, além disso, esperam a presença inteira do educador que lhe possibilite a razão maior de seu trabalho, a libertação. Sutilmente, no dia a dia, o educador ajuda o sujeito educando a lidar, compreender e superar seus obstáculos, num movimento contínuo de insistência e resistência diante dos limites impostos pela sociedade. Muitas vezes o educador questiona-se sobre o sentido de seus esforços, já que vê diante de si milhares de consciências adormecidas e que nada fazem, mesmo tendo certo poder, para mudar o que esta diante de seus olhos (COSTA, 2001).

Aproximando-se do sujeito singular, educando jovem ou adulto, os profissionais devem ultrapassar a atitude científica de caracterizar ou rotular o sujeito a partir das normas estabelecidas social e historicamente, pois isto milhares de pessoas sabem e já fazem. Assim, o educador, deve transpor o convencional na tentativa de captar o específico, o único, aquilo que corresponde intimamente à vida do educando. Ao conseguir aproximar-se disso, não foca em seus problemas, mas na sua história para poder constituir uma base sobre a qual se assenta a busca de uma solução para as suas próprias dificuldades. Alerta Costa (2001), que nesse momento tem-se a oportunidade de compreender o sujeito, situando-o “[...] numa história singular, única, que é sua, para então, retirá-lo do rótulo, da categoria que ameaçava aprisioná-lo” (COSTA, 2001, p. 40).

Existir, para os humanos, não é um problema metafísico, é sim, dispor de alguns bens essenciais. O primeiro deles, de acordo com Costa

(2001) é ter valor para alguém, ser acompanhado, aceito, estimado num universo que lhe é particular, lugar este onde se tenha espaço para desenvolver suas capacidades, dentre aquelas ainda não materializadas, manifestas da pessoa.

A pedagogia da presença se contrapõe aos modelos de atendimento e/ou educacionais que se baseiam unicamente em protocolos ou manuais rígidos, que para cada tipo de situação é oferecido respostas universalizáveis, endurecidas e inflexíveis, desconsiderando as diferenças na historicidade do sujeito, da sua relação com o mundo e do contexto social onde vive. Particularizar situações necessita de tempo e disponibilidade, “objetos” raros num mundo que nos exige eficiência e que não percamos tempo com o outro.

Ao finalizar esta etapa de descrição e reflexão de alguns conceitos, relembro que muitos seriam os conceitos³¹ e por que não dizer “dizeres”, “teorias” que contribuiriam para um olhar mais nítido, cuidadoso e integral com a população em situação de rua. Mas acredito que os conceitos colocados em cena apresentam possibilidades e estimulam reflexões sobre como os diferentes profissionais atuam nos Consultórios na rua, tendo em vista que se deparam com situações que exigem certa destreza, sensibilidade e muita técnica, técnica esta amparada também pelo reconhecimento que a ciência tem limites e que sobre a saúde dos sujeitos, eles tem muitos a nos contar.

Na sequência, apresento o traçado metodológico desta pesquisa de Doutorado, sendo este o caminho pensado para construir conhecimento a partir das experiências do Consultório na Rua em Santa Catarina. Estas experiências, por se constituir a partir de um dispositivo desafiador que busca contribuir para um acesso à saúde mais qualificado por parte de PSR, tem muito a ensinar aos profissionais de saúde, sendo que todos, sem exceção, são responsáveis para atender e acolher os diferentes cidadãos de direito.

³¹ Trino, Machado e Rodrigues (2015) apresentam alguns conceitos que acreditam se constituir como norteadores do cuidado junto à população em situação de rua, dentre eles, o próprio conceitos de população em situação de rua, características e especificidades dessa população, o conceito de sujeito de direitos e deveres, de autonomia e tutela, de vulnerabilidade, e sentimento de pertencimento.

CAPÍTULO 4 – TRAÇADO METODOLÓGICO: O PLANEJAMENTO PARA O RETORNO AO MAR.

Depois de viajar por diferentes mares, observar e refletir sobre a costa, lançar as redes em diferentes pontos em busca de cardumes, capturar alguns peixes e descrever sobre a pescaria, pus-me a descansar e pra casa voltar. Depois de uns dias, ao sol raiar, chamei os outros pescadores para planejar o próximo retorno ao mar. Contei-lhes onde queria chegar e que tipo de peixe buscava encontrar, baseado nos mares que podia navegar. Juntos planejamos uma nova ida ao mar, um outro mar. Este, não muito conhecido, mar aberto e pouco explorado. Ventos fortes lhe atravessavam, mas ainda é possível pescar. Juntei as redes, abasteci o barco e voltei ao mar! Ao me deparar com o mar e de longe ver a costa questionei-me sobre algumas coisas, elas novamente me colocaram frentes a novos desafios, mas tracei alguns objetivos, algumas estratégias, re-li o mapa de bordo, anotei traçados importantes, chamei alguns companheiros do mar e voltei a pescar. Sem saber o que podia encontrar, pus a explorar, para mais tarde a casa voltar.

4.1 INTERROGAÇÕES E OBJETIVOS DA PESQUISA

São de interrogações que vive o pesquisador, são elas que mobilizam e apontam para novos rumos. Dão certa direção à pesquisa e aquilo que se pretende responder e descobrir. Nesse sentido, tendo como referência as questões apresentadas no decorrer deste trabalho surgem alguns questionamentos, já evidenciados na introdução desta tese, que fazem parte e norteiam esta pesquisa de doutoramento:

- Qual a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição do Consultório de rua para Consultório na rua?
- Como se dá o processo de trabalho das equipes de Consultórios na rua a partir da inserção na Política de Atenção Básica?

Além destes, muitos são os questionamentos e as interrogações sobre o Consultório na Rua no contexto da Atenção Básica, considerando que o mesmo se constitui como um dispositivo ainda em construção e adequação dentro da política de saúde brasileira. Importante referir que muitas das interrogações e questionamentos realizados durante a construção desta tese, muitas delas explícitas no texto, serão respondidas no tempo, bem como por outras pesquisas,

tendo em vista a multiplicidade de questões que se põe diante desse novo serviço.

O Consultório na Rua, junto a outras ações, adentra em uma política ampla e complexa como a atenção básica, desejando um lugar e espaço de atuação. Considerando as modificações dos últimos anos, incluindo aqui sua inserção inicial como um projeto piloto na saúde pública brasileira, depois expandindo-se para a maioria dos estados ainda como ação temporária através de financiamento por meio de editais financiados pelo governo, e mais tarde elevando-se ao patamar de política pública, são apresentados os objetivos desta tese:

- Descrever e analisar a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios de Rua para Consultórios na Rua de Santa Catarina;
- Compreender e analisar o processo de trabalho das equipes de Consultórios na Rua de três cidades de Santa Catarina, a partir da inserção na Atenção Básica;

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E AS TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, bem como a temática escolhida, a mesma se caracteriza como uma pesquisa qualitativa. Conforme Minayo esta “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (1994, p.21-22). Este tipo de método tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, possibilita a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa, segundo Pope e Mays (2005) busca interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão. Está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a própria compreensão que têm de seu mundo. Nessa abordagem, o pesquisador tem o papel de questionar suposições do senso comum ou idéias tidas como corretas, o que a sociologia geral refere-se como desfamiliarização.

Aproximar-se de dados qualitativos, e assim, dos atores envolvidos em determinados contextos, é apreender a essência da

questão estudada, pois segundo Minayo (2013) uma situação humana só é caracterizável quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, e, que o desprezo pelos elementos qualitativos e a completa restrição da vontade não constitui objetividade e sim negação da qualidade essencial do objeto.

De acordo com Minayo (2013) o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, tudo isso, produto das interpretações que os próprios humanos fazem a respeito da vida e do contexto onde vivem. Dentre muitas possibilidades, estuda a história social a partir perspectiva dos atores, ouvindo-os, observando-os e compartilhando a vivência com os mesmos.

A partir da visão de Silverman (2009), a ciência social qualitativa ao refletir e comunicar sobre dados encontrados em suas pesquisas, contribuem para a ampliação dos debates sobre o modo como as organizações funcionam, proporciona novas oportunidades para as pessoas fazerem suas escolhas e oferece uma perspectiva potencialmente nova para os profissionais e para os usuários.

Nesta pesquisa, a principal técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, “[...] que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada” (MINAYO, 2013, p.261), sendo que o entrevistador pôde em alguns momentos intervir para o aprofundamento de questões trazidas na fala, sempre referenciado pelos objetivos da pesquisa. Nesse sentido, a entrevista como ferramenta de coletas de dados, se materializa na interação social entre entrevistador e entrevistado (GIL, 1995).

Sobre a participação do pesquisador, Chizzotti (2001) afirma que este deve despojar-se de preconceitos e predisposições para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem adiantar explicações, nem conduzir-se pelas aparências imediatas, a fim de alcançar uma compreensão global dos fenômenos.

Como técnica secundária, acompanhamos o trabalho em campo das equipes dos Consultórios na Rua a serem pesquisados, considerando a importância de conhecer e aprofundar as reflexões sobre as práticas das equipes juntamente aos usuários no contexto da rua. Assim, a observação participante, como parte essencial desta pesquisa, propiciará a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. Segundo Schwartz & Schwartz (apud Minayo, 2013) durante a observação participante o observador

estabelece uma relação face a face com os observados, o pesquisador é parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado pelo contexto.

Ainda de acordo com Minayo (2013), a observação participante permite conhecer os comportamentos, relações e imponderáveis da vida social de determinados sujeitos ou grupos, contribuindo na reflexão e produção de novos saberes. Importante considerar que no trabalho qualitativo a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude. Ao considerar isto, a observação participante contribui para “[...] vincular os fatos as suas representações e a desvendar contradições entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo” (MINAYO, 2013, p. 286).

Como sugere Chizzotti (2001), os dados não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, captados em um instante de observação. Segundo o autor, eles se dão no contexto fluente de relações, podem ser considerados “fenômenos” que não se restringem às percepções sensíveis e aparentes. É preciso ultrapassar a aparência imediata para descobrir sua essência, pois se manifestam em uma complexidade de oposições, revelações e de ocultamentos.

Nesse sentido, a coleta de dados juntos as equipes das três cidades (Florianópolis, Criciúma e Joinville) foram realizadas entre os meses de janeiro a junho de 2017, desde as primeiras aproximações do pesquisador com o campo e com os sujeitos da pesquisa. Foram definidos antecipadamente os dias de realização das entrevistas individuais com os trabalhadores e gestores das três equipes, a partir de um roteiro prévio (Apêndice A e B), bem como as saídas a campo e acompanhamento do trabalho das equipes. As atividades de pesquisa iniciaram após os trâmites legais descritos no item aspectos éticos desta tese.

4.3 O CAMPO E OS SUJEITOS DE PESQUISA

O campo de pesquisa se constituiu a partir das três cidades catarinenses que possuem equipe de Consultório na Rua do SUS cadastrada no Ministério da Saúde, e que já passaram pela experiência de Consultório de rua, sendo estas, Florianópolis, Joinville e Criciúma. Considerando as peculiaridades do trabalho desenvolvido pelas equipes, o campo se constituiu a partir das unidades de saúde nas quais atuam as equipes e nos espaços da rua, local principal de atuação dos CnR.

Durante o período de trabalho de campo o pesquisador permaneceu cerca de cinco dias em cada cidade para a realização das entrevistas e observação participante. Nesse sentido acompanhou a organização e a saída a campo das equipes, vivenciando experiências que ofereceram mais propriedade para conhecer o trabalho *in loco*, bem como os limites da ação cotidiana dos Consultórios na Rua.

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram 19 profissionais que trabalham diretamente nas equipes dos Consultórios na Rua das três cidades, havendo apenas um profissional que por questões particulares não participou desta etapa e 10 gestores atuais e anteriores das equipes. A participação dos profissionais se deu por livre adesão, sendo que poderiam participar profissionais de qualquer categoria profissional, de nível superior, médio ou ensino fundamental.

O Consultório na Rua de Joinville foi implantado em março de 2014, conta com uma equipe de modalidade I, composta por 01 psicóloga, 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem, profissionais que atuam seis horas por dia, de segunda a sexta-feira em turnos alternados, incluindo fim de tarde e noite. As atividades da equipe iniciaram em outubro de 2014 tendo como espaço principal a região central da cidade de Joinville, sendo que a equipe conta com um veículo tipo *Kombi* para suas ações. A unidade básica de saúde referência é a Unidade de Saúde do Bairro Bucaren, sendo que o coordenador da unidade básica é também o coordenador/gestor do Consultório na Rua. A cidade possuiu uma equipe de Consultório de Rua implantada no ano de 2011, sendo que apenas um profissional continuou na equipe de Consultório na rua. De acordo com o 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua, a população estimada em 2009 era de 274 pessoas em situação de rua na cidade (BRASIL, 2009). Já o levantamento realizado pelo Centro Pop da cidade apontou cerca de 420 pessoas em situação de rua na cidade no ano de 2014 (PACHECO, 2015).

O Consultório na Rua de Criciúma foi implantado em outubro de 2014, sendo que a cidade possuía um Consultório de rua desde 2012, sendo que a transição não paralisou as ações da equipe. A equipe atual é formada por uma duas enfermeiras, um delas é também coordenadora da equipe, uma psicóloga, uma assistente social e quatro redutores de danos, totalizando oito profissionais. O Consultório na rua está vinculado a unidade básica de saúde Teresa Cristina do bairro Paraíso. A equipe não possuiu um supervisor clínico. O veículo da equipe é uma *spin*, sendo que este carro não é adaptado para o trabalho. De acordo

com a equipe de Consultório na rua da cidade, a população em situação de rua aproxima-se de 400 pessoas.

De acordo com a coordenação, o **Consultório na rua de Florianópolis** iniciou suas atividades em dezembro de 2012, atualmente está cadastrada como Modalidade I e conta com 8 profissionais cadastrados, sendo: 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 médica, além de 1 motorista que cumpre jornada de 6 horas diárias. O carro disponibilizado para transporte da equipe é um Fiat Doblô, sendo que a área de abrangência corresponde a todo o município de Florianópolis. A coordenação do Consultório na Rua é de responsabilidade do Distrito Sanitário Centro, com suporte administrativo do Centro de Saúde Prainha onde a equipe está lotada. A equipe não tem supervisão clínica institucional. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis a população em situação de rua em junho de 2016 totalizava 421 pessoas.

A cidade possuiu um Consultório de rua vinculado aos CAPS Ad da cidade, Ilha e continente, que atuou nos anos de 2011 e 2012, com profissionais que dividiam sua carga horária entre a atuação no CAPS Ad e no Consultório de rua, sendo que possuíam na equipe Assistente Social, psicóloga, enfermeiros, técnicos de enfermagem e 4 redutores de danos (ABREU, 2013).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade, sendo incorporados também os dados das observações realizadas junto a equipe durante a saída a campo, nas unidades de saúde e nas ruas da cidade. A partir da transcrição das entrevistas individuais e junção de todo material para análise que constituirá o *corpus*³² da pesquisa, a organização e análise dos dados das comunicações obtidas nesta pesquisa foram apoiadas nas técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e Minayo (2013).

Para Bardin a análise de conteúdo pode ser entendida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não)

³² *Corpus* “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 2009, p.96).

que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (2009, p.42).

De acordo com Bardin (2009) tudo que é dito, falado e transformado em comunicação é passível de análises, podendo ser submetido à análise de conteúdo, assim qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor, poderia ser escrito e decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo.

A partir de Minayo (2013) a análise de conteúdo, do ponto de vista operacional, parte de uma leitura de primeiro plano das falas contidas nos documentos ou depoimentos, buscando atingir um nível mais profundo no entendimento das comunicações humanas. Ainda, nas palavras de Chizzotti (2001), esta técnica se aplica à análise de textos escritos ou qualquer comunicação, incluindo a oral, gestual e visual, reduzida a um texto ou documento, com o objetivo de compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

O tipo de análise de conteúdo utilizada nesta pesquisa foi a análise temática, que segundo Minayo (2013) está relacionada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. A análise temática comporta um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. A análise temática foi organizada, baseada em Minayo (2013), em três etapas sequenciais:

- A primeira etapa: Pré-análise - Pode ser resumida em três questões principais: a escolha dos documentos submetidos à análise, a formulação dos objetivos e a elaboração de indicadores que contribuam no entendimento do material e fundamentem a interpretação final.

Nesta primeira etapa após a coleta de dados, o pesquisador agrupou sequencialmente todas as entrevistas e os dados das observações, constituindo o *corpus*. Após, fez uma leitura primária dos dados - a leitura flutuante³³, obtendo um conhecimento inicial sobre todo o conteúdo disponível.

- A segunda etapa: Exploração do material – consistiu-se essencialmente numa operação classificatória que busca

³³ Leitura flutuante é analisar e conhecer o texto “deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 2009, p.96).

alcançar o núcleo de compreensão do texto. Neste momento o pesquisador construiu os núcleos temáticos e identificou as categorias, materializadas em expressões ou palavras significativas que por sua vez organizarão o conteúdo das falas. Ainda nesta etapa, realizou a classificação e agregação dos dados, a partir das categorias identificadas.

Durante a segunda etapa, por meio de uma nova leitura o pesquisador buscou encontrar as questões centrais, resultando na criação de núcleos temáticos. Cada um desses núcleos temáticos foi dividido em categorias de análise, definidas a partir da presença nas falas dos entrevistados e referenciada pelos objetivos da pesquisa.

- A terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – os resultados brutos, já divididos em núcleos temáticos e categorias, subsidiaram a análise dos dados, sendo que o pesquisador realizou as interpretações, inter-relacionando-as com os fundamentos teóricos desenhados inicialmente na pesquisa, abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2013).

A partir da análise de conteúdo, distinguiram-se dois núcleos temáticos. O primeiro núcleo temático trata da transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua nas três cidades pesquisadas, deste núcleo surgiram duas categorias: a percepção dos profissionais e percepção dos gestores. Já o segundo núcleo temático trata do processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua, sendo que as categorias analisadas foram: os agentes do trabalho, atividades das equipes, as finalidades do trabalho e os saberes e conhecimento das equipes para o trabalho com a população em situação de rua e Consultório na Rua.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a realização desta pesquisa foram considerados os aspectos éticos ao seguir as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa de campo foi iniciada a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Anexo A).

Para a realização das entrevistas os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo e receberam os devidos esclarecimentos sobre o mesmo, garantia de sigilo e privacidade da sua identidade, tendo o direito de recusar a sua participação. Os sujeitos

foram informados que a qualquer momento, poderiam solicitar informações sobre a pesquisa ou suspender o consentimento fornecido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado ao fim deste trabalho no Apêndice C.

No desenvolvimento da pesquisa foram considerados os seguintes aspectos: Obtenção de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes; Adesão voluntária dos participantes com livre escolha para abandonarem o processo de investigação caso julgassem necessário; Garantia de sigilo das informações, sendo estas restritas ao trabalho acadêmico e publicação em periódicos científicos; Anonimato, com a utilização de siglas escolhidas pelo pesquisador para citar suas falas; Garantia de fidedignidade das informações através da confirmação das informações obtidas nas observações e entrevistas; e Esclarecimento de que os dados analisados serão de propriedade dos pesquisadores e seu uso será restrito ao meio acadêmico e científico.

4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pode-se afirmar, com base em Minayo (2013), que as limitações do método utilizado nesta Tese de doutoramento podem estar relacionadas ao método qualitativo no que se diz respeito a possibilidade de implicação dos valores, emoção e visão de mundo do pesquisador na análise dos resultados, bem como a disponibilidade dos sujeitos de pesquisa quanto ao tempo e a vontade de falar sobre o tema pesquisado. Ainda pode-se referir como uma limitação a impossibilidade de generalização daquilo que é encontrado e analisado a partir das informações do campo, pois a intenção neste trabalho é de obter uma compreensão a partir da atuação dos profissionais do Consultório na rua em Santa Catarina, que representam uma pequena parcela dos trabalhadores dos Consultórios na Rua do Brasil. Outra limitação é a não participação dos usuários dos Consultórios na Rua participantes da pesquisa, tendo em vista que os mesmos poderiam contribuir com olhares diferenciados sobre o objeto em estudo.

5. RESULTADOS

Os dados desta pesquisa de doutorado serão apresentados em forma de artigos científicos, conforme as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, buscando responder de maneira reflexiva os questionamentos trazidos nesta tese, estando estes alinhados aos objetivos propostos inicialmente. Nesse sentido, objetivando contribuir com a produção brasileira sobre o assunto, bem como para a atuação das equipes dos Consultórios na Rua do Sistema Único de Saúde – SUS, são apresentados na sequência os artigos 1 e 2, sendo estes:

Artigo 1: De Consultório de Rua para Consultório na Rua: a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição.

Artigo 2: Consultório na Rua: uma análise sobre o processo de trabalho

Artigo 1: De Consultório de Rua para Consultório na Rua: a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição.

Este artigo será enviado para publicação na Revista Saúde e Sociedade, *On-line* (ISSN 1984-0470), B1 em Saúde Coletiva, sendo que instruções aos autores e as normas de submissão da revista podem ser consultadas no Anexo B desta tese.

De Consultório de Rua para Consultório na Rua: a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição.

From Street Clinic to Clinic on the Street: the perception of professionals and managers about the transition process.

Del Consultorio de Calle para el Consultorio en la Calle: la percepción de profesionales y funcionarios sobre el proceso de transición.

Deidvid de Abreu

Universidade Federal de Santa Catarina,
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.
e-mail: abreudd@gmail.com

Walter Ferreira de Oliveira

Universidade Federal de Santa Catarina,
Departamento de Saúde Pública.
e-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

Resumo

Este artigo trata da temática Consultório de/na rua do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Descreve a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios de Rua para Consultórios na Rua das cidades de Florianópolis, Joinville e Criciúma, no estado de Santa Catarina, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritiva, na qual o pesquisador utilizou-se de entrevistas semiestruturadas e observação participante para coleta de dados, sendo realizada após a análise de conteúdo. O processo de transição em cada cidade possuiu particularidades, sendo também presentes percepções comuns. Os resultados da pesquisa apontam, por meio do olhar dos profissionais, que o processo de transição caracterizou-se por um período de tempo onde as equipes ficaram sem referências para o trabalho e sofreram certa rejeição das áreas que lhes assumiam. A

transição ainda foi vista como um momento de crescimento e amadurecimento das equipes, e uma mudança no foco de ação, onde o cuidado em saúde mental e uso de drogas são reduzidos aos cuidados em saúde de ordem biológica. Para os gestores, a transição para a atenção básica aparece como uma aposta na estratégia e que aproxima a população em situação de rua da atenção básica à saúde, sendo esta mais inclusiva. Reconhecem que a transição assinala para uma fragilidade na relação da atenção básica com a política de saúde mental; e ao mesmo tempo cria uma expectativa que o Consultório na rua torne-se um formador da rede para a atenção em saúde das pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Política Pública; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

Abstract

This article aims the theme entitled Street Clinic and Clinic on the Street of Brazil's Health Unic System. Describes the perception of professionals and managers about the transition process from the Street Clinics to Clinics on the Street in the cities: Florianopolis, Joinville and Criciúma in the state of Santa Catarina, Brazil. It is a qualitative with a descriptive character research, in which the researcher used semi-structured interviews and participant observation for data collection which was done after the data analysis. The transition process for each city has particularities and common perceptions are also present. The results of this research show, through the professionals' perspective, that the transition process was characterized by a period of time where the teams were left without references to work and suffered some rejection of the areas that they assumed. The transition was also seen as a moment of team growth and ripening, and a shift in the action focus, where the mental health care and drugs use are reduced to biological health care. To the managers, the transition to basic care appears as a bet in the strategy and brings the homeless population closer to the health basic care. The managers recognize that the transition points to a fragility in the relationship of basic care and health care policy; and at the same time creates an expectation that the Clinic on the Street will become a network educator for health care for homeless population.

Keywords: Homeless population; Public Policy; Primary Health Care; Mental Health.

Resumen

Este artículo trata de la temática Consultorio de/en la calle del Sistema Unico de Salud Brasileño. Describe la percepción de profesionales y funcionarios sobre el proceso de transición de los Consultorios de la Calle para los Consultorios en la Calle de las ciudades de Florianópolis, Joinville y Criciúma, en el estado de Santa Catarina, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptiva, en la cual el investigador utilizó entrevistas semiestructuradas y observación participante para la recolección de datos, que se realiza después del análisis de contenido. El proceso de transición en cada ciudad posee particularidades, también existen percepciones comunes. Los resultados de la investigación apuntan, por medio de la mirada de los profesionales, que el proceso de transición se caracterizó por un periodo de tiempo donde los equipos estuvieron sin referencia para el trabajo y sufrieron cierto rechazo de las áreas que asumieron. La transición se vio como un momento de crecimiento y maduración de los equipos, y un cambio en el enfoque de acción, donde el cuidado de la salud mental y uso de drogas son reducidos a los cuidados de la salud de orden biológico. Para los funcionarios, la transición para la atención básica aparece como una apuesta en la estrategia que aproxima la población en situación de calle de la atención básica de salud, siendo esta más incluyente. Reconocen que la transición deja ver una fragilidad en la relación de atención básica con la política de salud mental; y, al mismo tiempo, crea una expectativa que el Consultorio en la Calle se transforme un formador de la red para atención en salud de las personas en situación de calle.

Palabras Clave: Persona en situación de calle, Política Pública, Atención Primaria de Salud, Salud Mental.

Introdução

Ao considerar o baixo índice de procura e acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população em situação de rua e/ou usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, o Ministério da Saúde justificou a implementação de intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas *in loco* (Brasil, 2010). Nesta direção, o próprio Ministério instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas - PEAD 2009-2010, que teve como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para populações vulneráveis, bem como

implementar intervenções em contextos de rua com a articulação de diferentes redes de atenção em saúde e intersetorial.

A proposta dos Consultórios de Rua na rede SUS implantada a partir de 2009 foi baseada inicialmente na experiência criada em 1999 na cidade de Salvador-BA, por Antônio Nery Filho¹. O Projeto Consultório de Rua, em sua primeira versão, se constituiu como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que viviam em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população (Brasil, 2010).

A partir de 2011, com a Portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde - MS que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, bem como descrito na nova Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria nº 2.488/2011, os Consultórios de Rua (CR) passam a ser chamados de Consultório na Rua (CnR). A partir desse momento as equipes do CnR deixam de ser responsabilidade da área técnica de Saúde Mental e passam a compor as ações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde - DAB/MS, sendo que os municípios deveriam realizar a adequação de suas equipes em uma das modalidades possíveis, bem como seu registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Importante salientar que as pesquisas desenvolvidas sobre o tema Consultório de e na Rua pouco explicam ou sinalizam para este processo de transição. Em revisão de literatura, Abreu (2017) encontrou poucos estudos que abordam a questão da transição e afirma que esta trouxe mudanças nas composições das equipes e alterou o escopo das ações, anteriormente focadas na saúde mental e nos cuidados relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. De acordo com Santana (2014), Tondin, Neta e Passos (2013) o Consultório na Rua amplia o raio de ação das equipes e assume algumas das funções previstas pela equipe de saúde da família ao olhar a saúde para além da saúde mental e do uso de drogas, efetivando os direitos à saúde da população em situação de rua. Para alguns autores, entre eles Lancetti (2015), esta modificação que compreende o deslocamento para a atenção básica, pode contribuir na garantia de recursos financeiros para a contratação de equipes específicas para tal atividade.

¹ Antônio Nery Filho é professor da Universidade Federal da Bahia - UFBA e coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA.

No mesmo sentido, Engstrom e Teixeira (2016) apontam que o CR em seu formato inicial, ofertavam um conjunto menor de atividades se comparadas as ações que atualmente são realizadas pelos CnR implantados pela Política Nacional de Atenção Básica. A ampliação e potência de ações, como descrito nas principais orientações sobre o dispositivo, foca principalmente na perspectiva da integralidade, ultrapassando os atendimentos no campo da saúde mental e uso/abuso de álcool e outras drogas. Além disto, os autores apontam para uma abertura de espaço físico nas unidades básicas de saúde para essa população e para a equipe do CnR.

Tendo em vista a recente transição do campo da saúde mental para a atenção básica, este processo propicia vários questionamentos, dentre eles os relacionados ao processo de trabalho das equipes e aos fundamentos que embasam as ações do Consultório na rua após a ida para a atenção básica. Outras questões dizem respeito a continuidade das ações iniciadas pelas equipes dos Consultórios de Rua, a modificação e ampliação do foco das ações, a relação da equipe do Consultório na Rua com as equipes de saúde da família, a preparação dos profissionais da atenção básica para a oferta de serviços à população de rua, bem como sua compreensão sobre este modo de viver. Questões estas apresentadas inicialmente neste artigo, mas que necessitam de novas pesquisas para serem exploradas e detalhadas.

Nessa direção, este artigo, que apresenta o resultado da pesquisa realizada em Santa Catarina com três equipes de Consultório na Rua, incluindo as cidades de Florianópolis, Joinville e Criciúma - que passaram pela experiência de Consultório de Rua - pretende contribuir com reflexões sobre a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição nas três cidades, apontando o entendimento e significados atribuídos a esse processo pelos atores que vivenciam a realidade do trabalho no dia-a-dia.

Traçado Metodológico

Esta é uma pesquisa qualitativa de caráter descritiva que de acordo com Minayo (2003) permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, possibilita a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

A principal técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada que buscou compreender a percepção dos pesquisados sobre o processo de transição de Consultório de rua para Consultório na rua nas três cidades de Santa Catarina. As perguntas realizadas

compreendiam questões relacionadas a vivência junto ao Consultório de rua e na rua, as atividades cotidianas do Consultório na Rua, as diferenças entre os dois serviços, o acompanhamento da gestão, bem como outras questões inerentes ao trabalho do Consultório na Rua nas cidades. Foram entrevistados 19 profissionais que atuam diretamente no Consultório na rua, e 10 gestores, totalizando 29 entrevistados nas três cidades. As cidades de Florianópolis e Joinville estão entre as maiores em números de habitantes do estado de Santa Catarina, 485 mil e 577 mil, respectivamente, sendo que Criciúma possui 211 mil habitantes, de acordo com a estimativa para 2017 (IBGE, 2017).

Como técnica secundária, acompanhamos o trabalho em campo das equipes dos Consultórios na Rua das cidades pesquisadas durante os meses de janeiro à junho de 2017 com visitas periódicas as equipes, por considerar a importância de se aproximar e aprofundar as reflexões sobre o processo de transição, bem como conhecer as práticas das equipes juntamente aos usuários no contexto da rua. Neste sentido, para Minayo (2013) durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, o pesquisador é parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado pelo contexto.

Após a coleta dos dados as entrevistas, transcritas em sua totalidade, somando-se aos dados do diário de campo e da observação participante, constituíram o *corpus*² da pesquisa, sendo que a análise dos dados se apoiou nas técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e Minayo (2013), em sua modalidade temática, com categorias definidas a posteriori.

A pesquisa foi iniciada a partir do consentimento das respectivas secretarias municipais de saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob parecer número 1.828.958 e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP sob o no. de registro (CAAE): 61509716.3.0000.0121. Também se aplicou o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE aos participantes. Foram considerados todos os aspectos éticos indicados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

² *Corpus* “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 2009, p.96).

Resultados e Discussão

A partir da análise de conteúdo surgiu o núcleo temático central, que trata da transição de Consultório de rua para Consultório na rua. Este núcleo temático foi dividido em duas categorias, a primeira trata da percepção dos profissionais sobre o processo de transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua nas três cidades pesquisadas, e a segunda explana e analisa a percepção dos gestores sobre o processo transição, buscando diferentes olhares para um momento marcante deste dispositivo de atenção a saúde para a população em situação de rua.

Categoria 1 - A percepção dos profissionais sobre o processo de transição

O Consultório de Rua de Florianópolis, estado de Santa Catarina, iniciou suas atividades em novembro de 2011; manteve-se em funcionamento até o mês de outubro de 2012, quando a equipe, então composta por profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas - CAPS Ad ilha e Continente, paralisou suas atividades (Abreu, 2013). Mesmo com o lançamento da Norma Técnica nº12 pelo Ministério da Saúde naquele ano - que tratava da transição, entre os meses de Outubro de 2012 e Janeiro de 2013 não houve atividades próprias do Consultório na Rua na cidade de Florianópolis, embora a nova equipe já contava com alguns profissionais (inicialmente apenas Assistente Social e Psicóloga; em Maio de 2013 também um Técnico de Enfermagem; nos anos seguintes, Enfermeiro e Médico se somaram à equipe).

A transição em Florianópolis no olhar dos profissionais, é marcada por uma ruptura total ou quase total na constituição da equipe de Consultório de Rua para Consultório na Rua, com retorno dos profissionais aos CAPS Ad, locais de sua atuação inicial, deixando assim de compor a nova equipe que constituiria a estratégia do Consultório na Rua. Consequentemente, conforme aponta Abreu (2013) há uma descontinuidade das ações iniciadas pelo Consultório de Rua, considerando que estes realizaram todo o processo de reconhecimento e abertura de campo para o trabalho na cidade. Como estratégia de atendimento e aproximação com as pessoas em situação de rua, uma das equipes buscou auxílio no serviço de Abordagem de rua da Política de Assistência Social, ao considerar que estes possuíam mais experiência

com a população em situação de rua. Tal consideração é retratada na fala a seguir:

A gente acha que foi uma perda na construção do trabalho, a gente sempre avaliou como algo muito ruim... Eu acho que nunca mais vai ser a mesma coisa, teria sido diferente se a gente tivesse conhecido mais eles (equipe do CR e redutores de danos), saído mais com eles [...] (P1)

Outra questão considerada pelos profissionais de Florianópolis foi a ampliação do trabalho desenvolvido pela equipe, que passa do atendimento às situações relativas ao uso e abuso de drogas para uma visão mais ampliada de saúde da população em situação de rua, atentando-se com as diversas demandas de saúde geral dessa população, sendo este o discurso utilizado. Nesse sentido, conforme os profissionais:

[...] a equipe fazia uma abordagem na rua relacionado ao tratamento de dependência química né, então tinha esse foco, tava vinculado na atenção secundária, na média complexidade e tinha foco mais voltado para essas questões e quando passa para a atenção básica muda para Consultório na rua, muda todo o foco, o foco passa a ser a saúde integral do sujeito, e aí nisso, a gente precisa compor uma equipe multiprofissional que dê conta dessas demandas todas, que até hoje não dá conta. (P3)

[...] eu acho que quando veio pra Atenção Básica meio que isso [redução de danos] fica... é muita coisa... aí tu acaba não conseguindo abraçar tudo assim, por que o pessoal diz que na época eles saiam mesmo pra fazer redução [...] a gente até fala, conversa [...] Mas a gente não consegue fazer tudo eu acho assim, que quando era no Consultório de Rua [...] mas daí também não tinha mais o lado da saúde em si né, do tratamento, da medicação, do exame. Eu acho que se perde um pouco da redução de danos [...] (P4)

Outro aspecto que marca o processo de transição na cidade, e que se mantém até os dias atuais, é a falta de referência de coordenação no nível de gestão para o Consultório na Rua. A equipe se vê quase sempre desamparada quando se trata de alguém da gestão que se responsabilize

efetivamente por garantir e lutar para que a estratégia tenha suas necessidades garantidas para o exercício do trabalho cotidiano.

O Consultório de Rua de Criciúma/SC iniciou suas atividades em junho de 2012, com equipe formada inicialmente por três redutoras de danos, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga, totalizando sete profissionais; apenas duas não se mantiveram na equipe até a data da pesquisa, demonstrando pouca rotatividade.

A transição para Consultório na Rua ocorreu em outubro de 2014, enfrentando o desafio já vivenciado na implantação do Consultório de Rua, que foi o da efetivação e reconhecimento por parte dos gestores, conforme demonstra a fala que segue:

O projeto (do Consultório de Rua) foi elaborado e aprovado em 2010 e foi colocado em prática apenas em 2012, a transição para Consultório na rua demorou em torno de um ano e meio, período em que ficamos no limbo: a saúde mental não nos queria mais e a atenção básica não nos reconhecia como parte dela. Foi um processo lento, mas no final deu certo. (P8)

Ao mesmo tempo apontam que, com que ida para a Atenção Básica obtiveram ganhos por parte do município (com estrutura de sala própria em uma Unidade Básica de Saúde, carro próprio, por exemplo), demonstrando certo reconhecimento do trabalho e da necessidade de investimentos na estratégia. Já em relação a uma possível alteração do foco de atuação, há opiniões divergentes: enquanto se relaciona a transição à ampliação do raio de atuação junto à saúde da população em situação de rua, também se afirma que tal cuidado já era presente nas ações do Consultório de Rua:

[...] eu não percebi mudança no atendimento não, porque na verdade mesmo que o projeto de consultório de rua tinha um foco mais para a saúde mental, não tem como tu desvincular a saúde mental da saúde geral, não dá. Então quando a gente formou a equipe, a gente formou nesse sentido mesmo, de atenção integral... quando a gente foi de fato pra rua, a gente viu que era muito maior do que só o uso da droga, então eu não percebo uma mudança na forma de lidar com o morador [...] (P8)

De acordo com Pacheco (2015) o Consultório de Rua da cidade de Joinville/SC iniciou suas atividades nos primeiros meses de 2011, paralisando suas atividades entre 2012 e 2013, quando retomou as atividades. Já o início das ações na estratégia de Consultório na Rua em campo se deu em 2014, tendo como primeira sede uma Unidade Básica de Saúde que ficava a 6 km do centro da cidade, e somente depois foi conquistado espaço na Unidade Básica de Saúde Bucarein, localizada na região central, local com maior número de pessoas em situação de rua.

A equipe refere a experiência de resistência inicial dos gestores para a implantação do Consultório na rua, expresso pelo tempo de adequação e transição das equipes. Tal resistência, de acordo com a equipe, possivelmente era advinda do distanciamento da atenção básica do campo da saúde mental, pelo menos daqueles que ocupavam o lugar de gestores responsáveis pela implantação do Consultório na rua. Nesse sentido: *Eles tinham resistência porque [...] isso é da Saúde Mental, a gente não sabe o que fazer (P16)*. Porém, diferente dos outros municípios pesquisados, para o processo de transição a gestão da Atenção Básica da cidade de Joinville acolheu um profissional do então Consultório de rua para se responsabilizar e participar do planejamento e implantação do Consultório na rua da cidade, junto à gestão do município.

Os profissionais de Joinville entendem que tal transição trouxe o reconhecimento da população em situação de rua enquanto sujeito de direito. Ao ampliar o escopo de ação e considerar os diversos problemas de saúde dessa população, a equipe afirma atuar na perspectiva da integralidade, assim: *Abriu um campo maior...A saúde integral do sujeito. (P18)*

Algumas questões em comum perpassam a transição dos Consultórios de rua para Consultório na rua em Santa Catarina no olhar dos profissionais. Primeiramente, a informação sobre a necessidade de transição possivelmente causou estranhamento às áreas de saúde mental e atenção básica. Talvez o limbo, o espaço de tempo em que as equipes ficam sem referência, ou mesmo que passam por um momento sem saber para onde caminhar e a quem recorrer quando necessitar, pode estar atrelado a esse estranhamento de sujeitos que em algum momento perguntaram-se: e agora, como faço? Estaria a Atenção Básica preparada para acolher um dispositivo que pretende trazer para bem perto do sistema de saúde pessoas que em geral a porta de entrada principal do sistema de saúde encontra dificuldades para reconhecer como parte de seu trabalho? Tal fato aponta para a dificuldade em

responsabilizar-se por uma estratégia que reúne diferentes aspectos e formas de intervenção, que parece em alguns momentos transpor as barreiras estabelecidas historicamente no campo da saúde.

O processo de transição, por um lado, desmascara as dificuldades que temos enquanto profissionais de saúde em lidar com públicos específicos e complexos, como a população em situação de rua. De outro, ao concretizar a entrada do Consultório na Rua na Política de Atenção Básica, traz a possibilidade de ampliação de suas ações e o estabelecimento de parcerias no trabalho entre Consultório na rua e as equipes de saúde da família, sendo estas últimas responsáveis pela atenção integral à saúde da população dos territórios onde exercem seu trabalho cotidiano, conforme apontado por Oliveira (2009).

O deslocamento das equipes para a atenção básica certamente as aproximam, mesmo que com certa distância, das ações previstas e realizadas na atenção básica à saúde. No entanto, nas cidades pesquisadas, houve distanciamento geográfico dos CAPS Ad, serviços os quais permaneceram vinculados no tempo de Consultório de rua. Dessa forma, a troca, a discussão de caso, o compartilhamento de situações com este serviço deixa de ser rotina, e torna-se algo mais esporádico e não mais prioridade. Sem contar que grande parte dos trabalhadores dos Consultórios de Rua das cidades eram também profissionais dos CAPS Ad, o que de certa maneira influenciava que as questões de saúde mental e uso e abuso de álcool e outras drogas fossem objetos de intervenção cotidiana, não inviabilizando que outras questões de saúde e sociais fossem observadas e colocadas como matéria de intervenção. A percepção trazida pelos profissionais corrobora com tal perspectiva, como na cidade de Joinville, por exemplo, onde foi apontada resistência para a aceitação do Consultório na Rua, advinda possivelmente de diversas ordens, dentre elas, o distanciamento da atenção básica do campo da saúde mental.

O que se percebe, desse modo, é um afastamento e redução dos cuidados em saúde mental e dos problemas relacionados ao uso e abuso de drogas por essa população por parte das equipes; estas tornaram-se mais focadas em problemas de saúde de ordem biológica como tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, dentre outras DSTs e problemas comuns dessa população. Estaria o Consultório na Rua retornando a uma lógica de atenção centrada em doenças e não na prevenção e promoção da saúde? Até que ponto as demandas mais privilegiadas pelas equipes não se voltam para uma atenção médico-centrada, já que um dos objetivos

dos quais estavam sempre presente na fala de muitos dos profissionais durante a pesquisa era referente a “conclusão do tratamento”?

Nesse sentido, Nery, Valério e Monteiro (2011) contribuem com a discussão ao chamar atenção para uma perspectiva de cuidado em saúde que transcenda o biológico, propondo então para o Consultório de Rua, uma atenção em saúde que dê conta dos aspectos biopsicossociais do indivíduo, que vão além dos cuidados imediatos ao corpo físico e dizem respeito ainda, da interação do indivíduo consigo e com o meio espacial, cultural e social no qual está inserido.

Outra questão trazida na percepção dos profissionais é de que a transição para a Atenção Básica possibilita às equipes certo reconhecimento diante de seu trabalho, a conquista de mais instrumentos e espaço físico para sua organização e atendimento das demandas, bem como apontam a possibilidade de fortalecimento para que a população em situação de rua possa ser reconhecida como sujeito de direito. Apontam que a população em situação de rua passa a acessar de forma mais intensa os serviços de saúde do município, a partir, principalmente, do trabalho desenvolvido pela equipe do Consultório na Rua.

A transição possibilita, inicialmente, um caminhar e adentrar nos diferentes serviços da rede de forma mais institucionalizada, sendo que pelo menos legalmente o serviço encontra-se inscrito na PNAB e como componente da RAPS. Ao mesmo tempo é percebida uma diminuição das ações no contexto onde vive essa população – a rua nas suas diversas expressões, seja na praça, nas redondezas das ferrovias, nas marquises dos prédios, nas construções abandonadas, nos túneis, embaixo das pontes e outros lugares que a população em situação de rua costuma circular, parar e se proteger. A preocupação é se de certa forma as equipes, a partir do processo de transição, começam a permanecer mais nas unidades básicas de saúde e menos nos contextos da rua, pois uma atenção singularizada e que respeite o contexto sociocultural dessa população, inicialmente parte do espaço da rua como local de acolhida e intervenção, constituindo uma experiência de clínica de rua, como referenciado por alguns autores como Queiroz (2015), Engstrom e Teixeira (2016), Louzada (2015) e Souza e Macerata (2015).

Diversos fatores podem compor esta tentativa de não inclusão, até mesmo aqueles referentes a preconceitos e estigmas sobre os sujeitos que vivem ou passam grande parte de seu dia na rua, espaço este que ao representar “certa liberdade” e “descompromisso com a vida tradicional”, pode ser interpretado como lugar daqueles que não são

merecedores de acesso aos serviços públicos, dentre eles a saúde pública, como sinalizado por Hallais e Barros (2015).

Nesse sentido, o movimento da Reforma Psiquiátrica, como discutido por Amarante (2008), nos alerta que para alterar realmente o cenário das políticas e cuidados no campo da saúde mental é necessário além de mudanças estruturais, da própria legislação e das normas, torna-se essencial ainda construir mudanças sociais e culturais, que incluam os diferentes sujeitos como parte da história, reconhecendo-os como sujeitos de direitos. Considerando que podemos transpor esta experiência para qualquer campo de conhecimento é necessário trabalhar numa perspectiva de desconstruir os imaginários sociais, capazes de erguer paredes que inviabilizem a construção de propostas e o acesso ao sistema de saúde e de proteção social por parte de populações excluídas socialmente.

Portanto, a partir do olhar dos profissionais, e, em uma análise mais aprofundada a partir desta pesquisa, o processo de transição pode ser visto por diferentes percepções, desde aquelas relacionadas às resistências e rejeição por parte da rede de saúde para com o Consultório na Rua e com a população em situação de rua, bem como a possibilidade de maior inclusão da população em situação de rua no sistema de saúde, sendo este reconhecido como um sujeito de direito.

Categoria 2 - A percepção dos gestores sobre o processo de transição

No olhar de um dos gestores do município de Florianópolis, a passagem do Consultório de Rua para o Consultório na Rua no município e no próprio país foi uma espécie de investimento e aposta, tanto da gestão local, quanto do Ministério da Saúde, no sentido de contribuir para que a atenção básica se aproximasse mais da população em situação de rua e ampliasse o campo de cuidado com a mesma.

[...] porque eu acho que a gente fez, não só a gente, mas o próprio Ministério são apostas... mudar um pouco o foco, ampliar um pouco foco na gestão do cuidado, mas eu acho que sempre se perde e sempre se ganha... eu acho que o município, ele conseguiu trazer um pouco pra atenção primária esse olhar, talvez não para todas as unidades [...] (G1)

Nesse sentido, a presença dessa população nas unidades de saúde, principalmente para a unidade de saúde de referência da cidade, mexe

com as estruturas da mesma e dos profissionais que lá atuam, e que na percepção do gestor, tem contribuído para o reconhecimento das responsabilidades para com essa população na atenção básica à saúde.

Ao mesmo tempo, coloca o desafio de adaptar as unidades de saúde para lidar com características marcantes desta população, como a dificuldade de adesão, o nomadismo, a falta de documentos, a rede de suporte familiar e social precária, e a alta exposição a violência urbana e também institucional. (G3)

Outro gestor entende a mudança da saúde mental para a atenção básica não como uma transição, mas sim como um acordo entre as políticas, fazendo com que o Consultório na Rua torne-se parte da política oficial do governo brasileiro. Aponta ainda esta como uma estratégia mais inclusiva, tendo em vista que faz parte de uma política que tem a função de coordenação do cuidado na saúde.

Diante da complexidade em lidar com uma população que apresenta diferentes necessidades por sua condição de exclusão social, miserabilidade e marginalidade, um dos gestores reconhece que é necessário atuar numa perspectiva de atenção psicossocial, sendo esta uma das demandas importantes dessa população:

[...] então talvez quando a gente tinha o consultório de rua faltava contemplar alguma coisa, e eu acho que agora sendo um consultório na rua, talvez ainda falte contemplar algumas outras coisas, talvez ligando um pouco mais com atenção psicossocial a gente consiga responder outras demandas porque a gente sabe que o sujeito é um sujeito que tem uma variedade, uma complexidade como todos nós [...] (G1)

Na cidade de Criciúma foi perceptível que a reflexão a respeito do processo de transição se deu por parte da equipe de gestores mais antigos, aqueles que acompanhavam e mantinham certa proximidade com o Consultório de Rua da cidade. Nesse sentido, percebe-se que houve por uma parte da gestão certo receio, talvez alicerçado pelo compromisso do trabalho já desenvolvido quando do momento da transição. Assim, *houve de minha parte um medo, um medo de passar para atenção básica e uma rejeição da atenção básica (G7)*.

Ao acompanhar as atividades de campo das equipes é nítido que, ao compor as ações mais direcionadas ao cuidado das doenças

biológicas, esta estratégia escolhe, mesmo que muitas vezes de forma inconsciente, manter maiores distâncias dos serviços de saúde mental e quase sempre, dos cuidados com a saúde mental dos sujeitos atendidos. A fala do gestor a seguir resume tal condição:

Houve, na realidade, um distanciamento, não só físico [...] se distancia um pouco da política de saúde mental. Observei que elas precisaram buscar novas estratégias, novas possibilidades, por que a saúde mental meio que rejeitou porque foi para a atenção básica e achou que não tinha mais relação [...] (G7)

Importante assinalar que o distanciamento se dá de ambas as partes, do Consultório na Rua com os serviços de saúde mental, bem como destes últimos para com o primeiro. Este distanciamento que aparece em cena pode comprometer a atuação da equipe, tendo em vista que esta é possui demandas muito complexas e que exigem uma atuação em rede e intersetorial.

O distanciamento de alguns serviços da atenção básica e a fragilidade das relações entre os serviços da mesma rede se expressam na fala de um dos gestores participantes da pesquisa, quando o mesmo afirma que: [...] *eles só tem uma sala aqui dentro, mas relação com a equipe em si não. Tanto que nem sabemos o nome um do outro [...]* (G5).

Nesse sentido, o processo de transição de Consultório de rua para Consultório na Rua na cidade aponta para o enfrentamento de desafios relacionados à entrada e o consequente reconhecimento das particularidades de seu trabalho no contexto da atenção básica, da manutenção e/ou reconquista de parcerias importantes para a integralidade de suas ações, bem como o exercício de intensificar e/ou incluir cuidados à saúde que exijam as chamadas tecnologias leves do campo da saúde, discutidas por Merhy e Franco (2013), nas quais o acolhimento, a escuta, empatia e o vínculo são elementos fundamentais e que marcam seu caráter relacional.

Na cidade de Joinville, o processo de transição contou com a contribuição de uma profissional que exercia liderança junto à equipe de Consultório de Rua, o que possibilitou um direcionamento alicerçado por conhecimentos da realidade com a continuação do trabalho já desenvolvido no município.

Um dos gestores expõe que, a partir da aproximação e entendimento da lógica e dos objetivos do trabalho, é possível

reconhecer o Consultório na Rua como forma de suprir uma demanda de atendimento ao público atendido. Porém, para os demais, houve um impacto no que se refere à inclusão do Consultório na Rua no rol das ações na Atenção Básica. As resistências para a implantação do serviço se deram pelo mesmo motivo já mencionado pelos demais municípios pesquisados: a origem no campo da saúde mental e o trabalho na lógica da redução de danos.

Quando veio para atenção básica, o meu sentimento era: isso não é nosso, mas quando fui conhecendo o funcionamento eu comecei a entender que era nosso sim [...] (G9)

Essa transição ainda não é bem aceita porque em geral nossa equipe do Consultório na rua ainda é pensada na saúde mental [...] Isso é outro problema no município, uma cultura que é um pouco conservadora... o Consultório vem com a marca da redução de danos [...] tem ainda uma questão de cunho técnico, de olhares técnicos divergentes em relação a redução de danos que pode ser um complicador. (G8)

Nesse sentido, um dos gestores considera que a partir do momento em que esta estratégia chega na atenção básica uma de suas ações primordiais deveria ser a articulação com as unidades de saúde para que estas assumam o cuidado da população em conjunto com o Consultório na Rua. Assim, *não ocorreu ainda o momento do Consultório trazer os profissionais para a responsabilidade sanitária deles, para a responsabilidade do seu território para com essa população (G9).*

No olhar dos gestores o processo de transição se constituiu como um momento de mudanças para o Consultório na rua; inclusive um dos gestores aponta que não se trataria de uma transição ou continuação, mas sim a criação de um novo serviço, o que de certa forma contraria ao considerarmos o Consultório na Rua como uma fusão das experiências do Consultório de Rua e do PSF sem domicílio (Brasil, 2012).

Os gestores também identificaram a existência de um certo limbo, concretizado pelo tempo de transição, no qual foi possível perceber a rejeição de alguns gestores da atenção básica, bem como por parte da área de saúde mental em uma das cidades, afinal o serviço não compunha mais diretamente as ações deste campo, ocasionando o afastamento entre estes.

No olhar de alguns gestores (G1 e G2), a mudança da estratégia para atenção básica efetiva-se como uma aposta, pois cria-se disponibilidade financeira mais estável, considerando o recebimento mensal de incentivo por meio da equipe cadastrada conforme sua modalidade. Além disso, a Atenção Básica, por meio das unidades básicas de saúde, passa a se corresponsabilizar pela atenção à saúde da população em situação de rua de forma mais efetiva. A transição, no olhar de alguns gestores, aponta para novas ações e responsabilidades para os Consultórios na Rua, dentre elas a de assumir um papel de formação das equipes de saúde da família para melhor acolher a atender a população em situação de rua em suas especificidades.

No entanto, é prática comum na atualidade a unidade base do Consultório na Rua receber pessoas em situação de rua encaminhadas por outras unidades básicas de saúde para atendimento. Isto contradiz o sinalizado pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011, pois todo profissional de qualquer unidade de saúde tem o compromisso de acolher e atender a referida população. Nessas situações, o Consultório na Rua pode exercer um papel de formador de rede, colocando-se à disposição das equipes, diante de algum atendimento às pessoas em situação de rua que extrapole os limites da unidade, atuando de forma a se corresponsabilizar pelo cuidado dos usuários junto aos profissionais de qualquer unidade de saúde.

Outro fato apontado pelos gestores é de que a ida do Consultório na Rua para a Atenção Básica - considerando esta como coordenadora do cuidado na rede de saúde - possibilita que o serviço seja mais inclusivo, principalmente ao contribuir de forma direta para o acesso da população em situação de rua ao sistema público de saúde - visão também indicada pelos profissionais. Porém, o que se verifica é que na visão dos gestores, assim como na dos profissionais, houve resistência durante a transição, por considerar que o serviço anterior (Consultório de Rua) havia se constituído nos referenciais da saúde mental e da atenção psicossocial e, portanto, distante do trabalho desenvolvido pelas estratégias abarcadas pela Atenção Básica no contexto brasileiro. Em meio a tal percepção, no entanto, identifica-se uma referência por parte de um dos gestores, no município de Criciúma, que chega a considerar tal mudança como perda, mas no que diz respeito ao atendimento realizado através do olhar da saúde mental, o qual avalia positivamente como um cuidado diferente.

Olhar a complexidade e trabalhar na perspectiva da integralidade é fundamental para o Consultório na Rua, o que exige um exercício dos

profissionais de se orientarem pelas necessidades, desejos e defesa dos direitos da pessoa em situação de rua. Isto não necessariamente estará alinhado com apenas uma política governamental, mas se constrói na junção de diferentes conhecimentos presentes em diversos campos e políticas, em um trabalho interdisciplinar e intersetorial. O que aparece como desafio ao trabalho desenvolvido são as possíveis polarizações, resquícios de modelos e formações alicerçadas por experiências cartesianas, que engessam e paralisam formas mais fluidas de cuidado e de contato com os sujeitos, que no contexto da saúde, e mais especificamente com essa população, pode compor-se como o não comprometer-se inteiramente com a saúde do sujeito.

Ao deixar de compor um trabalho em rede, afastando-se de serviços importantes, como os CAPS, o trabalho numa perspectiva da integralidade pode se enfraquecer. Neste caso específico, com o serviço de CAPS Ad, parece-nos importante o restabelecimento das parcerias e atuação conjunta, pois embora as questões relacionadas ao uso e abuso de drogas não sejam mais o foco do trabalho das equipes, há epidemiologicamente dados que justifiquem uma atuação de corresponsabilização entre estes serviços.

Apontamentos finais

A transição de Consultório de rua para Consultório na rua pode ser olhada por diferentes lentes, e neste sentido, pode assumir cores e traços que se alinham com o olhar do observador, seja ele profissional de saúde, gestor, ou mesmo pesquisador, ela marca o trabalho da estratégia dos Consultórios de Rua e na Rua no Brasil como um limiar. Demarcação esta que aflora conteúdos dos mais diversos, desde aqueles não muito reconhecidos, como a dificuldade em ofertar de forma integral cuidados em saúde para a população em situação de rua por parte dos profissionais da rede de saúde, a possibilidade do retorno a uma lógica de cuidado mais centrada na doença, capaz de colocar o sujeito muitas vezes entre parenteses, como afirmaram Amarante (2007) e Basaglia (1985), afastando-se de um cuidado que contemple o sujeito como parte do processo. A transição ainda foi apontada como um momento onde as equipes ampliam o raio de suas ações, contribuiu para um maior acesso à saúde por parte da população em situação de rua, podendo essa ser mais reconhecida como sujeito de direito, pelo menos no contexto da saúde.

De certa forma, o não acolhimento por parte da Atenção Básica ao Consultório na Rua após o processo de transição, pode ser fruto do

imaginário social construído sobre as pessoas em situação de rua por parte de profissionais e gestores. Atuações estas muitas vezes descontextualizadas dos princípios do SUS, no qual a universalidade e equidade ocupam um lugar de destaque, sendo estes, aportes para o acolhimento das diferentes demandas que surgem para o sistema de saúde brasileiro, que deve respeitar as singularidades de cada público para que estes possam acessar os serviços de forma mais igualitária e universal possível.

A transição de Consultório de Rua para Consultório na Rua a partir da pesquisa aponta para questões fundamentais que influenciam o cotidiano do trabalho das equipes, questões estas relativas a ruptura do trabalho desenvolvido pelos Consultórios de rua nas cidades, o enfraquecimento do trabalho na perspectiva da redução de danos, certo desamparo da gestão dos serviços manifestado pelas equipes das três cidades, mas ao mesmo tempo as equipes que a transição aponta para um olhar mais ampliado sobre a saúde da pessoas em situação de rua, que busca não alcançar um cuidado integral.

Ainda, como evidenciado neste artigo e na literatura sobre o tema, é possível considerar que não há muitas informações sobre os processos de transição dos Consultórios de Rua para os Consultórios na Rua no Brasil, sendo este um espaço de possíveis pesquisas que contribuam na reflexão sobre este processo e de que forma o mesmo incide sobre as práticas exercidas nos Consultórios na Rua nas diferentes cidades brasileiras. Em novos estudos, tendo em vista limitações do método, sugere-se ouvir as pessoas em situação de rua, principais interessados, sobre como percebem essa transição e os efeitos no cuidado em saúde oferecidos por este dispositivo.

Por fim, a partir desta pesquisa, propõe-se que sejam realizados diversos investimentos nos Consultórios na rua, na intenção de potencializá-los para um trabalho efetivo junto a população em situação de rua, pois a transição altera alguns aspectos do cuidado a essa população, sendo que a perspectiva da integralidade pode enfraquecer-se. Ao se enfraquecer, corre o risco de ser retomado um olhar simplista sobre a saúde dos sujeitos, onde os cuidados centrados nos aspectos de ordem biológica entram como centrais e muitas vezes quase únicos. Investimentos que possibilitem as equipes possuírem profissionais das diferentes áreas congregando diversos saberes e conhecimentos em torno da vida e da saúde da população em situação de rua, ainda é necessário o investimento em formações que contribuam para que as equipes se adensem teoricamente sobre as temáticas que giram em torno

dessa população e em conhecimentos no campo das saúde que fortaleçam um cuidado mais integral, singular e que responda as principais necessidades da população em situação de rua. Além disso, há um trabalho temporal a ser realizado com as diferentes equipes que atuam na atenção básica para que acolham e se cooresponsabilizem pelo cuidado a população em situação junto ao Consultório na rua.

Referências

ABREU, D. de. *Pessoas em situação de rua, uso de drogas e Consultório de Rua*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ABREU, D. de. *Consultório na Rua: Atuação dos profissionais em Santa Catarina*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

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

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília – DF, 2004. Disponível em:
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.
Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 ago 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 04 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). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 06 jun. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html Acesso em: 25 mai. 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. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016.

HALLAIS, J.A. da S.; BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-denoticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html> Acesso em 12 dez 2017

JORGE, J. S.; MOREIRA, R.D. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (orgs.). *Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários*

de álcool, crack e outras drogas. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 125-136.

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec, 1ª ed., 2015.

LOUZADA, L. O. *Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2015.

MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (orgs). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1 ed. - São Paulo: Hucitec, 2013. p. 138-148.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. *Guia do Projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PACHECO, J. *População em situação de rua tem sede de quê? Relato da implantação do Consultório na rua da cidade de Joinville*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SANTANA, C. Outreach clinics on the street? Reflections on new policies for homeless people's health. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1799, 2014.

SOUZA, T. de P.; MACERATA, I. M. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *AYVU - Revista de Psicologia*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 03-23, 2015.

TONDIN, M. C; NETA, M. da A. P. B; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *R. Educ. Públ. Cuiabá*, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

* Correspondência D. Abreu, Universidade Federal de Santa Catarina. Setor de Serviço Social. Rua Profa. Maria Flora Pausewang s/n, Florianópolis, SC 88036-800, Brasil. abreudd@gmail.com

Contribuição dos autores:

D. Abreu foi responsável pela concepção do projeto, análise e redação do artigo. W. F. Oliveira colaborou com a concepção, realizou a orientação da pesquisa e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo.

Artigo 2: Consultório na Rua: uma análise sobre o processo de trabalho. O artigo 2 será enviado para publicação na Revista Trabalho, Educação e Saúde *On-line* (ISSN 1984-7746), B1 em Saúde Coletiva, sendo que instruções aos autores e as normas de submissão da revista podem ser consultadas no Anexo C desta tese.

Consultório na Rua: uma análise sobre o processo de trabalho*

Clinic on the Street: an analysis of the work process

Consultorio en la Calle: un análisis sobre el proceso de trabajo.

Deidvid de Abreu

Universidade Federal de Santa Catarina,
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.
e-mail: abreuddd@gmail.com

Walter Ferreira de Oliveira

Universidade Federal de Santa Catarina,
Departamento de Saúde Pública.
e-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

Resumo

Pesquisa qualitativa, de caráter descritiva, que buscou compreender e analisar o processo de trabalho de três equipes de Consultório na Rua em Santa Catarina, Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante com dezenove profissionais. Os dados foram categorizados por meio da análise de conteúdo, sendo discutidos à luz da literatura do tema Consultório de/na rua no Brasil e dos elementos considerados essenciais no processo de trabalho em saúde: agentes do trabalho, atividades, finalidades e saberes e conhecimento das equipes. Os resultados identificaram processos de trabalho coletivos realizados nas unidades básicas de saúde, na rua e com a rede de proteção social. As principais atividades são o tratamento de doenças, redução de danos, busca ativa e fornecimento de insumos para saúde e higiene. A finalidade primordial do trabalho é o acesso à saúde por parte da população em situação de rua, os principais saberes e conhecimentos das equipes dizem respeito às doenças prevalentes nessa população, redução de danos, Política nacional de atenção básica, e uso de drogas. Os desafios identificados apontam para a necessidade de um cuidado mais

centrado no ato relacional, bem como o acesso e acolhimento dessa população na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Processo de trabalho; Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Qualitative with a descriptive character research that aimed to understand and analyze the work process of three teams of Clinic on the Street in Santa Catarina, Brazil. Semi-structured interviews and participant observation with nineteen professionals. The data were categorized by Content Analysis and discussed by the light of the literature about the topic Clinic on the Street/Street Clinic in Brazil and the elements considered essential in the health work process: work agents, activities, purposes and knowledge and knowledge of the teams. The results identified collective work processes carried out in the health basic unities, in the streets and with the social protection network. The main activities are disease treatments, harm reduction, active search and provision of health and hygiene supplies. The main purpose of this work is the health access by the homeless population, the main knowledge of the teams are related to the prevalent diseases in this population, harm reduction, National Policy of Basic Care and drugs use. The challenges identified point to the need for more care centered on the relational act, as well as the access and reception of this population in the Family Health Strategy.

Keywords: Homeless population; Work Process; Access to Health Care Service; Primary Health Care.

Resumen

Investigación cualitativa, de carácter descriptiva, que buscó comprender y analizar el proceso de trabajo de tres equipos de Consultorio en la calle en Santa Catarina, Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y observación participante con diecinueve profesionales. Los datos fueron categorizados por medio del análisis de contenido, siendo discutidos a la luz de la literatura del tema Consultorio de y en la calle en Brasil y de los elementos considerados esenciales en el proceso de trabajo en salud: agentes del trabajo, actividades, finalidades y saberes y conocimiento de los equipos. Los resultados identificaron procesos de trabajo colectivos realizados en las

unidades básicas de salud, en la calle y con la red de protección social. Las principales actividades son el tratamiento de enfermedades, reducción de daños, búsqueda activa y suministro de insumos para salud e higiene. La finalidad primordial del trabajo es el acceso a la salud por parte de la población en situación de calle, los principales saberes y conocimientos de los equipos en relación a las enfermedades prevalentes en esa población, reducción de daños, Política Nacional de atención básica, y uso de drogas. Los desafíos identificados apuntan a la necesidad de un cuidado más centrado en el acto relacional, así como el acceso y acogida de esa población en la estrategia de salud de la Familia.

Palabras clave: Personas en situación de calle; Proceso de trabajo; Acceso a los servicios de salud; Atención primaria de salud.

Introdução

O Consultório na rua (CnR) constitui-se como um serviço advindo das experiências dos Consultórios de rua (CR) nascidos em Salvador, na Bahia, somadas as da Estratégia de Saúde da Família sem domicílio e/ou Programa de Saúde da Família para população em situação de rua, principalmente das cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (BRASIL, 2012).

O CR iniciou suas atividades em Salvador, na Bahia em 1999, criado pelo professor Antônio Nery Filho¹, com o objetivo de oferecer atenção à saúde e à vida de crianças em situação de rua que se encontravam em uso intenso de drogas. Esta iniciativa, segundo Oliveira (2009) foi também influenciada por pressões políticas e de comerciantes para combater a evasão de turistas da região.

Após 10 anos, em 2009, o Ministério da Saúde reconheceu a experiência de Salvador como uma possível forma de atenção à saúde das pessoas em situação de rua. Desta forma, o CR se constituiu como um dispositivo de saúde que buscou romper com as lógicas tradicionais de atendimento, e aproximou-se dos sujeitos em situação de rua no seu próprio contexto de vida, por meio da construção de vínculos. A ampliação dos CR se deu por conta de editais públicos lançados pelo Ministério da Saúde no ano de 2009, sendo implantadas um total de 92 unidades, abrangendo todas as regiões brasileiras (BRASIL, 2012).

No ano de 2011 é instituída a Portaria 2.488 GM/MS que estabelece a nova Política Nacional de Atenção Básica. A partir deste momento, o CR passa a ser um serviço vinculado a esta estratégia,

chamado agora de Consultório na Rua (CnR), sendo seu repasse fundo a fundo, no qual os gestores municipais recebem verbas mediante o cadastramento de equipe de CnR e, como contrapartida, disponibilizam um veículo para o trabalho das equipes.

No mesmo ano, em 2011, é publicada a Portaria 3.088 GM/MS que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede é dividida em componentes e pontos de atenção, sendo que o CnR passa a ser um dos pontos de atenção do componente Atenção Básica, junto às unidades básicas de saúde e outras equipes de saúde para populações específicas.

De acordo com Londero, Ceccim e Bilíbio (2014) nos dias atuais as estratégias de Saúde da Família sem Domicílio funcionam como CnR, e afirmam que a efetivação e institucionalização deste serviço na Política de Atenção Básica tensiona a própria rede de atenção à saúde. Nesse sentido, também convoca as unidades básicas de saúde e profissionais que nela atuam para um olhar mais atento a essa população, colocando-os a refletir sobre tal público e suas necessidades, sociais e de saúde.

Os CnR são formados por equipes multiprofissionais e devem prestar atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua (PSR) *in loco*. Os CnR lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e com outros pontos de atenção, de acordo com a necessidades dos usuários (BRASIL, 2012).

No sentido de regular e instituir novas diretrizes organizacionais para os CnR, foram lançadas as Portarias n° 122 e 123, em 25 de janeiro de 2012, que definem as diretrizes de organização, funcionamento das equipes e modalidades dos CnR (I, II e III). No mesmo ano, foi publicada a Nota Técnica Conjunta/2012, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental e álcool e outras drogas e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) que tratou da transição dos Consultórios de rua para na Rua.

De acordo com o MS, em setembro de 2017 o Brasil possuía cerca de 129 equipes de CnR, apresentando um decréscimo se comparado a maio de 2016, quando possuía 135 equipes implantadas no Brasil. Das 129 equipes em funcionamento no território brasileiro, 4

estão em Santa Catarina, implantadas nas cidades de Florianópolis, Joinville, Criciúma e Blumenau (BRASIL, 2017).

Tendo em vista os recentes investimentos nesta estratégia, pode-se afirmar também que ainda há pouca produção teórica no Brasil sobre os CnR, bem como estudos que refletem sobre o processo de trabalho das equipes após a transição para atenção básica. Nesse sentido, esta pesquisa buscou contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho das equipes de CnR a partir da aproximação e análise das experiências de três CnR do estado de Santa Catarina.

Traçado metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritiva que buscou conhecer e analisar o processo de trabalho de três equipes de Consultórios na Rua de Santa Catarina. A principal técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, sendo que para maior imersão no campo de pesquisa, acompanhamos e observamos o trabalho das equipes dos CnR, considerando a importância de conhecer e aprofundar as reflexões sobre o processo de trabalho das equipes. Segundo Minayo (2013) durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, sendo o pesquisador parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado pelo contexto.

De acordo com dados do MS, Santa Catarina possui quatro equipes de CnR cadastradas e implantadas, sendo estas das cidades de Florianópolis, Joinville, Criciúma e Blumenau (BRASIL, 2017). Participaram desta pesquisa as três primeiras cidades, sendo que a equipe de Blumenau não foi incluída por ter sido implantada mais recentemente, e no início da pesquisa possuir menos de 6 meses de implantação. Do total de 20 profissionais que atuam nos serviços das cidades selecionadas, entrevistamos 19 que aceitaram o convite para participar da mesma.

A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro a junho de 2017, a qual iniciou após o consentimento das Secretarias municipais de saúde das três cidades e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sob parecer número 1.828.958 e CAAE: 61509716.3.0000.0121. Também se procedeu com o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE pelos participantes. Importante referenciar que esta pesquisa considerou todos os aspectos éticos indicados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade, que somando-se aos dados do diário de campo do pesquisador constituíram o *corpus* da pesquisa, sendo que a análise dos dados das comunicações obtidas se apoiou nas técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e Minayo (2013).

Para a descrição e posterior reflexão sobre o processo de trabalho das equipes dos CnR nos apoiamos nos estudos de Gonçalves (1992, 1994) sobre processos de trabalho no campo da saúde, no qual o autor analisa alguns componentes que considera essenciais, dentre eles, **o objeto, os instrumentos, a finalidade e os agentes do trabalho**. O autor destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. Os elementos apontados por Gonçalves (1992, 1994) nos auxiliaram na construção das categorias de análise dos processos de trabalho das três equipes dos CnR de Santa Catarina, sendo que nesta pesquisa apresentamos e discutimos a **composição das equipes** – que representam os principais **agentes do trabalho; as finalidades** da atuação das equipes; e os principais **saberes e conhecimentos** (instrumentos não-materiais) que oferecem bases para a intervenção dos profissionais dos CnR. Além disto, discutiremos como categoria de análise **as principais atividades** realizadas pelas equipes nas unidades básicas de saúde, na rua e com a rede de proteção social; já o objeto e os instrumentos materiais foram apenas descritos e considerados quando da discussão do processo de trabalho das equipes.

A partir dos componentes do processo de trabalho evidenciados anteriormente, buscou-se conhecer quais e como estes compõem o processo de trabalho das três equipes de CnR em Santa Catarina, na busca de reflexões sobre esta estratégia ainda em consolidação. Importante referenciar que os componentes foram separados para sua descrição e detalhamento, mas torna-se fundamental refletir sobre a interação entre os mesmos, pois é na relação destes que se materializam as experiências de atuação e intervenção das equipes no cotidiano do trabalho.

Resultados e Discussão

1. Os agentes do processo de trabalho: composição das três equipes de Consultório na Rua em Santa Catarina

Os agentes do processo de trabalho são representados pelos profissionais que compõem as equipes dos três CnR de Santa Catarina

pesquisados, sendo estes de diferentes categorias profissionais, como referenciados pela Portaria MS nº 122/2011. De acordo com esta portaria as equipes podem ser implantadas em modalidades, I, II e III, sendo a I de no mínimo quatro profissionais, a II de seis profissionais, ambas sem a presença de médico na equipe. Já a equipe de modalidade III deve ser formada por sete profissionais, destes, um deve ter formação em medicina e atuar como médico da equipe.

A cidade de Criciúma possui a única equipe modalidade II do estado, formada então por 08 profissionais, sendo estes: 01 Enfermeira, 01 Psicóloga, 01 Assistente Social, 01 técnica de enfermagem (coordenadora) e 04 Agentes Redutoras de danos; todas as profissionais são mulheres. Esta equipe é a única que possui em sua composição profissionais contratadas como agentes redutoras de danos, sendo isto uma marca da equipe, e percebida em suas ações cotidianas.

A equipe de Joinville por sua vez está cadastrada como modalidade I, sendo formada por 05 profissionais, 01 Psicóloga, 01 Enfermeiro, 02 técnicas de enfermagem e 01 motorista, destes, 03 são mulheres e 02 homens. Florianópolis também está cadastrada como modalidade I, embora sua composição de equipe comporte a modalidade III, possui 07 profissionais, sendo estes, 01 Psicóloga, 01 Assistente Social, 01 enfermeira, 01 médica, 02 técnicas de enfermagem e 01 motorista, destes 06 são mulheres e 01 homem.

A idade média dos profissionais que compõe cada equipe de CnR varia de 36 à 42 anos, sendo que os profissionais de Florianópolis tem em média 36 anos, Criciúma 39 anos e Joinville 42 anos. O tempo médio em que os profissionais atuam no CR e CnR são diferentes para cada equipe, sendo que em Criciúma os profissionais atuam há cerca de 3 anos e 9 meses; em Joinville 2 anos e 10 meses e Florianópolis 2 anos e 4 meses. Entre as equipes pesquisadas, Florianópolis apresentou maior rotatividade de profissionais.

Com relação à escolaridade dos profissionais, na equipe que Criciúma, 03 possuem pós-graduação, 03 graduação e 01 ensino médio; em Joinville 03 possuem pós-graduação, 01 graduação, 01 ensino médio e 01 ensino fundamental; a equipe de Florianópolis não se diferencia muito das anteriores, sendo que 03 possuem pós-graduação, 01 graduação e 03 estudaram até o ensino médio. Em relação à capacitação e formação sobre o tema Consultório na Rua e/ou população em situação de rua, dos 07 integrantes da equipe de Criciúma, 05 participaram de capacitação; em Joinville, 04 dos 06 também participaram, e bastante diferente das outras cidades, a equipe de

Florianópolis apontou que de seus 07 participantes, apenas 01 participou de capacitação específica sobre os temas. Dentre as capacitações/formações citadas, algumas foram realizadas por iniciativa da própria da equipe e/ou do município, sendo que outras foram ofertadas por instituições formadoras como Fiocruz e Universidade Federal de Santa Catarina.

Os critérios adotados por cada município para a composição das equipes foram diversos, incluindo processos seletivos específicos para CnR, motivação pessoal dos profissionais e a continuidade do processo de transição de CR para CnR, sendo que as legislações vigentes permitem aos gestores a decisão sobre tal aspecto.

As composições das equipes apontam para grupos eminentemente de profissionais mulheres, com formação na área da saúde, sendo que somente 50% destas participaram de alguma capacitação sobre o tema População em situação de rua e/ou Consultório de/na rua, apontando certa fragilidade neste quesito. Considerando que a PSR apresenta muitas particularidades, torna-se importante que as equipes capacitem-se para o exercício do trabalho junto a esse grupo populacional, constituindo-se como referência para a rede de saúde no assunto. Por sua vez, isso não significa responsabilizar-se por todas as demandas das pessoas em situação de rua do território, mas corresponsabilizar-se pelos cuidados dessa população na rede de saúde e intersetorial, tendo em vista que o CnR é apontado como uma estratégia conhecedora das dinâmicas dessa população e capaz de construir junto a estas intervenções mais inclusivas e garantidoras de direitos.

2. Atividades dos Consultórios na Rua em Santa Catarina

As equipes de CnR apresentam processos de trabalho baseados numa perspectiva coletiva, no qual diferentes profissionais discutem, planejam e exercem conjuntamente as ações cotidianas e poucas vezes alguma ação é realizada apenas por um profissional. As atividades desenvolvidas incluem desde momentos de planejamento e reuniões diárias e/ou semanais para organização das atividades até a execução destas junto à PSR e com os profissionais da rede de proteção do social².

Com relação ao planejamento das ações, discussões dos casos e construção de estratégias, por exemplo, as três cidades realizam reuniões semanais. Ademais, para o desenvolvimento de atividades burocráticas, percebe-se que todas essas equipes as realizam dentro da unidade de saúde de referência (registros, ligações, contabilização de atendimentos, dentre outros). A equipe do CnR de Florianópolis, contudo, conta com a

Unidade de Saúde de referência também para realizar acolhimento à PSR – tanto por demanda espontânea quanto por solicitação da própria unidade – isto em pactuação, por solicitação da gestão local.

Sobre tais ações, é válido destacar algumas observações, pois estas chamam a atenção por suas particularidades, se comparadas com pesquisas já realizadas com equipes de Consultório na Rua no Brasil por Engstrom e Teixeira (2016), Silva, Cruz e Vargas (2015), Hallais e Barros (2015), Louzada (2015), dentre outras.

Primeiramente, sobre a pactuação da equipe do CnR de Florianópolis, esta consiste no acolhimento realizado por um ou dois profissionais às pessoas em situação de rua que procuram a unidade de saúde na primeira hora da manhã e da tarde, todos os dias da semana; isso justifica-se por uma dificuldade por parte da ESF em atender a todas as demandas diariamente. Porém, vislumbra-se que há uma separação do público a ser atendido diretamente na unidade de saúde, dicotomizando o acesso aos seus serviços.

Em segundo lugar, sobre a realização de contato com familiares de pessoas internadas em Comunidades Terapêuticas e contato com esses locais, realizados pelo CnR de Criciúma, o que inicialmente não havia nenhum relato ou citação nas pesquisas com equipes de CnR no Brasil. A Portaria 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, incluiu as Comunidades Terapêuticas no sistema de saúde, compondo os serviços de atenção em regime residencial. Porém, questiona-se que o trabalho ofertado por esses locais não está alinhado com os princípios do SUS, nem mesmo com a redução de danos, estratégia importante da Política Nacional de Atenção Básica e dos CnR (BRASIL, 2012). Nesse sentido o CnR, ao se relacionar com as Comunidades Terapêuticas, pode estar em contradição às suas próprias diretrizes, pois tais comunidades promovem o afastamento das pessoas em situação de rua do convívio social, e não há garantia de que as ações destas respeitarão os direitos fundamentais da pessoa humana³, como liberdade de escolha e dignidade⁴, por exemplo.

A respeito das atividades desenvolvidas no espaço da rua, em geral estas se mantêm com certa similaridade entre as equipes, realizando ações já bastante reconhecidas como a busca ativa de pessoas em situação de rua, por demanda geralmente de um parceiro da rede, podendo este ser a unidade básica de saúde, hospitais e vigilância epidemiológica. Outra ação presente é a realização de curativos e cuidados gerais de saúde, sendo que quando a intervenção demanda

maiores cuidados as equipes se deslocam com o sujeito para a unidade de saúde mais próxima, prontos atendimentos 24 horas e hospitais.

Particularmente em Florianópolis, a equipe relata que, com o grande número de demandas e a disponibilidade do carro geralmente no período da manhã, há uma redução das atividades externas e, conseqüentemente, maior tempo de permanência na unidade de saúde. Além da realização de buscas ativas, a equipe trabalha com a estratégia do DOTS - *Directly Observed Treatment Short Course*⁵, que consiste na entrega semanal de medicamentos para pacientes com doenças como Tuberculose, HIV/aids, dentre outras, com idas aos locais onde se encontra essa população.

Nas cidades de Joinville e Criciúma, o trabalho da equipe na rua acontece a partir de demandas basicamente espontâneas, com realização de visitas frequentes, inclusive noturnas. Este é um momento no qual os profissionais captam as formas de organização e sobrevivência de tais pessoas, e a partir disso, buscam construir estratégias de cuidado alicerçadas nas condições reais dos sujeitos.

A relação estabelecida entre o CnR e a rede de proteção social demonstra que os serviços mais acessados pelos três CnR pesquisados são as unidades básicas de saúde e os Centros de Referência especializado para a população em situação de rua - Centro Pop. Logo após, aparecem os CAPS, Hospitais e serviços de pronto atendimento, seguidos de programas municipais relacionados as DTSs e a tuberculose, e as Comunidades Terapêuticas.

As ações e atividades realizadas pelo CnR são múltiplas. As equipes são requisitadas a atuarem na rua, nas unidades básicas de saúde e com a rede de proteção social, espaços estes complementares que tornam o processo de trabalho das equipes diferenciado a partir do momento que necessitam percorrer o território, explorá-lo e reconhecê-lo como espaço vivo de atuação e produção de vida. Na realização das ações percebe-se claramente a necessidade de atuação nas perspectivas da interdisciplinaridade e intersetorialidade, sendo estas requisitos para uma atuação capaz de construir relações e intervenções para inclusão da PSR nos diferentes cuidados dispensados pela rede de proteção social.

Os CnR não foram pensados como uma estratégia que deve ocupar-se em realizar acolhimentos e atendimentos dentro de unidades de saúde – embora em alguns momentos necessitem. Suas principais atividades contemplam ações na rua, focando suas forças e possibilidades no acesso da PSR ao sistema de saúde, dentre outros serviços necessários a sua vida e sobrevivência. Nesse sentido, o CnR

desafia seus próprios agentes – equipe dos CnR - a manterem-se numa relação muito próxima com a rua e suas particularidades, na tentativa de experienciar a clínica de/na rua a qual, no olhar de Lancetti (2011), gera uma continência às vezes maior do que aquela que se passa entre as quatro paredes do consultório.

Franco e Merhy (2013) ao discutir sobre processos de trabalho e produção de demanda refletem que esta se constrói a partir da oferta e que, no entanto, ninguém requisita aquilo que sabe que não pode ser obtido em determinados serviços. Nesse sentido, a construção das demandas, seja ela de acolhimento na unidade de saúde, de atendimento clínico com hora agendada, de possíveis solicitações de determinados serviços para internação compulsória/involuntária de pessoas em situação de rua, ou mesmo a parceria com as Comunidades Terapêuticas, advém de certa forma como um pedido que encontrou minimamente alguma possibilidade de ser aceito e pactuado, segundo a lógica apresentada pelos autores.

Neste contexto, o CnR tem o dever de posicionar-se frente às solicitações de intervenções que não lhe competem, sinalizando suas direções e compromissos com a rede de proteção social, sem desrespeitar o desejo, os direitos e a autonomia da PSR. Portanto, atuar no campo da defesa dos direitos da PSR torna-se um desafio cotidiano às equipes, pois esta população é alvo frequente de ameaças, preconceitos, estigmas e de violação de direitos, sendo marcada por processos intensos de exclusão social (SILVA, 2009; LEAL, 2011). Tal desafio se põe no intermédio entre os direitos dessa população e os olhares da sociedade brasileira, que ora acolhem, ora os consideram como sujeitos transgressores, merecedores, portanto, de correção e punição.

Ao sinalizar sua direção, o CnR tem a oportunidade de buscar na educação social de rua e na pedagogia de presença estratégias para intensificar um olhar cuidadoso e comprometido com a PSR, onde a presença é vista como uma necessidade básica de todos os seres humanos. De acordo com Costa (2001) a capacidade de fazer-se presente, de forma construtiva, na realidade do outro, não é dom, uma característica pessoal intransferível de certos indivíduos, ou mesmo algo de profundo e incomunicável. Esta capacidade é uma aptidão possível de ser apreendida, necessitando de uma disposição interior, pois efetivamente a presença não é alguma coisa que possa se apreender apenas ao nível de pura exterioridade. Corroborando com a esta idéia, Merhy (2013, p.74) afirma que “não há produção de espaços de trocas

de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho clinicamente implicado.”

Diante disto, a pedagogia da presença se contrapõe aos modelos de atendimento e/ou educacionais que se baseiam unicamente em protocolos ou manuais rígidos, que para cada tipo de situação são oferecidas respostas universalizáveis, endurecidas e inflexíveis, desconsiderando as diferenças na historicidade do sujeito, da sua relação com o mundo e do contexto social onde vive. Singularizar situações necessita de tempo e disponibilidade, “objetos” raros em um mundo que nos exige eficiência e que não percamos tempo com o outro. Cabe portanto, aos Consultórios na rua, procurar exercitar ações cotidianas que possibilitem a construção de relações implicadas com tal população, constituindo-se como um dispositivo efetivo na mudança de vida e garantia dos direitos desse grupo populacional.

3. Finalidades do trabalho do Consultório na rua

A finalidade, por sua vez, é representada pela intencionalidade contida no processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador. É a finalidade que aponta para a direção e imprime perspectivas de transformação para o objeto (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2017).

Ao conhecer e analisar o processo de trabalho das equipes dos CnR, foi possível identificar que as equipes de Florianópolis, Joinville e Criciúma trabalham com finalidades muito próximas, sendo o “acesso à saúde” a finalidade mais citada nas entrevistas realizadas, apontando este como algo a ser perseguido no trabalho cotidiano.

Ao tratar da(s) finalidade(s) dos CnR, os profissionais de Florianópolis contextualizam:

Ele não se sente à vontade para entrar naquela unidade, então ele vai acessando com a gente, a gente vai conversando um pouco com o profissional que vai atender ele e aí vai fazendo essa transição... fazem vínculo com a equipe daquele território. Eu acho que essa é uma das nossas principais funções, nossos principais papéis, ser um elo entre a rua e os serviços de saúde [...] (P1)

No mesmo sentido, a equipe de Criciúma afirma que:

Então o consultório tá fazendo com que eles tenham mais acesso a saúde, né? Nas consultas, de acompanhamento [...] (P10)

E faz uma ponte deles com a saúde, principalmente com a saúde... é bom a gente ver eles acessarem a rede através da gente (P13).

Além do acesso, a equipe de Joinville acredita que o trabalho realizado colabora para o resgate da cidadania, autonomia e os fortalece como sujeitos de direitos:

É assim oh... todas as vezes tentando não fazer tudo na rua. Indo com ele até o serviço, mostrando - Oh você pode usar isso, pode acessar isso! Você pode... tipo, consultório estar ali e abrir portas dos outros serviços para atendê-los né!? (P19)

Estes são temas interligados e bastante desafiantes para o trabalho junto à PSR, tendo em vista as diversas formas que a sociedade encontra para a não reafirmação dessa população com verdadeiros cidadãos.

Cabe destacar, dentro da perspectiva do acesso à saúde, a reflexão por parte dos profissionais do CnR de Florianópolis e Criciúma sobre as equipes da Atenção Básica. Algumas dessas equipes, segundo eles, não se sentem aptas e preparadas para lidar com algumas demandas da PSR; há também pouca disponibilidade em atuar com demandas e situações que se afastam dos atendimentos tradicionais daquele campo. Consideram que este pode ser um fator que reduz o acesso e, conseqüentemente, o cuidado em saúde dessa população. Neste contexto, as equipes dos CnR procuram atuar na diminuição dos estigmas e preconceitos para com a PSR, sendo este um trabalho ainda bastante inicial, considerando todos os limites e desafios enfrentados cotidianamente pela estratégia.

De forma ampliada os profissionais visualizam o trabalho e as finalidades do CnR:

[...] eu vejo que o potencial do consultório na rua é mais do que só trabalhar com o morador de rua, é trabalhar também com a questão da saúde do município inteiro em relação ao preconceito, a questão do preconceito atrapalha a relação dos sujeitos com o morador de rua, né? Então eu vejo que um potencial para o consultório na rua hoje na rede de saúde do município, seria essa questão do estigma, de trabalhar esse estigma em relação ao

morador de rua. Acho que é um ponto que a gente ainda não conseguiu plenamente [...] (P8)

Um dos nossos papéis é trabalhar a sensibilização dessas equipes para acolher esse paciente, a gente fez até um trabalho de percorrer as unidades, de explicar como é que eles poderiam usar a gente como apoio, como é que eles teriam que abrir a unidade para esses pacientes, que eles poderiam pensar em estratégias cada um no seu território [...] (P1)

As finalidades dos Consultórios na rua mostram-se bastante claras nos depoimentos. Os profissionais reconhecem as dificuldades que a PSR encontra para acessar os serviços de saúde, desejam que elas acessem e investem na sensibilização por meio de conversas com as equipes de ESF sobre tal população, para que sejam acolhidas nos seus postos de trabalho.

Ao reconhecer o acesso à saúde como sua principal finalidade, os profissionais do CnR vislumbram que a partir do momento em que a PSR acesse de forma contínua o sistema de saúde seu trabalho deixaria de fazer sentido, e, portanto, não haveria mais motivo para a continuação do trabalho. Mas, considerando o aumento da PSR relacionado principalmente à redução de direitos e aumento da pobreza no Brasil, bem como as convicções de muitos profissionais que atuam nos serviços de saúde brasileiro, possivelmente o CnR terá trabalho para muitos e muitos anos.

4. Saberes e Conhecimentos na atuação dos Consultórios na Rua

Como parte do processo de trabalho tem-se os **instrumentos ou meios**, sendo que estes não são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos nos diferentes tempos. A partir dos instrumentos ampliam-se as possibilidades de intervenção sobre o objeto. De acordo com Marx (1994) o instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.

Para Peduzzi e Schraiber (2017) **objeto** representa o que vai ser transformado. Inicialmente o objeto pode ser compreendido como a matéria-prima. Um certo aspecto da realidade passa a ser objeto de trabalho a partir do momento em que é instituído por um olhar que

contém um projeto de transformação e uma finalidade. Nesta pesquisa consideramos que no setor saúde o objeto sempre são as necessidades humanas de saúde; especificamente, o objeto de trabalho dos CnR é o “não acesso ou acesso precário à saúde pela população em situação de rua”. Deseja-se, portanto, que o trabalho desenvolvido seja capaz de alterar essa realidade.

A partir de Gonçalves (1994) no processo de trabalho em saúde há presença também de **instrumentos materiais e não-materiais**. Os **instrumentos materiais** podem ser representados pelos equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações, dentre outros. Em relação a estes instrumentos utilizados no trabalho cotidiano das equipes entrevistadas, em geral, apresentam estruturas bastante semelhantes. Os principais instrumentos materiais são: Carro, telefone fixo e/ou móvel, materiais básicos de enfermagem e primeiros socorros (materiais para curativos e pequenos cuidados), esfigmomanômetro, medicações, preservativos, folder sobre saúde/consultório na rua, pranchetas/cadernos para anotações e fichas de cadastro.

O que o autor chama de **instrumentos não-materiais** pode ser interpretado como **conhecimentos e saberes** que compõe e oferecem bases para a intervenção. De acordo com o mesmo, os conhecimentos e saberes articulam os agentes – neste caso os profissionais dos CnR, e os instrumentos materiais.

Os **saberes e conhecimentos**, segundo Gonçalves (1994), permitem a apreensão do objeto de trabalho, sendo considerados ferramentas para o trabalho de natureza intelectual e que devem compor o processo de trabalho em saúde. No olhar de Leopardi (1999) o conhecimento é um poderoso instrumento do trabalhador, sendo que este contribui tanto para sua desalienação, quanto para habilitá-lo na execução técnica de sua atividade. Importante referir que os conhecimentos e saberes, também são produzidos socialmente, portanto, são constituídos por ideologias e teorias que lhes fundamentam e lhes estruturam (GONÇALVES, 1994). No mesmo sentido, Leopardi (1999) afirma que os saberes postos no sistema produtivo e nos serviços de saúde, de modo geral, são originários da pesquisa científica e reflexões teóricas. Neste olhar, estes traduzem-se como objetificação da própria ciência transformada em tecnologias que deverão trazer novos processos no contexto do trabalho.

A atuação com a PSR exige por si só o conhecimento de muitas questões sobre suas histórias, sobre as desigualdades do mundo contemporâneo, dos processos de ida para as ruas, sobre a organização

de vida dessa população, da fragilização dos vínculos familiares, dentre outras questões que influenciam e marcam a vida destes sujeitos. O Consultório na Rua, ao atuar diretamente com essa população, necessita, além destes conhecimentos, outros mais específicos no tocante ao campo de saúde que possam direcionar e dar sustentação às ações realizadas, como apontado pelas equipes.

Ao analisar os principais conhecimentos e saberes identificados nas falas dos profissionais dos três Consultórios na Rua encontramos similaridades: a) o conhecimento acerca da redução de danos (embora em alguns momentos percebido e exercido de modo diferenciado pelas equipes); b) o conhecimento das doenças transmissíveis como tuberculose, hepatite, HIV/AIDS, sífilis e herpes; c) e o exercício do respeito aos sujeitos e a sua singularidade, que deve estar presente nas ações com a PSR.

De maneira ampla, alguns profissionais das equipes de Florianópolis e Joinville apontam a base de suas ações nos princípios e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica, na qual a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social se fazem presentes.

A respeito da redução de danos (RD), esta é entendida pela equipe do CnR de Florianópolis como uma postura profissional, um saber que possibilita a equipe acessar o sujeito respeitando suas singularidades. Já para as equipes de Joinville e Criciúma, a RD torna-se um saber essencial à prática da equipe. Os profissionais de Joinville consideram a RD como uma estratégia de apoio, a qual contribui com um olhar singular sobre as situações, possibilitando assim a construção de caminhos mais coerentes no cuidado à saúde, sempre atrelado ao contexto social dos sujeitos. Nesta direção, a RD se constitui como uma forma de cuidado, e como diria Lancetti (2011), uma forma de ampliação da vida.

Corroborando com esta afirmação, profissionais de Joinville afirmam:

Nós do consultório não recomendamos nem A nem B [...] pra nós redução de danos é tudo aquilo que dá um pouco mais de saúde, de vida para aquela pessoa. (P18)

Eu entendo que ajudar as pessoas a cuidar da própria saúde, delas estarem melhor fisicamente

para estar morando na rua, eu entendo que isso seria uma redução de danos. (P17)

Para os profissionais da equipe de Criciúma, a RD está associada a diferentes dimensões da vida da PSR; faz-se presente nos depoimentos de quase toda a equipe, nos quais diversas possibilidades são percebidas por estes:

A redução de danos pra mim é tá minimizando assim os danos que eles causam neles mesmos néh? Ah... numa informação, numa ida ao dentista, numa muda de roupa que a gente consegue, no falar com familiar, dar aquele apoio... até eu tá ligando pra um familiar e tá conseguindo um contato para mim já é uma redução de danos, porque eu vou estar ajudando de alguma forma, então, vou estar minimizando alguma coisa até lá na frente talvez. Envolve tudo isso, não só o diminuir o uso, não só usar o preservativo, não só levar numa consulta médica, acho que tu vai mais além. É, vai a lugares que o olhar dos outros não vêem [...] (P14)

No que se refere ao conhecimento sobre as doenças em geral, os profissionais do CnR de Florianópolis sinalizam a importância deste no trabalho cotidiano da equipe e, conseqüentemente, a atuação no tratamento das enfermidades da PSR, sendo a medicação o principal instrumento material utilizado nesse contexto. A perspectiva de atendimento se dá na aproximação e esclarecimento, de forma simples, sobre a importância da realização do tratamento, com o objetivo de convencer o sujeito à adesão a este:

O que eu acho que precisa saber é sobre as doenças transmissíveis, a tuberculose... Saber lidar com isso, com o HIV, porque muitos deles que não aceitam tratamento e tu tem que saber poder explicar pra eles de uma forma simples que eles entendam. (P5)

Quando a gente fala em questões de tuberculose, HIV, gestantes soropositivas em situação de rua outras prioridades vão se colocando que não por exemplo a redução de danos... a escuta, ela é secundária, pontual, em relação aquele remédio, eu tento conversar quando tem alguma questão de saúde e que tá difícil de se desenrolar, então eu

sei, por exemplo, que aquela pessoa não tá tomando remédio e a gente continua entregando remédio há um ano, para aquela pessoa e a gente tem certeza de que aquela pessoa não toma. (P3)

O que se pode analisar, através dessas falas, é que há um foco central no tratamento das doenças dessa população, deixando a redução de danos e as ações de prevenção e/ou promoção da saúde em segundo plano. Neste contexto, a escuta, o acolhimento, a troca de saberes, considerados por Merhy (1997; 2013) como tecnologias leves no campo da saúde tornam-se secundárias, enquanto poderiam compor o cuidado e permear todas as ações. Se não escutamos quem desejamos cuidar, possivelmente não consideramos sua opinião, seu desejo, e estabelecemos uma relação unilateral, onde um fala, e ao outro só cabe a escuta e a (des)obediência.

As equipes de Joinville e Criciúma também apontaram para a importância de se obter o conhecimento sobre doenças como Tuberculose, hepatite, HIV/Aids, herpes, entre outras. Os profissionais de Criciúma acrescentam a essa discussão a importância de se conhecer a rede de serviços da região onde atua, para que o CnR se constitua como um serviço articulado a outras ações da rede de proteção social.

Outro saber necessário sinalizado pelas equipes de Joinville e Criciúma é sobre o real significado do uso de drogas e o efeito destas na vida dos sujeitos, com a busca por um olhar ampliado a respeito da saúde mental e o sofrimento psíquico; consideram que tais questões estão presentes na vida dessa população.

No que se refere ao reconhecimento da PSR como sujeito de direito, alguns profissionais de Joinville esboçam sobre o assunto somando ainda a questão do respeito aos desejos dessa população:

[...] tipo meio que lutar por eles. Aonde for “Ah não pode! Pode sim, é direito” Não, ele pode acessar, ele tem que tá aqui, é direito dele como todo cidadão (P16)

E o povo da rua é um povo com uma dinâmica diferente, e você tem que respeitar isso, esse é o principal, o respeito, respeitar o desejo do outro, né? Porque a gente tem os nossos desejos e a gente acaba confundindo isso, mas eu acho que o principal é esse olhar de respeito e de mostrar pra eles que eles são sujeitos de direitos [...] (P18)

Os profissionais relatam situações de negação de direitos à PSR, sobre as quais necessitam se posicionar, no sentido de garantir o direito mínimo de ser considerado como cidadão e exercer o acesso aos serviços públicos para manutenção da vida. Ainda, apontam a educação em saúde como uma possibilidade de tratar de alguns assuntos de forma compreensível com a PSR, reconhecendo o saber popular, configurando-se como um conhecimento importante na atuação com este grupo populacional.

Os profissionais de Criciúma acrescentam a inclusão como sujeito de direitos e o gostar de gente como conhecimentos necessários à prática profissional, implicada com a vida e os com os direitos humanos. Nas palavras de um dos profissionais:

Tem que gostar um pouco do ser humano e vê-lo como um cidadão com seus direitos e deveres a serem cumpridos, porem eles têm a escolha deles e a gente tem que respeitar, né?. (P11)

Tem que gostar de ser humano, nem pouco, nem muito, apenas tem que gostar. Aprendemos o tempo todo a fazer diferenciações, inclusive de pessoas, como se isso fosse devido e próprio do trabalho profissional. Muitas normas e protocolos mesmo que invisível-silenciosa(mente) produzem diferenciações: num esforço aparente de construir igualdade, produzem desigualdades e equidade às avessas (basta ler as regras e normas das casas de apoio e albergues para a PSR de muitas cidades). Gostar de gente implica em reconhecer as diferenças e incluí-las como parte do cuidado em saúde, não como algo que afasta, mas como elemento que aproxima e oferece condições mais contextualizadas de atuação das equipes dos CnR e de outras, que buscam produzir equidade e mais vida às pessoas.

Os saberes e conhecimentos dos profissionais dos CnR são os elementos que possibilitam um embasamento teórico e são capazes de oferecer direções políticas às ações realizadas. Não são aspectos materiais, mas cobrem as ações e os agentes com certa propriedade que lhes potencializa. Por mais que muitas vezes não percebamos, são nossos conhecimentos e saberes que direcionam nossa prática profissional, seja no campo da saúde ou em outras políticas. Neste olhar, as finalidades de nossas ações, sempre, de uma forma ou outra, estão relacionadas aos instrumentos que utilizamos e aos saberes e conhecimentos que possuímos sobre o que estamos a fazer.

Os elementos apresentados que compõem o processo de trabalho dos três CnR em Santa Catarina contribuem para uma espécie de

mapeamento do trabalho cotidiano das equipes, bem como para análise de como este se apresenta diante dos desafios de atenção à saúde da PSR no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Portanto, ao considerar os achados desta pesquisa, muitos desafios, e ao mesmo tempo esperanças, são lançadas na rede daqueles que se implicam e se afetam pela temática discutida. Às equipes de CnR permanece o desafio na construção de ações as quais o núcleo do cuidado tecnológico esteja baseado no trabalho vivo em ato, aquele em contraposição ao trabalho morto – instrumental, e que se baseia em atos relacionais que incluem o sujeito como parte e protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia. Ao reconhecer a potência do trabalho vivo em ato, reconhece-se que o sujeito, além de um problema de saúde, traz consigo sua origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história (Merhy e Franco, 2013).

Considerações finais: tecendo os elementos do processo de trabalho dos Consultórios na rua

Na tecitura dos elementos que compõe o processo de trabalho das equipes de Consultórios na rua pesquisadas, aparecem algumas características que fortalecem as ações e o processo de trabalho, bem como outras que fragilizam e necessitam ser adensadas por conhecimentos e práticas mais alinhadas as diretrizes do SUS e dos Consultórios na Rua, como discutidas ao longo deste artigo.

A análise do conjunto dos elementos contribuiu para um olhar mais complexo sobre o trabalho dos Consultórios na rua junto a seu público alvo, oferecendo possibilidades de conhecer e avaliar as ações desenvolvidas, bem como a relação e influência entre os elementos, pois o processo de trabalho depende de como se constituem as equipes, de como operacionalizam seu trabalho, qual a finalidade que imprimem no fazer profissional, bem como os conhecimentos e saberes que dão alicerce as ações cotidianas.

Ao conhecer os elementos do processo de trabalho das equipes a partir de cada experiência vivenciada, observou-se muitas potencialidades, dentre elas, o trabalho coletivo, o engajamento dos profissionais com a temática e a busca da garantia dos direitos da população em situação de rua, principalmente no contexto da saúde, campo principal de atuação das equipes sendo que está encontra muitas dificuldades de oferecer acesso e cuidados contínuos de saúde a população em situação de rua.

Percebe-se ainda que há um paradigma a ser superado no campo da saúde coletiva – o não acesso ou acesso precário à saúde por parte da PSR, através das unidades básicas de saúde, no qual os profissionais da ESF são os agentes do trabalho. A população em situação de rua é resultado, não linear, de uma sociedade que exclui, produz pobreza, exploração, marginalização, fragilização dos vínculos e divisão de classes. Separa, não aleatoriamente, aqueles que podem dos que devem viver à margem; isto por si indica-nos a complexidade que é o trabalho em ato, vivo e relacional com essa população. Romper este paradigma é responsabilizar-se pela vida do outro, indiferentemente das condições a qual se encontra. Nesse sentido, o cuidado em saúde, produzido pelo CnR e/ou pela ESF deve percorrer os territórios fluidos da integralidade, interdisciplinaridade e da intersetorialidade, conjugando saberes e poderes na luta pela inclusão de todos, sem exceção.

Referências

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). e-SUS Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> Acesso em: 11 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 1996. 28p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf> Acesso em: 12 jul 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 ago 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, A. C. G. da. Pedagogia da presença: da solidão ao encontro. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 2001. 140p. 2ª. Ed.

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. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2016.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. A produção imaginária de demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. FRANCO, T.B; MEHRY, E.E. (orgs). 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

GONÇALVES, R. B. M. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1 – Série textos)

_____. R. B. M. Tecnologia e Organização Social das práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994

HALLAIS, J.A. da S.; BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, Jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en&nrm=iso>. Acesso 13 jun. 2016.

LANCETTI, A. Clínica peripatérica. São Paulo: Hucitec, 6ª ed., 2011.

LEAL, G. F. Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporânea. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

LEOPARDI, M. T. et al (orgs). Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Ed. Papa-livros, 1999.

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) vol.18 no.49. Botucatu Abr./Jun.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251 Acesso em: 17 jun. 2016.

LOUZADA, L. O. Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2015. 129 f

MARX, K. O Capital. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994. v1.

MINAYO, M. C. de S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. IN: FRANCO, T. B; MERHY, E. E. (orgs). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1 ed. - São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (orgs) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. Guia do Projeto Consultório de Rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. Consultório de rua: relato de uma experiência. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. 151 f.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> Acesso em 11 jul. 2017.

SILVA, F. P. da; FRAZAO, I. da S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, Abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 jun. 2016.

SILVA, M. L. L da. Trabalho e População em situações de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTs) contribuiu para a adesão ao tratamento da tuberculose? Rev. Latino-Am. Enfermagem (online). 2008, vol. 16(4), pp.659-664. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400002&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 12 jul 2017.

*Esta pesquisa é resultado da Tese de Doutorado intitulada: Consultório na rua: atuação dos profissionais em Santa Catarina, defendida em 2017 no Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Financiada com recurso próprios e não há conflitos de interesse.

¹ Antônio Nery Filho é professor da Universidade Federal da Bahia - UFBA e coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

² Compreende-se por rede de proteção social, um conjunto de serviços públicos, não governamentais e privados de diferentes áreas que oferecem atendimento direto ou indireto, visando a garantia dos direitos sociais.

³ Tal questão se coloca, tendo em vista as denúncias de violação de direitos apontadas pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, no qual o mesmo realizou inspeção e gerou relatórios e um Dossiê sobre as condições e tratamentos em Comunidades terapêuticas. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br>. Acesso em 11 jul 2017.

⁴ Estes são direitos fundamentais contidos na Constituição Federal de 1988, artigo 5º.

⁵ DOTs (*Directly Observed Treatment short course*) – Significa tratamento diretamente observado de curta duração. Desde que o Brasil lançou, em 1996, o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda a implantação da Estratégia do Tratamento Supervisionado (DOTS). Esta estratégia tem como objetivo diminuir a taxa de abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose (TB) no país alta taxa de abandono e evitando o surgimento de bacilos resistentes aos medicamentos. Naquele momento o Plano Nacional de combate a tuberculose buscou a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 1996). Atualmente esta estratégia foi ampliada para o cuidado com outras doenças

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegado o tempo em que o barco atraca carregado de pescaria. É momento de colher e mostrar aos outros pescadores o que suas redes foram capazes de pescar... Linhas, redes, tarrafas, anzóis, tabuleiros... estes fazem parte dos instrumentos utilizados na pesca cotidiana. Navegar nos mares da pesquisa, mesmo para um filho de pescador, não é tarefa simples. Há dias em que o mar está calmo, transparente e límpido, e é possível navegar, ver os cardumes de peixes e capturá-los, mas, há outros em que é necessário jogar a ancora ao mar, voltar em terra, atracar no porto e aguardar o vento e mal tempo passar. São momentos próprios de quem se aventura no mundo da pesca por conhecimentos. Não há construção de conhecimentos, não há pesca, sem que você se aventure no mar. E agora é chegado o tempo de analisar o que foi possível pescar.

Foi uma pesca muito específica, buscava capturar momentos e depoimentos que pudessem retratar toda a beleza do mar. De um mar atravessado por incertezas, mas regado de esperança, de um outro mar encontrar. Mares são territórios. Territórios são espaços vivos e que carregam história, cultura e humanidade. Mares frutíferos quando escolhemos perceber as relações nas suas vicissitudes, micro-políticas do cuidado no território da saúde. Cuidados que envolvem coragem, disposição, técnica e relação. Cuidado, como me disse Antônio Nery Filho, que envolve o cruzamento de olhares.

Os Consultórios na rua surgem como um novo momento dos Consultórios de rua no Brasil. Ruas que também são mares, repletos de seres, de barcos, de histórias e olhares. Para as pessoas em situação de rua, novos cuidados são experienciados. Buscam acolher e contribuir no acesso a saúde por parte desta população que enfrenta cotidianamente os ventos fortes e tempestades de uma saúde projetada para o comum, para o protocolar, para aquele em que o pescador tem o cesto pronto, e que a pescaria não muda, já sabe o que vai fregar. A saúde precisa pescar em outros mares, investir nos que necessitam e não conseguem chegar. Projetar equidade nas ondas dos que vivem nas ruas, seria um passo interessante para navegar.

A população em situação de rua busca na atenção à saúde um pouco mais de força, para sua vida suportar. Navegam numa tempestade de viver à margem, na exclusão, numa invisibilidade visível aos olhos de quem quer enxergar, na falta de quase tudo, inclusive de outros humanos que os acolham como sujeitos de direito. São sujeitos que

pescam, pescadores do mesmo mar, que por ventos tortuosos produzidos na história social, foram afastados como se fossem de outros mares, e portanto, da mesma pesca e pescaria não poderiam se beneficiar.

Esta tese do doutoramento buscou compreender, meio as tempestades atuais no campo das políticas brasileiras, como profissionais e gestores - pescadores de um mesmo mar, perceberam a transição dos Consultórios de Rua para Consultórios na Rua no estado de Santa Catarina; bem como descrever e analisar o processo de trabalho dos Consultórios na rua a partir de sua inclusão na Política Nacional de Atenção Básica. Tarefa singular, que depende do território e dos pescadores envolvidos, e claro, do ímpeto do pescador-pesquisador.

A inserção do Consultório na Rua na Política de Atenção Básica foi uma reivindicação do Movimento Nacional da população em situação de rua, atrelado a um olhar de que as ações direcionadas a esse público deveriam partir principalmente do âmbito da atenção básica, sendo esta a porta de entrada principal do SUS, que atua com diversas demandas da população, estar mais capilarizada na rede e inicialmente mais acessível.

Ao navegar em direção ao porto, aventurei-me a apresentar na sequência algumas conclusões desta experiência de pesquisa, apresentadas e discutidas no decorrer do texto e dos artigos produzidos.

O processo de transição, na percepção dos diferentes atores, foi marcado por uma série de questões, dentre elas por um limbo em que as equipes permanecem sem referência para o trabalho, sendo rejeitadas, mesmo que de forma silenciosa, pela Atenção básica e em algumas cidades, pela própria política de saúde mental. Este foi um período em que as equipes permaneceram sem representação diante da gestão municipal, e com pouco respaldo para a realização de suas ações. Como um momento delicado da história das equipes e do próprio Consultório na Rua, este tempo vivenciado também foi percebido pelos profissionais como um momento de crescimento e amadurecimento forçado pelas dificuldades advindas deste contexto. Constituiu-se portanto, como um tempo de procurar por novas referências e outros pescadores que navegavam na mesma direção.

Grande parte dos profissionais acreditam que o mar para a navegação dos Consultórios na Rua se ampliou e que o mapa de bordo agora contém mais informações, sendo que estas direcionam suas ações para um cuidado integral da população em situação de rua. Consideram que o Consultório de Rua atuava mais sobre a questão do uso e abuso de drogas e que os Consultórios na Rua, estratégia que vivenciam no dia-a-

dia, ampliou o raio de ação, considerando os diferentes aspectos da saúde desta população e as potencialidades do cuidado na atenção básica.

Como um parceiro pescador, percebi no acompanhamento das equipes que a transição e o possível afastamento da estratégia de redução de danos, considerada como linha mestra dos Consultórios de rua no Brasil, traz o desafio às equipes de Consultório na Rua de estruturar suas ações sem perder a sensibilidade do cuidado baseado nas tecnologias leves, nas quais a relação e troca de olhares, são elementos fundamentais. Pois ao adentrar na atenção básica, e contraditoriamente, incorporar processos de atenção em saúde baseados em perspectivas unilaterais, onde a produção de números e diagnósticos é considerada mais importante que a experiência vivida, corre-se o risco de retornar a um cuidado centrado na doença e não no sujeito. Dadas a devidas proporções, corremos o risco se não “remendarmos” nossas redes - como nos alertou Basaglia (1985), de colocarmos o sujeito entre parênteses para ocupar-nos das doenças, enquanto poderíamos ocupá-lo e navegarmos no mar da história social e pessoal que produziu certos sujeitos, acessando suas potencialidades e dificuldades na busca conjunta de um cuidado em saúde e da construção de sua vida.

O cuidado e atenção a vida da população em situação de rua ultrapassa o campo da saúde. Um trabalho articulado a partir deste campo deve compor com outras áreas de conhecimento, como proposto na criação dos Consultórios de rua, uma espécie de trabalho intersetorial que conte verdadeiramente com atores de outras políticas, pois a vida é muito mais que aquilo que se produz no campo da saúde, principalmente se a reduzimos a sinais e sintomas, descomplexificando-a. Entendemos portanto, que a saúde depende de uma série de determinações, que segundo Rocha (2011), Carvalho e Buss (2009) giram em torno das condições socioeconômicas, culturais e ambientais que se subdividem em diferentes aspectos da vida dos sujeitos, como educação, condições de vida e trabalho, habitação, acesso a alimentos, redes sociais e comunitárias, dentre outros.

A partir da pesquisa evidencia-se que o Consultório na Rua não pode sentir-se responsável sozinho pela melhora das condições de vida da população em situação de rua, mas deve ter consciência que quanto mais parceiros construir, maiores serão as possibilidades de contribuir na vida dessas pessoas. Assim, o trabalho necessita se ampliar e focar em questões que fazem sentido para a própria população. O puro e simples tratamento de doenças é um exemplo disto, de uma iatrogenia

construída como resposta sem efetividade. Com isto, não desconsidero a importância no tratamento das doenças prevalentes dessa população, mas sinalizo a necessidade de articular cuidados com os sujeitos e aos seus processos de adoecimento com seus desejos, projetos e necessidades. Assim, o cuidado ofertado fará sentido às pessoas, que possivelmente devem engajar-se na busca de uma vida com mais saúde e dignidade.

Alguns gestores percebem a transição do Consultório na rua para a atenção básica como uma aposta na estratégia e que possibilitará uma aproximação da população em situação de rua com a rede de atenção básica à saúde. Acreditam que por ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a atenção básica, ao acolher o Consultório na Rua o possibilita ser uma estratégia ainda mais inclusiva e garantidora de direitos. Por outro lado, a transição para a atenção básica demonstrou, na experiência vivenciada junto as equipes, a fragilidade muitas vezes presente na relação da atenção básica com a política de saúde mental dos municípios. Isto ficou explícito, segundo os profissionais e gestores, quando para algumas equipes, ninguém responsabilizava-se pelo Consultório na rua, alegando que tal dispositivo ainda não era seu, ou que o mesmo veio da saúde mental e não sabiam portanto o que fazer, afinal “isto não é nosso”.

Há ainda diante da transição, uma expectativa dos gestores que o Consultório na Rua torne-se um formador da rede para a atenção a saúde da população em situação de rua, ao considerar que os profissionais que atuam neste dispositivo são “capacitados” para tal desafio. Foi perceptível que de certo modo o Consultório na Rua, a partir de suas intervenções, já realiza uma espécie de matriciamento e formação dos profissionais para lidar com as diferentes demandas das pessoas em situação de rua.

A pesquisa aponta ainda, que a transição se constitui como um momento que marca as equipes, possibilitando-as viver um momento de renovação dos profissionais e gestores, interferindo também no foco das ações e nas parcerias para o trabalho. Ao ser incluído na Política Nacional de Atenção Básica, é instituído uma verba específica e contínua para a equipe, repassada fundo a fundo, de acordo com a modalidade da equipe implantada. Considerando estes aspectos, o Consultório na Rua ganha mais segurança ao fazer parte da política pública de saúde, e também financeiramente, pois conta com verbas específicas para manutenção de suas equipes. Embora este elemento de

forma isolada não garante a sua continuidade e a qualidade das ações desenvolvidas.

Ainda sobre a transição, foi possível nesta pesquisa alcançar alguns aspectos referentes a política e as experiências municipais, constituindo-se como um desafio para novas pesquisas discutir quais outros aspectos a nível federal, além dos já apontados, influenciaram para que o Consultório na Rua passasse a ser uma estratégia da atenção básica à saúde, sendo isto um aspecto importante na história da atenção à saúde das populações vulneráveis no território brasileiro.

Ao discutir o processo de trabalho das equipes descrevemos os elementos que o compõe, sendo incluídos os agentes do trabalho, as atividades realizadas pelas equipes na unidade de saúde, na rua e com a rede de proteção social, as finalidades e os saberes e conhecimento das equipes no trabalho com a população em situação de rua. Ao analisar o processo de trabalho dos Consultórios na rua em Santa Catarina percebeu-se que a formação nos temas população em situação de rua e Consultório de/na Rua é uma necessidade para as equipes, tendo em vista que apenas 50% se capacitaram para atuar na estratégia, não cumprindo a recomendação de educação permanente presente na Política Nacional de Atenção Básica. Grande parte dos trabalhadores que constituem as equipes desejam continuar sua atuação nesse campo e mostram-se motivados, mesmo diante das dificuldades vivenciadas cotidianamente, claramente alimentados por sua dedicação, empatia e gosto pela causa.

Como previsto na Política Nacional de Atenção Básica, tanto para cuidado com as equipes que atuam com populações mais vulneráveis e que expressam muitas das problemáticas sociais contemporâneas (pobreza, exclusão social, marginalização, dentre outros), como para a própria potencialização do cuidado ofertado na atenção básica, uma indicação importante é vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional. A articulação destas duas ferramentas pode aumentar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2012).

Os processos de trabalho das equipes são de ordem coletiva, sendo que em geral as situações são discutidas e planejadas em conjunto, contando com olhares das diferentes profissões e com a rede de proteção social. São processos de trabalho complexos, que buscam singularizar histórias e necessidades dos sujeitos na tentativa de aproximar a população em situação de rua do sistema de saúde e da rede

de proteção social, oferecendo mais saúde, oportunidades e possibilidades a estes.

As atividades que compõe o trabalho do Consultório na rua são realizadas no espaço das unidades básicas de saúde, na rua e com a rede de proteção social. Uma diversidade de ações são executadas pelas equipes, desde o tratamento de doenças, redução de danos, busca ativa, fornecimento de materiais para cuidado com a saúde e higiene, realização de exames, entregas de medicações, dentre outras. Como principal finalidade do trabalho das equipes foi identificado “o acesso à saúde por parte da população em situação de rua”, sendo que esta finalidade se produz tanto pela oferta direta de cuidados em saúde, quanto pelo auxílio para que os mesmos acessem outro ponto da rede de proteção social, funcionando como porta de entrada do sistema de garantias de direitos para esta população.

Toda atividade realizada no contexto de saúde, mesmo que de forma não explícita, tem como base conhecimentos prévios que lhe sustentam e oferecem condições para sua efetivação e reconhecimento. Assim, os saberes e conhecimentos das equipes dos Consultórios na Rua são reconhecidos como importantes para o trabalho diário das equipes. Estes giram em torno de conhecimentos sobre as doenças mais prevalentes nessa população, a redução de danos, as diretrizes e princípios da Política Nacional de Atenção Básica, e sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas.

O processo de trabalho das equipes de Consultório na rua foi se materializando nas experiências vivenciadas pelas equipes no campo, na atuação cotidiana, influenciado por uma série de questões, seja pela própria composição da equipe, ao considerar que todo profissional possui conhecimentos e que estes se interferem no seu trabalho, sendo este individual ou coletivo, seja por outros fatores não discutidos diretamente nesta Tese, como o contexto político, macro e micro que envolve o desenvolvimento do trabalho em saúde. Nesse sentido, cada equipe possui um processo de trabalho específico, sendo que só é possível analisar tal processo quando há disponibilidade de informações que garantam uma fidedignidade da complexidade de tal processo. Aproximação vivenciada a partir da pesquisa qualitativa e empírica, vivenciada pelo pesquisador nas três cidades onde passou acompanhou o trabalho das equipes.

A partir da aproximação da realidade e trabalho cotidiano das equipes, alguns desafios são postos frente aos processos de trabalhos destas, sendo apontado a necessidade de um cuidado mais centrado no

ato relacional e no acolhimento dessa população na estratégia de saúde da Família, ponto essencial da rede SUS. Este último aspecto busca concretizar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, reformulada no ano de 2012, que afirma a responsabilidade de todas as equipes de saúde para atendimento a população em situação de rua, incluindo as equipes de saúde da família, por se constituírem como serviços territorializados e responsáveis por um cuidado longitudinal em saúde com os diferentes sujeitos.

Os profissionais que compõem os Consultórios na rua e que buscam contribuir no acesso a saúde por parte da população em situação de rua atuam na contramão das políticas neoliberais que privilegiam um acesso restrito e residual, modelo este que fortalece o acesso a saúde via mercado, como um bem a ser comprado pelas famílias. Quando profissionais se esforçam para inclusão de um grupo social marginalizado, criminalizado e estereotipado, como percebido nesta pesquisa, estes se tornam defensores de uma saúde pública e universal, defendem a equidade na atenção, considerando os diferentes sujeitos que dela necessitam. Neste sentido, atuam em um cenário de contra-reforma da saúde, no qual podem ser considerados como trabalhadores militantes, que defendem uma causa e investem suas forças na construção e efetivação de uma política de saúde verdadeiramente justa e digna para todos.

E o barco atraca no porto, retorna cheio de pescaria, divide o peixe com os que lhe esperam, volta o pescador feliz por ter se aventurado no mar, num mar de conhecimentos. O pescador tem consciência que novas viagens serão feitas ao mar, mas é preciso descansar, para em outros mares navegar. Revisitar o mesmo mar e outros peixes encontrar. São viagens para novas temporadas, que constituem a vida do pescador-pesquisador, que a cada viagem atualiza seu mapa por onde se guia, descobre novas rotas e se fortalece para conquistar o mar. Mares de conhecimentos e saberes que buscam contribuir para um mundo melhor, onde todos possam ter acesso a seus direitos, no qual o direito a saúde torna-se algo primoroso e fundamental para a vida de todos.

Lancemo-nos ao Mar!

REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. Crônicas urbanas: Consultório na rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências: química da vida e saúde). Universidade Federal do Rio Grande – UFRG, 2014. 150 f.

ABREU, D. de. Pessoas em situação de rua, uso de drogas e Consultório de Rua. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2013. 168 f.

_____. Políticas públicas de saúde e Assistência Social no Brasil direcionadas às pessoas em situação de rua que fazem uso ou abuso de álcool e outras drogas: Contribuições para um debate. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.6, n.14, p.128-149, 2014.

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. GIOVANELLA, L. et al (org.) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.735-759

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental e Atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. de C.; LANCETTI, A. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Tratado de Saúde Coletiva. CAMPOS, G. W de S. et al (org.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2009. 871p.

ARRUDA, M. Metodologia da práxis e formação dos trabalhadores. Rio de Janeiro, 1988 (mimeo).

AYRES, J.; CALAZANS, G. J.. SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.

BARATA, R. B.; CARNEIRO JUNIOR, N.; RIBEIRO, M. C. S. de A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.219-232, 2015.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70. 2009.

BRASIL. Fundação Osvaldo Cruz. FioCruz. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares. 2013. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf> Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Equipes de Consultório na rua. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/> Acesso em: 20 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília – DF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010a, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. 1. ed., Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Orgs: MS, SENAD/MJ e Fio Cruz. 2013. Disponível em: http://www.antidrogas.com.br/downloads/Livreto_Epidemiologico_17set.pdf . Acesso em: 15 fev. 2016

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em 15 fev 2016. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde: Brasília, 2013a. 176 p.

_____. Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Diário Oficial da União 2007.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf . Acesso em: 24 mar. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: dez. 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> Acesso em 22 abr. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de opinião. Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua, 2008. Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf . Acesso em: 25/05/2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Política Nacional de inclusão social da população em situação de rua, 2008a, 25p. Disponível em <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>. Acesso em 05/05/2016

_____. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf Acesso em: 01 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 mai. 2013.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BRITO, A. X. de. Habitus de migrante: Um conceito que visa captar o cotidiano dos atores em mobilidade espacial. *Revista Sociedade e Estado* - Volume 25, N. 3, Set./Dez., 2010.

BRITO, V. O. C.; PARRA, D.; FACCHINI, R.; BUCHALA, C. M. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(Supl. 2):47-56. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41s2/5951.pdf>. Acesso em: 12 abr.2012

BROGNOLI, F. F. Trecheiros e Pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos. 1996. 216 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) - CFH/Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BUCHER, R. À procura de uma abordagem interdisciplinar da toxicomania. In: *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E. G. de; ANDRADE, R. L. de P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm* 2010;23(1):131-5.

CAMPOS, G.W. S. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Departamento de Medicina Preventiva e Social – DMPS. Universidade Estadual de Campinas. 1997. mimeo

_____. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NOGUEIRA, E. A.; LANFERINI, G. M.; ALI AMED, D.; MARTINELLI, M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*. v.7, n. 2, p. 47-62, ago./dez.1998.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lúgia (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.141-66.

CAZANOVA, R. F. A integralidade na fonte do consultório de rua do SUS. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social. Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Porto Alegre, 2012. 150 f.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COMTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.

COSTA, A. C. G. da. Pedagogia da presença: da solidão ao encontro. Belo Horizonte: Modus Faciendi, 2001. 140p. 2ª. Ed.

COSTA, R. H. O Mito da desterritorialização: do “fim do território” a multiterritorialidade. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2006.

COSTA-ROSA, A. da.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro, NAU Ed.: 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da. O Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.

CUNHA, G. T. A construção da clinica ampliada na atenção básica. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2004. 201 f.

DAMATTA, R. A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5ª ed., Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

DEMO, P. Pobreza da pobreza. Petrópolis: Vozes, 2003.

DIAS, J. C. et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-348, 2003.

ELIAS, L. de A.; BASTOS, F. I. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), p.4721-4730, 2011.

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. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>.

FERREIRA, F. P. M.; MACHADO, S. C. C. Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em Belo Horizonte. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Editora Cortez, n. 90, ano XXVII, junho, 2007.

FILHO, D. L.; et AL. Redução de danos e saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. *Com. Ciências Saúde*. 2009;20(4):299-306. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4reducaodanos.pdf. Acesso em: 05 jun. 2016.

FOUCAULT, M. Sobre a História da sexualidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 27

FRANGELLA, S. M. *Corpos Urbanos errantes: Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo*. São Paulo: Annablume FAPESP, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. Access on 02 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, A. C. Métodos e técnicas da pesquisa social. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: Revista Saúde em Debate. v.26, n 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575- 626

GRACIANI, M. S. S. Pedagogia social de rua: análise e sistematização de uma experiência vivida. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 1997.

GRAZZIOLA, R. As pessoas em situação de rua em Porto Alegre e seus dramas, tramas e manhas: a cooperação e a solidariedade como forma de humanização. Dissertação (Mestrado em Educação) – UFRS, 2011. 122 f. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32141/000785784.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 jul. 2012.

HALLAIS, J.A. da S.; BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 31, n. 7, p. 1497-1504, July 2015 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en&nrm=iso> . Acesso 13 jun. 2016.

ICOM. MNPR-SC. Diagnóstico Social Participativo da população em situação de rua na Grande Florianópolis. Florianópolis, 2007.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. CR: contribuições e desafios de uma prática em construção. Saúde & Transformação Social, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1465>. Acesso em: 22 jun. 2016.

JORGE, M. S. B; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.;PINTO, A. G. A.; SOUZA, F. S. P. de.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3051-3060, 2011.

KAMI, M. T. M. et al . Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, e20160069, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300213&lng=en&nrm=iso>. access on 20 June 2016. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160069>.

KAMI, M. T. M. Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico. Dissertação (Mestrado profissional em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná – UFPR. 2015. 146 f.

LANCETTI, A. Clínica peripatérica. São Paulo: Hucitec, 6ª ed., 2011.

_____. Contrafissura e plasticidade Psíquica. São Paulo: Hucitec, 1ª ed., 2015.

LEAL, G. F. Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporânea. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

LIMA, H. S. de. Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde). Universidade de Brasília. 2013. 96 f.

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem teoria, nem o medo da invenção. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). Caderno Saúde Mental: a reforma psiquiátrica que queremos. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. p. 33-44.

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) vol.18 no.49. Botucatu Abr./Jun.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251 Acesso em: 17 jun. 2016.

LOUZADA, L. O. Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2015. 129 f.

MACERATA, I. M. Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia. 2015. 293 f.

MARICATO, E. Exclusão social e reforma urbana. Propostas, Rio de Janeiro, n.62, p.51-56, set. 1994.

MARLATT, G. A. Harm Reduction: come as you are. Addictive Behaviors, v. 21, n.6, p. 779-788, 1996.

_____. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARX, K. O Capital. Tradução: Reginaldo Sant’anna. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. Livro 1, V. I.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. Dicionário de Educação profissional à saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - ENSP FioCruz. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html> Acesso em: 02 abr. 2017

MENDES, E. V. A Construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MINAYO, M. C. de S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª Ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOULIN, C. Eppure si Muove: Mobilidade Humana, Cidadania e Globalização. Contexto Internacional – vol. 33, n. 1, janeiro/junho 2011.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. Guia do Projeto Consultório de Rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. MESQUITA, F.; BASTOS, F.I. (Org.). *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 65-78.

OLIVEIRA, M. A. de C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspe20.pdf> Acesso em 01 abr. 2017.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. Consultório de rua: relato de uma experiência. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. 151 f.

OLIVEIRA, W. F. de. Educação Social de rua: as bases políticas e pedagógicas para uma educação popular. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. CAMPOS, G. W. de S. et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 669-688

PACHECO, J. População em situação de rua tem sede de quê? Relato da implantação do Consultório na rua da cidade de Joinville. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. 2015. 240 f.

PACHECO, M. E. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. 143f.

_____. Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 43-58, Apr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 jun. 2016.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1): 154-162, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. Trad. Ananyr Porto Farjado. – 2ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Human development report – overcoming barriers: human mobility and development. 2009. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. ; MACHADO, S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

QUEIROZ, D. C. O ofício dos profissionais do consultório de rua: um estudo sobre a técnica, tecnologia e subjetividade. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia. 2015. 116 f.

RIBEIRO, C. Redução de Danos e seus Princípios: uma revisão sistemática na saúde coletiva. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. UFSC, Florianópolis: 2015. p.263.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Os determinantes sociais da saúde. In: *Política e Gestão Pública em Saúde*. IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D’Angelo (orgs) São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011 (Saúde em Debate; n. 212), p.219-42.

ROOS. C. M. Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011

_____. Se essa rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório na rua. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014. 109 f.

SANTANA, C.. Outreach clinics on the street? Reflections on new policies for homeless people's health. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 8, p. 1798-1799, ago. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2014000801798&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>

SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 20ª Ed., 2011.

SANTOS, S. D. M. dos. A natureza do vínculo na vida humana. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, Vol. 43, N. I, p. 181-199, Abril de 2009.

SANTOS, V. E. dos.; SOARES, C. B. ; CAMPOS, C. M. S. *Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 995-1015, 2010.

SACARDO, D.P.S.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Org.) Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007, p. 111-129.

SENAD. Secretaria Nacional Antidrogas. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: 2007. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93283/CARTILHA%20%C3%81LCOOL.PDF?sequence=5> Acesso em: 15 mar. 2016.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.

SILVA, C. C. da. Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro. Mestrado (Ciências). Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca – ENSP/ FioCruz. 2013. 132 f.

SILVA, C. C. da.; CRUZ, M. M da.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 246-256, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042015000500246&lng=en&nrm=iso>. access
on 17 June 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>.

SILVA, F. P. da; FRAZAO, I. da S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jun. 2016.

SILVA, M. L. L da. *Trabalho e População em situações de rua no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, R. de C. O. “A porta entreaberta”: Práticas e representações em torno das relações entre casa e rua junto a crianças de camadas populares em Florianópolis. 1998. 216p. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) – CFH, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SILVERMAN, D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SNOW, D.; ANDERSON, L. *Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Vozes, 1998. 528 p.

SOUZA, L. de. Processos de categorização e identidade: solidariedade, exclusão e violência. In: SOUZA, Lídio de.; TRINDADE, Z. A. *Violência e exclusão: convivendo com paradoxos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 57-74.

SOUZA, T. de P.; MACERATA, I. M. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *AYVU - Revista de Psicologia*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 03-23, aug. 2015. ISSN 2446-6085. Disponível em: <<http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/25/22>>. Acesso em: 05 nov. 2016

SOUZA, V. C. A. de.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 37-47, 2014. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1037>> Acesso em: 18jun. 2016.

SPOSATI, A. Mapa da exclusão social da cidade de São Paulo – 2000: Dinâmica social dos anos 90. Disponível em:

<<http://www.geopro.br/exclusao>>. 2003. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Exclusão social abaixo da linha do Equador: In: VÉRAS, Maura Padini Bicudo (Ed.) Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paumam. São Paulo: Educ, 1999, p.126-138.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

TONDIN, M. C. Consultório de Rua: Uma Perspectiva de Intervenção ao uso de Drogas com Pessoas em Situação de Rua. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Cuiabá, 2012. 129 f.

TONDIN, M. C; NETA, M. da A. P. B; PASSOPS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. R. Educ. Públ. Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, maio/ago. 2013.

Disponível em:

<<http://periodicoscientificos.ufmt.br/index.php/educacaopublica/article/view/929/730>>. Acesso em 23 jun. 2016

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. 1ª Ed.. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-53.

VELHO, Gilberto. Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 3ª ed., 2003.

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M., (orgs).

População de rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: HUCITEC, 1992.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em:

<http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11_Silvio_Yasui.pdf> Acesso em: 20 jan. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS CONSULTÓRIO NA RUA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Roteiro de Entrevista – profissionais Consultório na Rua

1. Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional.
2. Você atuou no Consultório de rua da cidade? Se sim, participou da transição para o Consultório na rua? Como foi essa transição?
3. Caso tenha atuado no Consultório de Rua, percebe alguma diferença deste e o Consultório na Rua?
4. Como é o trabalho cotidiano do Consultório na Rua? Quais as principais ações desenvolvidas?
5. Como você compreende o fenômeno população em situação de rua?
6. O Consultório na rua trabalha com a lógica da redução de danos? Como se dá o trabalho nessa perspectiva com a população em situação de rua?
7. Na sua experiência, qual a principal potencialidade do Consultório na rua e qual a principal dificuldade encontrada no trabalho.
8. Gostaria de falar de algo do seu trabalho no Consultório na rua que não foi perguntado?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA –
GESTOR/COORDENADOR DO CONSULTÓRIO DE/NA RUA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

**Roteiro de Entrevista – Gestor/coordenador do Consultório de/na
Rua**

1. Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional.
2. Você acompanhou a transição do Consultório de rua para Consultório na Rua na cidade? Se sim, como foi esse processo? Quanto tempo levou? O que precisou ser feito para a implantação?
3. Como se deu a escolha da unidade de saúde referência para o Consultório na Rua?
4. Para você existe alguma diferença entre consultório de Rua e Consultório na rua?
5. Como gestor/coordenador do Consultório na Rua, qual são suas principais atividades?
6. Como você vê o trabalho desenvolvido pela equipe?
7. Gostaria de falar alguma questão que considera importante que não foi perguntada sobre o tema?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a), você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa: **“Consultório na Rua: atuação dos profissionais em Santa Catarina”**, que consiste no trabalho de tese de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Esta pesquisa tem como objetivo compreender a atuação dos profissionais dos Consultórios na rua no Estado de Santa Catarina a partir de sua inserção na atenção básica. Justifica-se pela importância de qualificar a atuação neste campo, tendo em vista as recentes experiências e a pouca produção sobre a temática, constituindo-se como um espaço de produção de conhecimento para a saúde coletiva brasileira e contribuição na qualificação das ações já desenvolvidas pelas equipes dos Consultórios na Rua.

Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa, você poderá aceitar ou não fazer parte do estudo. E caso aceite, **poderá desistir de sua participação e retirar seus dados da pesquisa a qualquer momento**, sem ter que apresentar nenhuma justificativa ou motivo, podendo fazê-lo inclusive por telefone. Em caso de recusa ou desistência, você não será penalizado (a) de forma alguma. **Se concordar em participar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A identidade dos (as) participantes será mantida em absoluto sigilo**, e os dados serão arquivados sob a responsabilidade do orientador e eliminados após cinco anos. Além disso, fica garantido indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Serão realizadas **entrevistas semiestruturadas** com profissionais da assistência que atuam nos consultórios de rua das cidades de Florianópolis, Joinville e Criciúma do estado de Santa Catarina, incluindo seus coordenadores/gestores. As entrevistas

ocorrerão nos locais de trabalho dos profissionais, em horários combinados com os participantes e mediante suas disponibilidades. Terão duração aproximada de 1 hora. **O roteiro da entrevista abordará questões sobre as trajetórias profissionais dos participantes e atuação no Consultório na rua, sobre a transição do Consultório de rua para Consultório na rua na cidade, bem como sobre as ações desenvolvidas a partir do trabalho em equipe.** A entrevista será composta por perguntas abertas, sem respostas certas, erradas ou juízos de valores. A fim de não perder informações **haverá gravação de áudio** para posterior transcrição literal, e estes dados serão utilizados **apenas para fins científicos**. Além das entrevistas o pesquisador utilizará como técnica de pesquisa a **observação participante**, no qual o pesquisador acompanhará o trabalho das equipes de consultório na rua das três cidades participantes. Esta técnica objetiva uma aproximação mais realista da atuação dos profissionais no campo junto aos usuários do serviço, bem como conhecer o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial exercido pelas equipes. Se efetivará nas saídas a campo juntos às equipes dos Consultórios na Rua, sendo que os dias de saída a campo serão agendados com as equipes e definidos a partir das disponibilidades dos profissionais.

A análise dos dados contará com a **análise de conteúdo, apoiada pelo materialismo dialético**. Os possíveis **benefícios** da pesquisa consistem em promover um espaço de reflexão sobre o trabalho cotidiano, podendo contribuir com o aprimoramento das ações, caso as equipes considerem importante e necessário. Outro benefício é a produção de materiais e informações sobre o trabalho exercido pela equipe, considerando a recente implantação destes serviços em Santa Catarina. Já sobre possíveis **riscos** podem ocorrer desconforto e/ou constrangimento, não intencionais, durante as gravações de áudio; caso sinta algum tipo de desconforto no decorrer da entrevista e não queira dar continuidade, **o pesquisador compromete-se a interromper e acolher a demanda do profissional**. Vale ressaltar que **não há despesas pessoais** para o (a) participante em qualquer fase do estudo. Na eventualidade de haver despesas pessoais na realização da pesquisa e/ou dela decorrentes, **o pesquisador garante ressarcimento**, conforme prevê Resolução 466/2012. Também **não há compensação financeira** para quem participar da pesquisa.

Caso tenha **dúvidas ou necessite de quaisquer esclarecimentos**, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, através dos seguintes contatos:

Pesquisadores responsáveis: Doutorando em Saúde Coletiva – Deivid de Abreu e Prof.º Dr. Walter Ferreira de Oliveira.

E-mails: abreudd@gmail.com e walteroliveira.ufsc@gmail.com

Endereço institucional: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Campus universitário, s/n, térreo, sala do plantão de Serviço Social, Trindade, Florianópolis, SC, CEP: 88040-900. Telefone: (48) 3721-9126/9127.

Referente ao CEPESH/UFSC - Endereço: Reitoria II, Desembargador Vitor Lima, n. 222, 4º andar, sala 401, Trindade – Florianópolis – SC. CEP: 88040 -400. Telefone: (48) 3721-6094

Importante ressaltar ainda que os pesquisadores responsáveis também assinam esse documento, comprometendo-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes de pesquisas com seres humanos, na qual inclui-se esta pesquisa.

Assinatura dos pesquisadores:

Consentimento de Participação do sujeito:

Eu, _____,

RG _____, CPF _____

concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito: _____

Este TCLE respeita a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP SH/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSULTÓRIO NA RUA: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SANTA CATARINA.

Pesquisador: Walter Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61509716.3.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.828.958

Apresentação do Projeto:

Projeto de qualificação de Tese no Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde - CCS da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, na Linha de Pesquisa: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. Ênfase: Saúde Mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a atuação dos profissionais dos Consultórios na rua no Estado de Santa Catarina a partir de sua inserção na atenção básica

Objetivo Secundário:

- Descrever o processo de transição dos Consultórios de Rua para Consultórios nas Ruas nas cidades pesquisadas;
- Conhecer o processo de trabalho da equipe frente às novas configurações do serviço;
- Compreender a clínica do Consultório na Rua, problematizando-a a partir da Atenção Psicossocial;
- Apreender como tem se constituído as ações de redução de danos do Consultório na Rua;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos podem estar relacionados ao sentimento de desconforto e/ou

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.628.958

constrangimento, não intencionais, durante as gravações de áudio. O Autor deixa claro no termo de consentimento livre e esclarecido que caso sinta algum tipo de desconforto no decorrer da entrevista e não queira dar continuidade, o pesquisador compromete-se a interromper e acolher a demanda do profissional. Vale ressaltar que não há despesas pessoais para o (a) participante em qualquer fase do estudo. Na eventualidade de haver despesas pessoais na realização da pesquisa e/ou dela decorrentes, o pesquisador garante ressarcimento, conforme prevê Resolução 466/2012. Também não haverá compensação financeira para quem participar da pesquisa.

Benefícios:

Os possíveis benefícios da pesquisa consistem em promover um espaço de reflexão sobre o trabalho cotidiano, podendo contribuir com o aprimoramento das ações, caso as equipes considerem importante e necessário. Outro benefício é a produção de materiais e informações sobre o trabalho exercido pelas equipes, considerando a recente implantação destes serviços em Santa Catarina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a atuação dos profissionais dos Consultórios na rua no Estado de Santa Catarina a partir de sua inserção na atenção básica. Serão pesquisados os Consultórios na rua implantados nas cidades de Joinville, Florianópolis e Criciúma, Santa Catarina. Para a coleta de dados serão utilizados as técnicas da entrevista semiestruturada e observação participante. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos três Consultórios na rua de Santa Catarina (assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motorista, redutores de danos, coordenadores do serviço e outros profissionais que fizerem parte das equipes). As entrevistas ocorrerão nos locais de trabalho dos profissionais, preferencialmente nas unidades básicas de saúde, em horários combinados com os participantes e mediante suas disponibilidades. A entrevista será composta por perguntas abertas, sem respostas certas, erradas ou juízos de valores. A fim de não perder informações haverá gravação de áudio para posterior transcrição literal, e estes dados serão utilizados apenas para fins científicos. Além das entrevistas será utilizada como técnica de pesquisa a observação participante, no qual o pesquisador acompanhará o trabalho das equipes de consultório na rua das três cidades participantes. As análises serão realizadas a partir da análise de conteúdo temática apoiada no referencial do materialismo dialético. Serão pesquisados junto aos municípios documentos que tratem da transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua na cidade pesquisada, bem como os projetos dos Consultórios enviados ao Ministério da Saúde.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.828.958

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- (1) Folha de rosto (assinada por Walter Ferreira de Oliveira conjuntamente com a coordenadora do Programa de Pós-graduação em saúde pública, Josimari Telino de Lacerda);
- (2) Formulário Projeto da Pesquisa (incluindo: Cronograma de Execução e Orçamento);
- (3) Projeto de pesquisa
- (4) Declaração da instituição da coleta de dados assinada por Ana Paula Aguiar Milanez, nutricionista e gerente da área (Secretaria municipal de saúde de Criciúma). Declaração da Secretaria municipal de saúde de Joenville assinada por Francielli Cristini (secretária municipal) juntamente com Mariene Bonow Oliveira (Coordenadora do Naras/Proge SUS). Declaração da secretaria municipal de Florianópolis assinada por Evelise Ribeiro Gonçalves, setor de educação em saúde - CAAPS.
- (5) Declaração dos pesquisadores responsáveis.
- (6) Roteiro de Entrevista – Gestor/coordenador do Consultório na rua
- (7) Roteiro de Entrevista – profissionais Consultório na rua
- (6) TCLE

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a proposta apresentada se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminhado voto favorável à Aprovação do Projeto.

Conforme preconizado na Resolução CNS 466/2012, item XI.2, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_816971.pdf	27/10/2016 16:18:05		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.828.958

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Pesquisa.pdf	27/10/2016 16:17:14	Deidvid de Abreu	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	27/10/2016 16:16:46	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Apendiceroteirob.doc	27/10/2016 12:10:42	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Apendiceroteiroa.doc	27/10/2016 12:10:22	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Inicio_Projeto_de_Tese_Deidvid_PDF.pdf	27/10/2016 12:09:35	Deidvid de Abreu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_Deidvid_PDF.pdf	27/10/2016 12:06:29	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Aceite_Criciuma.pdf	27/10/2016 12:05:39	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Aceite_Joinville.pdf	27/10/2016 12:04:40	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Aceite_pesquisa_Floripa.pdf	27/10/2016 12:04:07	Deidvid de Abreu	Aceito
Outros	Aceite_Criciuma.pdf	27/10/2016 12:03:31	Deidvid de Abreu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Deidvid.doc	27/10/2016 12:02:09	Deidvid de Abreu	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 22 de Novembro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

**SAÚDE
SOCIEDADE**

ISSN 0104-1290 *versão
impressa*

ISSN 1984-0470 *versão
on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da

prestação de serviços de saúde;

f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;

h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e

i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista Saúde

e Sociedade, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em

alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

Tese

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

□ **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010.

Geneva: WHO, 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalaria-report2010.pdf

>. Acesso em: 7 mar. 2011.

□ **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- **Versão impressa**

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- **Versão eletrônica**

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em:

<http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

□ **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

□ **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- **Versão impressa**

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- **Versão eletrônica**

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em:

<<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso

em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Envio do material

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

ANEXO C – NORMAS DE SUBMISSÃO À REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE.

Instruções aos autores

Escopo

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar. Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* está em processo de afiliação e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE – <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: revtes@fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Forma e preparação de manuscritos

A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:

Ensaio A convite da editoria. Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo.

Artigos Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Esta contribuição deve ser enviada para o email da revista (revtes@fiocruz.br). Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções

específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012.

Disponível em:

<http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.

b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>.

Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional*: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por no mínimo dois pareceristas ad hoc (peer review). No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria. Os autores acompanham o processo de avaliação do manuscrito pelo sistema de avaliação online. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores (duplo-cego).

Os originais apresentados à Trabalho, Educação e Saúde não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Tempos de avaliação:

A avaliação se dá primeiramente pelos editores, em uma pré-análise, cuja duração não deve exceder dez dias. Se aceitos na pré-análise, os editores designam ao menos dois revisores ad-hoc para avaliar o manuscrito. O tempo médio para avaliação por pares, com base no ano 2016, é de 8 meses. A publicação do texto, após aprovado, também com base no ano de 2016, é de 13 meses.

A taxa de recusa de manuscritos, com base no ano 2016, foi de 72%.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Benefício dos autores

Após a publicação, os autores recebem um exemplar do número da revista no qual o texto foi publicado.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação de manuscritos da Revista, disponível na página: <<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes/>>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar o manuscrito. Solicitamos aos autores que observem e sigam as instruções para apresentação do manuscrito.

Para informações adicionais, consultar os editores:

<revtes@fiocruz.br>

ANEXO D – ARTIGO PUBLICADO: ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM DESAFIO PARA O CONSULTÓRIO NA RUA E PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde

Healthcare of the people living in the streets: a challenge for the Street Clinic and for the Brazilian Unified National Health System

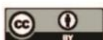
Atención a la salud de personas sin hogar: un desafío para el Consultorio de Calle y para el Sistema Único de Salud brasileño

doi: 10.1590/0102-311X00196916

O cuidado com a saúde e a vida das populações em situação de rua tem sido evidenciado por diferentes experiências. Entre elas, a educação popular de rua, dos projetos de redução de danos em cidades como Santos (São Paulo), ao final dos anos 1980, e Salvador (Bahia), a partir de 1990; do Programa Saúde da Família (PSF) sem domicílio, além das equipes de saúde para a população em situação de rua, do Banco de Rua e Consultório de Rua 1, ambos de Salvador. Essas ações promoviam um diálogo intenso com as diretrizes da redução de danos, entrecruzando intervenções dos trabalhadores do campo da saúde.

O artigo *Consultório na Rua em uma Capital do Nordeste Brasileiro: O Olhar das Pessoas em Situação de Vulnerabilidade Social 2* traz brilhantemente o Consultório na Rua como uma estratégia de atenção à saúde da população em situação de rua, o qual busca oferecer suporte social, afeto e perspectivas de mudanças para a população atendida. Além disso, aborda nós e desafios enfrentados pela população em situação de rua, dentre eles as dificuldades de acesso aos serviços públicos aliadas aos preconceitos e discriminações por parte de profissionais das Redes de Atenção à Saúde.

A transição do Consultório de Rua para Consultório na Rua é muito mais que uma alteração puramente semântica. Está em questão o campo de ação, sendo desfocada a saúde mental e ampliando-se as ações voltadas para a saúde geral da população em situação de rua ^{3A}. Nessa nova configuração, ressalta-se a importância da manutenção da perspectiva da redução de danos, considerada como um forte elemento da base dos antigos Consultórios de Rua e agora também fortalecida como uma diretriz da atenção básica, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica. Dessa forma, o Consultório na Rua desenha-se como estratégia e ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, que deve incorporar a redução de danos de forma transversal em sua prática. A redução de danos carece ser pensada de forma ampliada, como um conhecimento e olhar singular sobre as situações e demandas apresentadas pela população em situação de rua, incluindo a atenção integral à saúde. Esse assunto, central à estruturação dos Consultórios na Rua, nos pareceu pouco explorado no artigo publicado, dada a sua importância para a compreensão do escopo a que se propõe a nova configuração.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

A população em situação de rua apresenta condições sociais e de saúde bastante precárias, inclusive no que concerne ao acesso aos direitos sociais básicos e constitucionais. A expropriação das classes pobres e marginalizadas se materializa pela falta de acesso ao mercado formal de trabalho, à educação de boa qualidade, aos serviços de saúde e a outros serviços públicos. Essa expropriação favorece formas de apresentação social a partir das quais se constroem imagens sociais negativas dos sujeitos, interferindo diretamente nas atitudes e comportamentos dos profissionais que, por sua vez, prejudicam as relações inerentes à atenção e ao cuidado. Assim, a negação dos direitos produz um círculo vicioso que engloba os profissionais dos serviços públicos como atores envolvidos na produção de mais marginalização, estigma e preconceitos.

A superação desse círculo vicioso depende de atravessarmos a fronteira do conhecido, assumindo atitudes de tolerância e de respeito às diferenças. Prestar atendimento e estar próximo às populações em situação de rua são tarefas para todo profissional de saúde, sendo uma exigência ética inerente ao compromisso com a saúde da população do país.

Nesse sentido, o Consultório na Rua constitui-se como uma excelente e desafiante estratégia de trabalho em saúde. Cabe, em seu trabalho cotidiano, abrir brechas nas endurecidas estruturas da saúde e de outras políticas sociais brasileiras, para que todos, sem exceção, sejam acolhidos e possam usufruir daquilo que é de todos, o bem público.

Deivid de Abreu ¹

Walter Ferreira de Oliveira ¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Colaboradores

D. Abreu foi responsável pela concepção do projeto, análise e redação do artigo. W.F. Oliveira colaborou com a concepção e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo.

1. Nery Filho A, Valério ALR, Monteiro LF. Guia do projeto consultório de rua. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas; 2011.
2. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00070515.
3. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:1839-48.
4. Santana C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1798-9.

Recebido em 16/Nov/2016

Aprovado em 17/Nov/2016

ANEXO E – ARTIGO PUBLICADO: CONSULTÓRIO NA RUA E REDUÇÃO DE DANOS: ESTRATÉGIAS DE AMPLIAÇÃO DA VIDA



www.rbmf.org.br

CARTAS AO EDITOR

Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida

Street Clinic and Harm Reduction: strategies for increasing life

Consultório en la calle y reducción de daños: estrategias para extender la vida

Deivid de Abreu^a

A atenção à saúde da população em situação de rua (PSR) tornou-se alvo de inúmeros estudos e pesquisas. Nesse contexto, diferentes experiências têm sido colocadas em cena, principalmente aquelas relacionadas às equipes de saúde da família para a PSR, ao Programa de Saúde da Família (PSF) sem domicílio, ao Consultório de Rua, e da mais recente estratégia da Política de Atenção Básica direcionada à PSR, o Consultório na Rua. Estas ações buscam incluir a PSR nas ofertas de cuidado e atenção integral em saúde. Por sua vez, isto tem requerido certa desenvoltura dos profissionais de saúde para perceber, compreender e intervir a partir das singularidades desse grupo populacional, ampliando suas práticas para além do costumeiramente atendido no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como aponta o artigo *“Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva”*,¹ a experiência de conhecer e se aproximar da PSR pode potencializar um senso de humanidade, muitas vezes precário ou mesmo ausente em muitas práticas de saúde. O autor apresenta a complexidade do cuidado a esta população, que numa perspectiva intersetorial, compreende a garantia mínima de saúde, habitação, trabalho, alimentação, documentação, educação, participação e de serem reconhecidos como sujeitos de direitos.

Nesse sentido, o artigo traz sensivelmente a Redução de Danos (RD) e a medicina centrada na pessoa como partes fundamentais de um cuidado integral e respeitoso a vida e ao contexto social das pessoas em situação de rua. Práticas estas que devem estar presentes no cotidiano dos todos os profissionais que atuam no contexto da saúde.

Obstante a RD, o autor sinaliza que seu texto tem a finalidade de esclarecer como o Consultório na Rua utiliza-se desta para melhorar o cuidado à PSR. Durante a escrita, o autor não deixa clara esta questão, apresentando apenas os benefícios da RD na relação com o uso de drogas ao sinalizar a possível minimização de riscos

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parcecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 19/12/2016.

Aprovado em: 30/12/2016.

Como citar: Abreu D. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-2. [http://dx.doi.org/10.5712/12\(39\)1435](http://dx.doi.org/10.5712/12(39)1435)

biológicos, sociais e econômicos. A RD é muito mais, compreende um olhar singular sobre o contexto do sujeito e a construção de experimentos únicos e pensados sempre na relação com o mesmo.

Ela compreende estratégias práticas de reflexão sobre o consumo de água/alimentação, uso de preservativos e outras práticas de cuidado com a saúde. Nesse sentido a RD torna-se uma estratégia de ampliação da vida,² pois além de trabalhar questões relacionadas ao uso de drogas e à saúde geral, também busca sensibilizar à PSR para participação e engajamento, tanto no autocuidado em saúde quanto na vida social, principalmente no seu reconhecimento como sujeito de direito.³

Outro aspecto que o autor poderia ter explorado de forma mais consistente foi a negação de atendimento à PSR justificada por muitos profissionais de saúde pela falta de documentação pessoal. Cabe destacar que nenhuma pessoa, indiferente de classe, gênero, etnia e/ou condição social pode deixar de ser atendida no SUS por falta de documentação e ou/Cartão Nacional de Saúde (CNS), conforme descreve a Portaria do Ministério da Saúde nº 940/2011.⁴ Esta portaria afirma que não será condicionada a confecção de CNS à PSR exigindo-se comprovação de residência, já que tal exigência mostra-se contraditória ao contexto de vida desta população e ao princípio da equidade, tão importante na atenção às diferenças no âmbito do SUS.

Por estas lentes, que miram a partir da estratégia da RD de forma ampliada e atuam na defesa da atenção à saúde de todos, sem exceção, o Consultório na Rua constitui-se como uma excelente e desafiante estratégia de garantias de direitos. Dispositivo que convida diferentes profissionais para o exercício da inclusão social e equidade, objetivos estes capazes de contribuir na transformação da vida e experiência da PSR.

Referências

1. Camargo BP. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-3. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1269](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1269).
2. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 2011.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. [acesso 2017 Jan 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). [acesso 2017 Jan 19]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/docs/portaria_940_cartaoSUS.pdf

⁸ Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. abreudd@gmail.com (*Autor correspondente*).