

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

SANDER CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE

**CUIDADO EM SAÚDE FRENTE ÀS VULNERABILIDADES:
PRÁTICAS DO CONSULTÓRIO NA RUA**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

SANDER CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE

**CUIDADO EM SAÚDE FRENTE ÀS VULNERABILIDADES:
PRÁTICAS DO CONSULTÓRIO NA RUA**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para o título de Mestre em Psicologia Social, sob a orientação da profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

SÃO PAULO

2014

Albuquerque, Sander Cavalcante de. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Data: 22/07/2014

E-mail: cavalcante.sander@gmail.com

A376

Albuquerque, Sander Cavalcante de
Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua/
Sander Cavalcante de Albuquerque. – São Paulo: s.n., 2014.
167 p. ; 30 cm.

Referências: 155-163

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin
Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, 2014.

1. Drogas – Dependência
2. Políticas de Saúde - Redução de Danos

CDD 302

AGRADECIMENTOS

Especialmente, à professora Maria Cristina Vicentin pela orientação dedicada e generosa em todo o processo.

Aos colegas do Núcleo Lógicas Institucionais e Coletivas, pelas orientações e discussões em todo o processo deste trabalho: Júlia, Alyne, Adriano, Paula, Rodrigo, Renata, Sérgio, Nádia, Dayse, Bia, Jú, Carol, Emanuel e agregados (Ricardo Mello e Carlos).

À professora Mary Jane Spink e ao professor Tadeu de Paula Souza, pelas contribuições fundamentais apontadas no exame de qualificação.

À equipe do Consultório na Rua pelo acolhimento e generosidade: Alcyone, Felipe, Henrique, Imperador, Carol, Tiago, Tina, Lívia, Reginaldo, Ana Bárbara, Carla e Magna.

Às pessoas em situação de rua que participaram deste trabalho e possibilitaram o compartilhamento do seu cotidiano e histórias.

Aos colegas da Rede AD de Campinas, em especial Sandrina e Carla.

Aos redutores de danos de Campinas pelo trabalho feito e aos profissionais que tanto contribuem com essa rede, em especial Luma, Suzy, Cris Hilário e Jô.

Aos colegas de trabalho do Cândido Ferreira, especialmente à Telma, Cássia, Clayton, Heloisa e Oki.

À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, especialmente aos profissionais do CETES, Distrito de Saúde Leste e Claudia Barros e à Secretaria Municipal de Assistência Social de Campinas, em especial Cátia Rose e Leo.

Aos colegas-amigos e parceiros de trabalho, Karina Diniz, Andrea Galasse, Ricardo Penna, Sara Sgobin, ao grupo de leitura da UNICAMP/grupo Conexões.

À minha mãe, Irene, meu pai, Oziel, minha irmã, Sandra, meu irmão Zi e meus sobrinhos queridos, pelo carinho e por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos.

Ao Alessandro, pelo seu companheirismo, incentivo durante todo o processo deste trabalho e pela revisão do texto.

À Fapesp, pelo apoio na realização desta pesquisa.

Albuquerque, Sander Cavalcante de. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

Resumo

Este trabalho tem como proposta a investigação das práticas de cuidado dos profissionais do “Consultório na Rua”, junto à população em situação de rua no município de Campinas, na perspectiva analítica da vulnerabilidade, conforme aportes de Robert Castel, do campo da sociologia e José Ricardo Ayres, no campo da Saúde Coletiva. Para tanto, acompanhei os profissionais do Consultório na Rua em suas atividades, por meio da observação participante e conversas no cotidiano. Utilizamos dois casos que foram acompanhados ao longo da pesquisa para mostrar as práticas de cuidado efetuadas, os processos de trabalho e a relação com a rede, bem como seus tensionamentos. Identificamos que o Consultório na Rua, através da perspectiva da redução de danos, vem efetuando o cuidado de modo itinerante e incluindo os fatores de vulnerabilidade nas intervenções propostas. Tais práticas privilegiam o acesso ao cuidado em saúde e a produção de vínculos; a singularização do cuidado, pela consideração das histórias e fatores de vulnerabilidade, e a articulação de redes. Entretanto, neste contexto, verificamos diversas situações de vulnerabilidade experimentadas também pela equipe, tanto na relação com os usuários, quanto nos tensionamentos com a rede de saúde e intersetorial. Concluímos que o Consultório na Rua figura como um equipamento de saúde potente para o cuidado das populações vulnerabilizadas, na medida em que funciona com características *extitucionais*, quando as equipes, com sua itinerância, colocam-se nas fronteiras das experiências dos usuários, operando como serviço “ponte” entre as populações vulneráveis e os serviços de saúde, forjando redes para além dos protocolos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Pessoas em situação de rua; Consultório na Rua; Políticas de Saúde; Redução de Danos.

Albuquerque, Sander Cavalcante de. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

ABSTRACT

This paper aims at investigating the care practices of “*Consultório na Rua*’s” professionals with the population living on the streets in the city of Campinas, State of São Paulo, in the analytical perspective of the vulnerability, according to contributions from Robert Castel, in the field of Sociology and José Ricardo Ayres, in the field of Public Health. To this end, I accompanied *Consultório na Rua* professionals during their activities, through participant observation and in everyday conversations. We used two cases that were studied during the research to show the care practices performed, the work processes and the relationship with the network, as well as the stresses resulting therefrom. We identified that the *Consultório na Rua*, under a harm reduction perspective, has been performing care practices in an itinerant manner and has included vulnerability factors in the proposed interventions. Such practices emphasize access to health care and the production of ties; the individualization of care, by taking into consideration the stories and vulnerability factors, and the articulation of networks. However, in this context, we noticed several situations of vulnerability also experienced by the staff, both in relation to users, and in stresses with the healthcare and intersectoral networks as well. We came to the conclusion that the *Consultório na Rua* is a potent health tool for the care of vulnerable populations, in that it works with *extitutional* characteristics, when the itinerancy of the teams puts them on the borders of the experiences of users, operating as a "bridge" service among vulnerable populations and health care services, forging networks that extend beyond the protocols.

Key words: *Consultório na Rua* (Office in the Streets or, in short, CnaR), People living on the streets; Public Health Policies; Harm Reduction; Vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Município de Campinas - SP e os Distritos de Saúde.....	103
Figura 2: Profissionais do Consultório na Rua na Praça “Quebra Osso”	112
Figura 3: Usuários de crack no “Paredão” – Viaduto Cury – Campinas-SP.....	115
Figura 4: Terminal de Ônibus Central e Viaduto Cury, Campinas-SP.....	117
Figura 5: Viaduto Cury e “Praça Quebra Osso”	118
Figura 6: Catedral, região central de Campinas-SP.....	120
Figura 7: Insumos de redução de danos.....	126
Figura 8: Reunião de equipe do Consultório na Rua.....	140

LISTA DE SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CHOV	Complexo Hospitalar Ouro Verde
CnaR	Consultório na Rua
CONEN-SP	Conselho Estadual de Entorpecentes em São Paulo
CRIAD	Centro de Referência e Informação em Álcool e Drogas
CSEBF – AV	Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac
CETAD/UFBA	Centro de Estudos e Terapias de Abusos de Drogas da Universidade Federal da Bahia
ERD	Escola de Redução de Danos
ESF	Equipe Saúde da família
ESF - SD	Equipe Saúde da Família – Sem Domicílio
GCM	Guarda Civil Municipal
GLBT	Gay, Lésbica, Bissexuais, Travestis e Transexuais
IEPAS	Instituto de Estudo e Pesquisa de Aids em Santos
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEIS	Mapa de Exclusão e Inclusão Social
MS	Ministério da Saúde
NADEQ	Núcleo de Atenção à Dependência Química
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação e Acesso ao tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIASS	Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PN – DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PRD	Programa de Redução de Danos
PREPS	Programa Estratégico do Pessoal de Saúde
PROAD	Programa de Orientação a Dependentes Químicos
PSF	Programa Saúde da Família
PSF-SD	Programa Saúde da Família – Sem Domicílio
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Programa de Troca de Seringas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
RD	Redução de Danos
SAMIM	Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDH/PR	Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República
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
UAT	Unidade de Acolhimento Transitório
UDI	Usuário de Drogas Injetável

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. Pesquisar práticas de cuidado em contextos de vulnerabilidade na perspectiva da análise institucional.....	7
2. Cuidados éticos.....	14
3. Estrutura da dissertação.....	14
 CAPÍTULO 1 - A emergência do Consultório na Rua como estratégia de cuidado às populações vulneráveis usuárias de drogas.....	 17
1. As práticas de Redução de Danos: uma contextualização histórica.....	17
2. A emergência da redução de danos no Brasil: práticas de saúde no contexto das abordagens de rua.....	25
3. A clínica itinerante como estratégia de cuidado às populações vulneráveis.....	33
3.1 Acompanhamento Terapêutico.....	35
3.2 A constituição das Equipes de Saúde da Família sem Domicílio.....	37
4. Consultório na Rua: entre as Políticas de Saúde Mental e a Política Nacional de Atenção Básica.....	42
 CAPÍTULO 2 - Discutindo vulnerabilidades: Uma chave para pensar o cuidado junto às pessoas em situação de rua.....	 49
1. Viver nas ruas: a perspectiva da vulnerabilidade.....	50
1.1 População de rua: da pobreza de massa a vulnerabilidade de massa..	51
1.2. A iniquidade social: novos e velhos pobres.....	53
1.3 Processos de precarização das redes de sociabilidade e do trabalho: da vulnerabilidade à desfiliação social.....	59
1.4. Vulnerabilidade na perspectiva da saúde: sua incorporação no cuidado em saúde das pessoas em situação de rua.....	62
1.5. O Caso Bruna: desfiliação social por fragilidade dos vínculos familiares, de trabalho e uso abusivo de drogas.....	68
2. Os modos de vida das pessoas em situação de rua: um olhar para o Brasil e para Campinas.....	76
2.1 Perfil das pessoas que vivem nas ruas: contextualização nacional e em Campinas.....	76

2.2. O caso do novo censo da população em situação de rua de Campinas – SP	81
2.3. A heterogeneidade das pessoas em situação de rua acessada pelo Consultório na Rua de Campinas – SP.....	85
3. Vulnerabilidades e Políticas Públicas para a População em Situação de Rua..	94
3.1. Políticas para a população em situação de ruas e o eixo da vulnerabilidade na organização das políticas de assistência social.....	95
CAPÍTULO 3 - O Consultório na Rua de Campinas e as práticas de cuidado junto à população em situação de vulnerabilidade.....	101
1. A emergência do Consultório na Rua no Contexto de Campinas – SP.....	101
2. A equipe e o cotidiano de trabalho do Consultório na Rua.....	109
3. Territórios da rua.....	114
4. As práticas de cuidado junto às populações vulneráveis: o que nos conta o caso Zulu.....	121
4.1. Distribuição de insumo: criando acesso ao cuidado e produzindo vínculo.....	124
4.2 Singularizando o cuidado: identificando necessidades de saúde em diálogo com as vulnerabilidades e as histórias de vida dos usuários....	127
4.3 Construções de redes de cuidados.....	130
4.4 Sintetizando.....	137
5. Vulnerabilidades e desafios do trabalho itinerante.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155
ANEXO I.....	164
ANEXO II.....	165
ANEXO III.....	166

APRESENTAÇÃO

Meu envolvimento com a temática do Consultório na Rua e com as pessoas em situação de rua começou a partir da minha experiência de trabalhador e gestor na Rede de Saúde Mental de Campinas (SP).

Cheguei a Campinas, em 2004, para fazer o aprimoramento de saúde mental na UNICAMP. Naquele momento, o município contava com uma rede efervescente e formuladora de políticas públicas no âmbito nacional, apostando no modelo de cuidado de reabilitação psicossocial.

Ao chegar a Campinas, a rede de saúde mental, mais precisamente a rede de álcool e drogas, quase inexistente, chamou-me atenção. A própria questão do uso abusivo de substância psicoativa (SPA) caminhava à margem das discussões centrais da rede de reabilitação psicossocial no município. Nesse momento, me despertou a curiosidade em conhecer esse campo de trabalho, o que me fez escolher o aprimoramento no Núcleo de Atenção a Dependência Química (NADEQ)¹. Esse serviço contava com leitos de internação e atendimentos ambulatoriais.

Ao iniciar o aprimoramento no NADEQ, comecei ter a dimensão das questões envolvidas no cuidado em saúde aos usuários de álcool e drogas. Quando a internação é colocada na centralidade do cuidado, práticas de saúde, de toda uma rede, voltam-se para esse objetivo falacioso: internar como solução do problema.

A maioria dos usuários tinha diversas internações em sua trajetória de vida. Vidas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, que eram, naquele momento, os principais recursos ofertados no município. Num campo extremamente complexo, as questões de drogas, no campo da saúde, reduziam-se muitas vezes ao vetor: *meta de abstinência, recaída e internação*. Isso causava certo sentimento de culpa nos usuários a cada recaída. Causava também impotência generalizada por parte da equipe, e ainda demanda crescente dos familiares e da rede de saúde por mais e mais internações.

¹ Equipamento de saúde do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira conveniado com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Além disso, as abordagens terapêuticas, centradas nas interações e no paradigma da abstinência, não consideravam os territórios e os contextos de vida dos usuários. Assim, desconsideravam outros fatores de vulnerabilidade, muitas vezes associados ao uso abusivo de álcool e drogas. A complexidade acerca dos modos de vida dos usuários, dificilmente era problematizada ou compunha a construção dos projetos terapêuticos, sendo que somente uma esfera da vida do usuário era considerada nesta modalidade de cuidado: o uso de SPA.

Incomodado com essas questões, juntamente com outros colegas de trabalho igualmente insatisfeitos, ocupamos alguns espaços da gestão municipal, objetivando fomentar essa discussão. Nessa época, Campinas contava com gestores municipais comprometidos, que também apostavam na ampliação do modelo de cuidado aos usuários de álcool e de outras drogas. Formou-se um grupo de trabalho para a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD²) de Campinas.

O meu encontro com as práticas em redução de danos (RD) deu-se nesse momento. Com a perspectiva de construção de rede com serviços parceiros, nos deparamos com o Programa de Redução de Danos (PRD) do Centro de Referência DST/Aids do município, por volta de 2007. Ao se ter contato com a RD, percebe-se uma alternativa ao vetor *meta de abstinência, recaída e internação*. A lógica do cuidado volta-se ao usuário e suas singularidades, deixando de ser, a droga, o foco do tratamento. Ela passa então a compô-lo, juntamente com outros elementos da vida dos usuários, na constituição do projeto terapêutico.

A questão que a RD traz é a problematização das modalidades do uso de drogas, ampliando o campo das ações em saúde, diferentemente das práticas de simples abstinência, em que todas as estratégias de cuidado são focadas apenas na interrupção do uso de SPA. Nas diretrizes de redução de danos, a abstinência pode entrar como uma possibilidade nos projetos terapêuticos dos usuários, mas não como único recurso.

² O município contava, até o momento, com o Centro de Referência e Informação em Álcool e Drogas (CRIAD), apesar de ser cadastrado como CAPS AD no Ministério da Saúde, funcionava na lógica ambulatorial na assistência aos usuários.

O município de Campinas começou a ampliar sua rede de serviços de álcool e drogas, dentro do contexto da aclamada “epidemia do crack”³. Destacam-se, a partir de 2010, no município de Campinas: a implantação de mais um CAPS AD; a transformação de um CAPS AD já existente em um serviço 24hs com leitos de hospitalidade noturna; a criação do Consultório de Rua e, por fim, a incorporação de agentes de redução de danos nos serviços de álcool e drogas. O efeito das políticas de enfrentamento do crack colocou deslocamentos e problematizações para a RD, como veremos no decorrer desta pesquisa.

Enquanto trabalhador e gestor da rede de saúde mental, participei e acompanhei de perto o processo de implantação desses equipamentos, o que ocorreu entre 2010 e 2012. Meu interesse inicial para essa pesquisa surgiu especificamente nesse momento.

Durante esse período, participei como apoiador institucional dos encontros mensais da Escola de Redução de Danos (ERD). Esse espaço contava com a participação do grupo de gestores dos CAPS AD, os redutores de danos, a supervisora do projeto e, em alguns momentos, os gestores e profissionais do Programa DST/Aids. O objetivo era discutir o campo de trabalho dos redutores de danos e a criação de estratégias de articulação do projeto da ERD com os CAPS AD.

Havia um entendimento, por parte das equipes dos CAPS AD, sobre a importância dos redutores de danos para a ampliação das ações dos serviços. Entretanto, as práticas de cuidado, operacionalizadas pelos redutores de danos, no contexto de rua, muitas vezes, divergiam das práticas dos profissionais do serviço, na medida em que os profissionais dos CAPS AD concentravam suas práticas para dentro do serviço. Isso fazia com que houvesse uma tendência por parte das equipes e gestores de incorporarem os redutores de danos para as atividades e demandas internas dos CAPS AD. Essa reflexão era constante nesses encontros da ERD.

As primeiras ideias dessa pesquisa tinham como objetivo a identificação das práticas de RD na rede de saúde mental, direcionada aos usuários de SPA, da cidade de Campinas. Para isso, elegemos acompanhar os CAPS AD e os espaços de discussão criados em rede, para os casos acessados pelos serviços.

³ A partir do custeio e incentivo financeiro do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD (BRASIL, 2009), elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Contudo, apenas após o início das investigações das práticas de redução de danos, conseguiu-se delinear mais claramente o caminho necessário a ser percorrido para a criação de um método efetivo de pesquisa, baseado no próprio ato de pesquisar. Após alguns meses acompanhando esses espaços, nos deparamos com uma situação que mudou o curso dessa pesquisa.

Estava na reunião de equipe de um CAPS AD da rede, onde a pauta da reunião era sobre um usuário que havia roubado uma televisão do serviço, no período da noite. O clima estava bastante tenso entre os profissionais e gestores (apoiadores do Distrito de Saúde Leste e gestor do CAPS).

A discussão girou em torno de qual seria o posicionamento que a gestão e a equipe iriam tomar, perante o furto que o usuário havia cometido. Surgiram algumas falas bastante incisivas dos profissionais, tais como: “ele é bandido”, “precisamos chutar ele daqui”, “não me sinto mais seguro para trabalhar no período da noite”. Tais frases foram ditas no calor dos acontecimentos. Ao final da discussão, a equipe pediu à gestão do serviço a alta administrativa do usuário, pois alegavam estar lá para tratar apenas dos usuários que tinham o interesse no tratamento, não de um ladrão.

Após esse acontecimento, procurei o usuário e conversei com os profissionais mais próximos a ele. Os redutores de danos eram as pessoas que melhor conheciam o caso naquele momento, e não concordavam com o posicionamento de uma parte da equipe. Entretanto, estavam se sentindo inseguros para fazer a defesa do usuário, pois se voltasse a acontecer alguma coisa, segundo eles, poderiam sofrer alguma represália.

O usuário em questão estava em tratamento no serviço, por volta de dois anos. Ele tinha saído de uma internação psiquiátrica, onde passara um ano internado. Após tal internação, voltou a ficar em situação de rua: naquele momento tinha 25 anos e desde adolescente estava no circuito de rua, sua família era de outra cidade e há muito não tinha qualquer rede de apoio.

Estava em tratamento no CAPS AD por ser usuário de SPA, principalmente pelo uso abusivo de crack. O que me chamou bastante atenção foi o fato de que, em nenhum momento na discussão da reunião de equipe, foram apresentados outros elementos além do furto em questão.

O usuário estava em acompanhamento intensivo por volta de um mês, ou seja, estava frequentando o serviço diariamente. Por não participar das atividades ofertadas no seu projeto terapêutico, ninguém sabia ao certo o que estava ocorrendo em sua vida, permanecendo, assim, andando pelos espaços externos do CAPS AD, praticamente invisível diante das diversas demandas da unidade.

Outro ponto importante foi que, nesse mesmo período, ele emagreceu por volta de quinze quilos. Alguns achavam que era pelo uso abusivo de crack, mas, mesmo apresentando um aspecto físico bastante fragilizado e precário, algumas pessoas da equipe da noite disseram que o viram levar a televisão. Contudo, tiveram medo de abordá-lo na madrugada, afinal ele era de rua e usava crack, podendo ficar bastante violento, segundo fora dito.

Essa situação nos intrigou, afinal não se tratava de uma equipe e gestão descomprometida na assistência ao usuário de drogas. De fato, os profissionais estavam se sentindo muito ameaçados e com medo do usuário, o que era incompatível com a figura do usuário, extremamente fragilizada.

Tais movimentos podem ser considerados analisadores. Isto é, facultam a reconstituição analítica de determinadas situações, a desconstrução de determinadas naturalizações e a convocação da potência de produção de realidades alternativas e/ou alterativas (BARROS, LEITÃO e RODRIGUES, 1992).

Afinal, quais as forças sócio-políticas presentes nessa situação? A equipe escolheu o posicionamento mais veiculado na mídia naquele momento: morador de rua + usuário de crack = periculosidade. Estávamos em 2012, momento de emergência das ações da segurança pública na Cracolândia, em São Paulo, no Rio de Janeiro e no próprio município de Campinas. O que fez o usuário se transformar rapidamente em bandido sob o olhar da equipe? Foi simplesmente o furto “assistido pela equipe”? Frente à tamanha precariedade de vida apresentada pelo usuário, por que não conduzi-lo ao leito noite? Afinal, por que ele só ganhou visibilidade para o serviço após o furto? (Trecho do diário de campo, 23/10/2013)

A partir dessa situação, começamos a questionar quais as práticas de redução de danos gostaríamos de investigar e como fazê-las, uma vez que há diversos modos de operacionalizar o cuidado através da RD e diferentes contextos em que esta se atualiza

no âmbito das atividades dos serviços ou através das abordagens de rua, já que, a complexidade da RD vai ao encontro à diversidade dos modos de vida dos usuários de drogas e aos desafios de cuidado no território. Enfim, decidimos retomar os espaços onde emergiram as práticas de RD, no Brasil, e também em Campinas: as ruas, nos contextos de uso de SPA. Para tanto, decidimos acompanhar os profissionais do Consultório na Rua (CnaR) em suas abordagens.

Após nossas primeiras andanças junto aos profissionais do serviço, nos deparamos com a realidade de que, além de usuários de SPA, teríamos que lidar, também, com uma vasta quantidade de pessoas em situação de rua. O uso de drogas saiu da cena principal desse estudo, para ser parte do cenário de rua, no qual todas estas pessoas se encontram, compondo um cenário repleto de tramas complexas e vulneráveis.

Interessante apontar que, tendo como temática as drogas, nos deparamos com a problemática das pessoas em situação de rua. A resposta efetivou-se dentro de um contexto de política pública atual, em que foi possível dar-se visibilidade a tais pessoas, em virtude da polêmica do crack. Através da nominada “epidemia do crack”, a saúde retomou a discussão e o cuidado das pessoas em situação de rua, que historicamente enfrentam dificuldades de acesso e de cuidado na rede SUS. O CnaR surgiu para dar respostas a tal fenômeno, ajudando, de forma indireta, a desconstruir o imaginário de que ele, em si, seria uma solução para a questão do crack, como veremos neste estudo.

Gradativamente, nossa análise foi migrando das práticas de redução de danos, no âmbito da rede de saúde mental, para as de cuidado às pessoas em situação de rua. A entrada no CnaR, nos abriu a perspectiva da clínica feita nas ruas em contextos de vulnerabilidades, tornando-se ainda um modo de prática e de execução da RD.

Acompanhar a equipe do Consultório na Rua, em suas andanças pelo centro da Cidade de Campinas, nos mostrou uma realidade que dificilmente comparece nos serviços de saúde com suas portas de entradas e protocolos a serem seguidos, o que nos levou a outros questionamentos para a condução desse estudo: Como se efetuam e se realizam as práticas de cuidado à saúde do CnaR? Como essas práticas de saúde incluem modos de vidas vulneráveis? Como as estratégias de RD vão se configurando através desse dispositivo, numa perspectiva mais ampliada do cuidado e não restrita

somente ao uso abusivo de drogas? Em que as práticas do CnaR, bem como as perspectivas das vulnerabilidades, podem contribuir para as políticas de saúde mental e o campo da redução de danos? Essas questões podem aportar algumas pistas que poderão ser anunciadas para a contribuição do plano das políticas de saúde mental.

1. Pesquisar práticas de cuidado em contextos de vulnerabilidade na perspectiva da análise institucional

Esta pesquisa se inscreve no projeto de pesquisa: Dispositivos clínico-políticos e produção de subjetividade do Núcleo Lógicas Institucionais e Coletivas, que tem como objetivo investigar os dispositivos de intervenção desenvolvidos nas práticas em saúde mental. Mais especificamente, temos pesquisado os serviços de saúde mental em seu fazer cotidiano, suas práticas de cuidado e os efeitos - subjetivos, sociais, institucionais - desse fazer.

Alinhados com outros pesquisadores desse campo, “consideramos não ser possível tomar a Reforma Psiquiátrica como uma lei a ser cumprida, tampouco como um estatuto a ser obedecido ou como norma a ser seguida” (FONSECA, 2007, p. 40). Mais que, portanto, um dispositivo de ordem legal, a Reforma Psiquiátrica conforma-se como “obra plural e em processo”; como “plano de tensões, lutas e embate, passível de possuir tantas faces quantas forem as resoluções assumidas por suas forças em correlação problemática” (FONSECA, 2007, p. 31).

Assim, ainda na trilha de Fonseca (2007), a Reforma Psiquiátrica é produzida no processo de sua prática; trata-se de um trabalho político que lhe dá continuidade, “escavar e redobrar o já dobrado, formar profundidades, vida nas dobras, povoar o deserto” (FONSECA, 2007, p. 39).

No caso desta pesquisa, melhor dizer que pesquisamos no processo mesmo de transformação, de desestabilização, de novas composições, portanto, de deslocamentos e rupturas nos modelos de saúde, nas práticas de cuidado. O CnaR é prática recente que, ao se instituir, produz/analisa as dimensões críticas de outras práticas de cuidado, reposiciona os atores e serviços já existentes em outras lógicas, convida a outros arranjos que escapam aos protocolos instituídos.

Interessa-nos, neste momento, explicitar as ferramentas conceituais e metodológicas de que nos valem para conhecer e analisar estas práticas, na perspectiva da Análise Institucional Francesa.

Lourau (1993) define a Análise Institucional como um novo campo de saber, que se utiliza de diferentes métodos e conceitos, já existentes, para a construção de um “novo campo de coerência”. Em sua origem, estão múltiplos referenciais das ciências humanas (sociológicas, piscossociológica, psicanálise, filosofia), na medida em que acompanha a realidade social em questão, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos na sua complexidade, não sendo possível reduzir um fenômeno que é múltiplo a uma única leitura compreensiva (L`ABBATE, 2012, p.198).

Essa perspectiva coloca em análise as noções de sujeito e objeto, de pesquisador e campo de pesquisa. Segundo tal formulação, essas noções se criam ao mesmo tempo, num plano de imanência, em que as práticas produzem os sujeitos, os objetos, os pesquisadores e os campos de pesquisa, não havendo determinações causais de uns sobre os outros. Assim sendo, teorias e práticas são sempre práticas (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008).

A pesquisa em Análise Institucional utiliza-se de alguns pressupostos teórico-metodológicos, entendidos como conceito-ferramenta, como os de instituição, analisador e análise de implicação, que foram utilizados neste estudo.

Para a socioanálise francesa, corrente da Análise Institucional, que adotamos aqui, o conceito de instituição difere do de organização ou estabelecimentos. Lourau (2004) considera que as instituições são construções humanas, na história e no tempo, que compõem a trama social em que vivem os sujeitos, unindo-os, atravessando-os e transformando-os, através de suas práxis. Salienta-se, assim, o sentido ativo (e não essencialista) do termo; trata-se de forças transformadas em formas (RODRIGUES, 1999, p. 178).

Lourau (2004) considerava toda instituição “desde o salário até o casamento”, como sendo resultado da articulação entre três momentos:

[...] o momento da universalidade ou o instituído, pela qual a instituição é reconhecida e nomeada; o momento da particularidade ou o instituinte, que não cessa de negar o momento anterior; o momento da singularidade, resultado da relação dialética entre os dois momentos anteriores, que é a institucionalização, mediante a qual a instituição é tensionada e se atualiza nas ações dos sujeitos que a constituem (L'ABBATE, 2012, p. 1999).

Outro modo de definir as instituições configura-se como um “conjunto de práticas sociais que se reproduzem e se legitimam, num exercício incessante de poder; um poder na apropriação de um certo tipo de relação como própria, como característica de uma determinada instituição.” (GUIRADO, 2010, p. 110).

No plano das intervenções, a perspectiva da Análise Institucional está associada à construção e/ou utilização de “analisadores”, outro importante conceito-ferramenta, formulado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional, que veio posteriormente a ser incorporado pela socioanálise francesa (LOURAU, 1975 e LAPASSADE, 1973). Os analisadores seriam acontecimentos, no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe (PASSOS e BARROS, 2000, p.73).

Os analisadores também podem ser entendidos como fatos e situações, que surgem no processo de intervenção, permitindo identificar tensionamentos e crises do grupo ou organização na qual os participantes se inserem, podendo ter efeitos de desnaturalização das práticas de saber/poder, enquanto produtoras de verdade estabelecidas nas relações sociais e/ou instituições, consideradas absolutas, universais e eternas. (L'ABBATE, 2012, p. 200; COIMBRA e NASCIMENTO, 2008).

Eles são acontecimentos que produzem análise, decompondo o que está instituído e provocando rupturas nos modos naturalizados da vida institucional. Nesse sentido, convocam abertura e potência de pensamento e intervenções alternativas na realidade, ao invés de reproduzirem saberes e práticas instituídas (BARROS; LEITÃO & RODRIGUES, 2002). Lourau (2004) propõe, assim, que a prática de análise consista na busca de analisadores, que permitirão análise, não através da interpretação ou decomposição de um corpo, mas, trazendo à luz elementos que compõem a instituição no seu conjunto. Essa busca é possível porque se considera a mutualidade da relação entre

pesquisador e campo, como veremos com Spink (2003), de modo que entre ambos não há separação, e sim implicação.

Colocar em prática a utilização de tal ferramenta, na perspectiva da Análise Institucional, aponta para um processo de desnaturalização das instituições, incluindo a própria instituição da análise e da pesquisa. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, ou seja, busca problematizar as práticas, ao colocar em xeque os lugares instituídos de saber e poder que ocupamos, em muitos momentos, de forma natural, e ainda estamos afirmando nossa implicação política, dentre tantas outras implicações que nos atravessam. (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008).

Nesse caminho, diferentemente das ciências que buscam a objetividade e uma suposta neutralidade no ato de pesquisar, tendo como perspectiva de pesquisa a noção da não implicação ou da desimplicação do cientista, na Análise Institucional, trata-se de analisar a implicação do pesquisador. Para Lourau (1993, p.16), as implicações, sejam elas libidinais, ideológicas e políticas, fazem parte do processo de análise da pesquisa e, sendo assim, a procura pela neutralidade e objetividade científica não existe.

Paulon (2005) e Coimbra e Nascimento (2008) afirmam que o conceito de implicação se oporá ao lugar do intelectual neutro-positivista, discorrendo assim, sobre o intelectual implicado, aquele pesquisador-praticante que analisa suas implicações. Analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais, no âmbito da intervenção e os diferentes locais que se ocupa no cotidiano.

Por exemplo, por ser trabalhador dessa rede, houve uma facilitação nas negociações com as coordenações dos serviços e os profissionais de saúde quanto ao meu acesso para desenvolver esta pesquisa. Entretanto, tal fato trouxe outras dificuldades, tendo em vista que em alguns serviços em que estive, exerço uma função de apoiador institucional junto às equipes e gestão. Percebi, num primeiro momento, uma dificuldade minha e dos colegas em separar o lugar de trabalhador da rede e o lugar de pesquisador. Estar presente nas equipes fora da carga horária de trabalho ajudou nesse processo. Quando considerei necessário, houve algumas conversas com os participantes, esclarecendo a posição que cada um ocupava. Estar presente nas equipes, fora da carga horária de trabalho, ajudou nesse processo.

A intencionalidade política, na Análise Institucional do ato de pesquisar, passa a ser ressaltada diferentemente das ciências que buscam a neutralidade, colocando-a dentro da perspectiva da desconstrução de determinadas realidades naturalizadas. Temos a intenção, nesta pesquisa, de acompanhar os modos de produção de cuidado junto à população em situação de rua, através de práticas de saúde que possam incluir as singularidades e as trajetórias de vida dessas pessoas. Participamos, assim, da arena de debates entre modelos distintos de modelos de saúde.

Nessa perspectiva, o campo da pesquisa é o próprio campo do tema, ou seja, o campo-tema: são redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não necessariamente são conhecidos uns dos outros, não se trata de uma arena gentil, mas sim um tumulto conflituoso de argumentos, parciais, de artefatos e materialidade (SPINK, 2003, p. 36).

O campo-tema “drogas”, na atualidade, vem aparecendo em diversos espaços do cotidiano, sejam nos serviços de saúde ou em rodas de amigos, nas ruas, espaços políticos, documentos e mídia, enfim, em diversos lugares e de diversas maneiras. Nesse cenário, entendemos que todos esses processos, em algum momento, podem estar mais próximos ou mais distantes do nosso campo, vindo a compor o processo de investigação desta pesquisa. Ser pesquisador é estar em campo o tempo todo e atento a tudo que pode nos trazer pistas sobre nosso problema de pesquisa (SPINK, 2010, p. 55).

O que compõe o cotidiano do pesquisador, em processos de investigação e intervenção, são os planos de segmentos e estratos, que destacam a circulação da vida e operam cortes que constituem a forma como a realidade se apresenta. O instituído manifesta-se nos protocolos estabelecidos, na demanda por regulamentações, na reprodução do mesmo e na resistência às novas práticas de cuidado em saúde, ou seja, nas linhas duras das relações. Contudo, as instituições são também constituídas pelo plano dos fluxos, por linhas de fuga heterogênea que afetam, desestabilizam, agenciam com vários elementos e transgridem, desviando o que está estabelecido. Esses planos contraditórios não são dialéticos, não se colocam em movimentos de afirmação e negação, eles coexistem e podem aflorar em contingências distintas, nas conversas do cotidiano, nos encontros com as equipes e usuários, nas rodas de conversa e nas orientações (PAULON e ROMAGNOLI, 2010, p. 94).

Para acompanhar as práticas de cuidado junto às pessoas em situação de rua, utilizamos a observação participante, que consiste na inserção do pesquisador junto às atividades do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para experimentar o que significa estar naquela situação (QUEIROZ, 2007, p. 278).

Nesta pesquisa, acompanhamos a equipe do CnaR na abordagem às pessoas em situação de rua, para a identificação das necessidades de saúde e social. Foram treze encontros com usuários e contextos diversos, acompanhando a equipe, no período de julho de 2013 a janeiro de 2014 (cf. ANEXO 1). Nesse período, participei de diferentes momentos das atividades de rua junto à equipe do CnaR, onde pude identificar algumas práticas de cuidado em saúde para pessoas em situação de rua, bem como momentos de organização do processo de trabalho, como as reuniões de equipe.

Além desses encontros, tive conversas com a coordenação, equipe e usuários, em distintos momentos, para acompanhar os desdobramentos de algumas situações que compartilhei com a equipe nos locais de rua, como por exemplo, a continuidade da assistência de alguns casos acessados, bem como a inserção desses usuários na rede de saúde. Conversas com pessoas “chave” da rede de saúde e da assistência social, bem como espaços de discussão em rede que também foram necessários, para melhor compreensão das práticas de RD, em Campinas, e das políticas públicas para população em situação de rua (cf. ANEXO 2).

Em consonância com o acompanhamento das práticas e da implicação do pesquisador na pesquisa, utilizamos, neste trabalho, as conversas efetivadas no cotidiano, das práticas como procedimento metodológico, pois nos interessam as situações espontâneas que nele são apresentadas. Por se tratarem de situações do dia a dia, em que o inesperado é o padrão possível, a utilização de conversas, como fonte de pesquisa, enriquece nossas opções metodológicas e nos coloca em contato com práticas produzidas de maneira menos esperadas (MENEGON, 2004, p. 224).

Ainda segundo Menegon (2004), as conversas são expressões vivas dos contextos interacionais e são marcadas pelas seguintes características: flexibilidade temporal (podendo ser fugaz e apresentar maior duração em função do encadeamento de enunciado); flexibilização espacial (ocorre em diferentes lugares); variabilidade na

composição dos participantes (número, idade, sexo e condição social), e por fim, descompromisso de seus participantes (dependendo da informalidade da conversa, o participante desvincula-se de linguagens ligadas a extratos sociais específicos) (MENEGON, 2004, p. 223).

Utilizamos o diário de campo como instrumento de registro das conversas com os profissionais de saúde e usuários, acessados por esses profissionais, bem como das observações realizadas. Os registros foram feitos logo após as visitas aos serviços e andanças como a equipe do Consultório na Rua. Segundo Lourau (1993, p. 77), o diário de campo nos permite o conhecimento da vivência cotidiana do campo de pesquisa, não focando no “como fazer” normas, mas no como a prática é feita. Tal conhecimento possibilita compreender melhor as condições de produção da vida intelectual, e evita a construção de fantasias em torno da cientificidade da pesquisa. O diário de pesquisa reconstitui a história subjetiva do pesquisador, mostra, entre outras coisas, a contradição entre a temporalidade da produção pessoal, institucional ou burocrática (LOURAU, 1993, p. 78).

O diário foi trabalhado de dois modos: pela apresentação de dois casos que foram acompanhados, ao longo do tempo da pesquisa, e que permitem uma visão longitudinal das práticas de cuidado do CnaR, assim como dos modos como as situações de vulnerabilidades, vivenciadas no contexto de rua, são trabalhadas; pela seleção de cenas, fragmentos e conversas, categorizadas inicialmente, nos seguintes temas, que dialogavam com os objetivos da pesquisa: práticas de cuidado; heterogeneidade e os modos de vida das pessoas em situação de rua; processo de trabalho dos profissionais do CnaR e seus impasses.

Importante destacar, que após minha inserção no campo, acompanhando a equipe do CnaR, nas abordagens de rua, a discussão sobre vulnerabilidade ganhou uma dimensão central para pensar o cuidado junto à população em situação de rua. Os modos de vida, presentes nas ruas, geralmente, estão em contextos com diversos fatores de vulnerabilidades presentes, tornando-se esse um eixo importante de análise desse estudo. A perspectiva de Castel (2013, 2005, 1997), em sua abordagem sobre vulnerabilidade, foi privilegiada por apresentar alguns aspectos sociais disruptivos entre as populações vulneráveis, denominados pelo autor de desfiliação social, assim como os

aportes da Saúde Coletiva, com Ayres (2009, 2006), por apresentar a noção de vulnerabilidade e seus eixos de análises, no plano individual, coletivo e programático. Compõe ainda o campo de análise da pesquisa, o levantamento das linhas de emergência do CnaR e da clínica da itinerância que se efetuou na forma de revisão bibliográfica.

2. Cuidados éticos

Cabe ainda esclarecer que o projeto desta pesquisa foi encaminhado para o comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, através da Plataforma Brasil, com os pareceres favoráveis à pesquisa e com avaliação e aprovação da Secretaria Municipal de Campinas, segundo dispõem as diretrizes do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – resolução nº 196, de 10/10/1996 – “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos”. O trabalho de campo iniciou-se apenas após aprovação da pesquisa nos Comitês de Ética.

A pesquisa foi apresentada aos participantes, nos serviços da rede de saúde, e nas conversas com os profissionais de saúde que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (cf. ANEXO 3). Nas atividades de rua, em que acompanhei a equipe do Consultório na Rua, nem sempre foi possível apresentar a pesquisa, devido ao próprio contexto de rua. Aos usuários que pude acompanhar de maneira mais próxima, foi possível minha identificação, como pesquisador e apresentar a pesquisa a partir do TCLE para consentimento.

3. Estrutura da dissertação

Apresentaremos, no Capítulo 1, o Consultório na rua e as suas linhas de constituição: as práticas de redução de danos e a clínica itinerante. Faremos uma contextualização internacional e nacional sobre as estratégias de redução de danos, bem como alguns dos seus tensionamentos em relação às políticas proibicionistas de drogas e ao modelo da abstinência. Destacamos também, o surgimento dos redutores de danos, profissionais de saúde (muitas vezes usuários e/ou ex-usuários de drogas) que

começaram a operacionalizar suas práticas nas ruas, ou seja, nos territórios vulneráveis de uso de drogas.

Partindo da experiência dos redutores de danos, apresentaremos outras práticas de cuidado que toma a clínica da itinerância como modo de trabalho, possibilitando acesso às pessoas em situação de marginalidade, como a população em situação de rua, com dificuldades de inserção nos serviços de saúde. E, por fim, apresentaremos no plano das políticas públicas, a emergência do Consultório na Rua no contexto das políticas de atenção básica e da saúde mental.

No Capítulo 2, apresentaremos a discussão em torno dos eixos da vulnerabilidade social e de saúde. Escolhemos a perspectiva em que Castel (2013, 2007) conceitua as vulnerabilidades sociais, os processos de desfiliação social e de precarização dos modos de vida, propondo os eixos do trabalho e da rede social, configurados como importantes para a análise das vulnerabilidades. Destacamos também as contribuições de Ayres (2009, 2006) no campo da Saúde Coletiva, ao deslocar a noção de risco individual para a discussão da vulnerabilidade, ampliando essa noção da dimensão individual para a social e política, sendo este o caminho adotado neste estudo. A primeira parte deste capítulo se encerra com a apresentação do caso Bruna, atendida pelo CnaR de Campinas, e os fatores de vulnerabilidade vivenciados em seu cotidiano, que a colocam no processo de desfiliação social.

Na segunda parte do capítulo, trazemos dados sobre a população em situação de rua, na realidade Brasileira, e no município de Campinas, a partir de três situações: (1) o Censo Nacional (2008) e de Campinas (2008) da população em situação de rua, que serviu como instrumento para a construção da política Nacional da População em Situação de Rua; (2) a discussão do caso do Novo Censo (2014) de Campinas; e, por fim, (3) apresentação de casos distintos que foram acompanhados nas abordagens com os profissionais do CnaR e que nos permitem identificar a heterogeneidade das situações, além da relevância da perspectiva da vulnerabilidade para pensar-agir nestas situações.

No Capítulo 3, apresentamos as práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do CnaR, a partir de cenas e fragmentos de situações, registradas no diário de campo, e que pudemos acompanhar durante a pesquisa. Inicialmente, apresentamos alguns

elementos sobre a constituição do CnaR, em Campinas, e um pouco do cotidiano de trabalho e dos territórios em que o CnaR atua. Os encontros de Zulu, morador de rua, com a equipe do CnaR nos permitirá apresentar as práticas de cuidado da equipe, o modo como incluem os modos peculiares de vida da população na rua, e como agenciam vulnerabilidades e saúde. Discutimos essas práticas à luz da noção de vulnerabilidade, retomando os aportes de Castel (2013, 2007) e Ayres (2009, 2006) e, particularmente, tomaremos a proposta de Lisboa (2013) relativa à clínica das vulnerabilidades. Por fim, apresentaremos alguns elementos sobre o processo de trabalho dos profissionais do CnaR, num diálogo com o conceito de *extituição*, discutido por Tirado e Domènech (2001) e Lisboa (2013), e a dimensão política das práticas itinerantes, e da busca ativa, proposta por Lemke e Silva (2010).

Por fim, delineamos as considerações finais, propondo o CnaR como um elemento analisador no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, na medida em este dispositivo, quando colocado em rede, cria diversos tensionamentos. Nesse sentido, o CnaR aponta para os desafios da Reforma Psiquiátrica, no sentido das armadilhas da institucionalização e as fragilidades dos serviços, quanto à responsabilização do cuidado no território. Entretanto, além dos tensionamentos, sua entrada na rede vem possibilitando a quebra de preconceitos e estigmas nos profissionais e serviços de saúde, podendo contribuir para que esses serviços e profissionais problematizem suas práticas, podendo revê-las.

CAPÍTULO 1 - A emergência do Consultório na Rua como estratégia de cuidado às populações vulneráveis usuárias de drogas

Historicamente, as práticas de cuidado na rua estiveram relacionadas com ações dirigidas às pessoas consideradas vulneráveis e, muitas vezes, marginalizadas. Contudo, cada época e contexto histórico orientaram essas abordagens de acordo com os princípios de saúde então vigentes. Neste capítulo, apresentaremos algumas linhas que possibilitaram a emergência do Consultório na Rua (BRASIL, 2011) em nosso país, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, ofertando cuidado de saúde às pessoas em situação de rua.

Iniciaremos nossa explanação com a contextualização das práticas de redução de danos, no contexto internacional e nacional, sua institucionalização na política de saúde brasileira, quando sinalizaremos alguns tensionamentos desse processo. Apresentaremos também as práticas de redução de danos operacionalizadas na rua pelos redutores de danos, assim como alguns elementos do cuidado e da clínica itinerante, através das práticas do Acompanhamento Terapêutico, Agentes Comunitários de Saúde e as Equipes de Saúde da Família Sem Domicílio. Finalmente, apresentaremos os marcos legais do Consultório na Rua, além de sua inserção nas políticas de saúde mental e da atenção básica

1. As práticas de Redução de Danos: uma contextualização histórica

Antes de iniciarmos a contextualização histórica do campo da RD, cabe esclarecer que estamos de acordo com Lancetti (2008) quando afirma que a redução de danos se apresenta, atualmente, em duas dimensões: como uma política e uma prática de saúde.

Enquanto política pública de saúde é um modelo norteador do cuidado, na perspectiva de construção de estratégias de saúde, condizente com os contextos sociais e as singularidades das pessoas em uso abusivo de SPA. Como medida de cuidado, a RD

abrange um conjunto de práticas de saúde, que partem da ideia de diminuição dos efeitos adversos do uso de drogas, para a construção das suas ações efetivas de saúde.

Os pressupostos que norteiam a RD não estão apenas presentes em políticas recentes. Alguns autores que estudam a RD consideram que Hipócrates e seus discípulos delinearam o que viria a ser o seu princípio há mais de dois milênios, ao estabelecerem a regra primordial do ofício médico, baseado no *primum non nocere* (primeiramente não cause danos). Qualquer cuidado ou terapia deveria evitar que o tratamento pudesse ser mais danoso do que o próprio mal a que o paciente estivesse submetido (FIORI, 2005, p. 273), ou seja, havia o princípio da minimização de danos como base orientadora das práticas de cuidado.

Concordando com essa perspectiva, Allan Marlatt, um dos principais teóricos da RD e com importante influência para o debate nacional sobre o tema, também afirmou que a RD, de uma maneira ou de outra, vem sendo praticada desde os primeiros contatos do homem com as drogas.

Contudo, foi através do Relatório Rolleston (1926), na Inglaterra, que o termo “redução de danos” despontou pela primeira vez, nomeando assim um conjunto de práticas de saúde orientadas para a diminuição de riscos, bem como na facilitação do acesso à saúde aos usuários de drogas mais vulneráveis (COLLINS et al., 2012, p. 10).

O Relatório Rolleston estabelecia princípios para os médicos prescreverem e distribuírem legalmente opiáceos e cocaína para os usuários de drogas cadastrados nos serviços de saúde, entendendo esse ato como tratamento, e não como “gratificação da adição” ou incentivo ao uso (ROSA, 2012, p.156; FONSECA, 2005, p. 29). Podemos observar que a indicação de morfina e/ou heroína servia para evitar danos maiores que o próprio abuso dessas substâncias já estava trazendo para o usuário, como nele fora demonstrado:

Para se considerar ou aconselhar em que circunstâncias, se houver o fornecimento de morfina e heroína (incluindo preparações contendo morfina e heroína), para pessoas que sofrem do vício em tais drogas, devem ser reguladas como medicamento aconselháveis, assim como os cuidados que são desejáveis para os que exerçam a medicina administrando ou prescrevendo morfina devem ser adotados para se evitar o abuso e sugerir qualquer medida administrativa que se demonstre eficiente para assegurar a observância destas precauções (RELATÓRIO ROLLESTON, versão do autor) ⁴.

O documento reconhecia o direito de os médicos prescreverem opiáceos aos usuários de drogas nas seguintes condições: manejo da síndrome de abstinência, quando se demonstrasse que o uso de drogas não poderia ser interrompido com segurança, e quando se evidenciasse que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima fosse administrada, dose mínima que seria retirada assim que o uso de drogas diminuísse (ROSA, 2012, p.157).

Entretanto, queremos chamar atenção não para tal documento em si, mas para o fato de que ele foi uma tentativa de assegurar, junto ao Estado, a continuidade de práticas de saúde que já vinham ocorrendo desde o final do século XIX na Inglaterra, e estavam sendo ameaçadas por leis que surgiriam a partir de 1920, proibindo o comércio e o uso de algumas substâncias, dentre elas, o ópio e os derivados de cocaína⁵.

A prescrição de opiáceos já era uma prática dos profissionais de saúde direcionada aos usuários de drogas injetáveis, dependentes de heroína, assim como a oferta de materiais limpos e descartáveis (COLLINS et al., 2012, p. 11). Essas práticas eram reconhecidas, entre os profissionais de saúde, por aumentar a assiduidade de um determinado grupo de usuários de drogas, notadamente aqueles vinculados ao uso de drogas injetáveis, visivelmente adoecidos pelas ruas e praças da cidade. (CONTE, 2004).

⁴ "To consider and advise as to the circumstances, if any, in which the supply of morphine and heroin (including preparations containing morphine and heroin) to persons suffering from addiction to those drugs may be regarded as medically advisable, and as to the precautions which it is desirable that medical practioners administering or prescribing morphine or heroin should adopt for the avoidance of abuse, and to suggest any administrative measures that seem expedient for securing observance of such precautions". Relatório Rolleston. Disponível em: <<http://www.drugtext.org/Rolleston-Report/intro-and-minute.html>>, Acesso em: 9 out. 2013.

⁵ Law the Dangerous Drug Act (Ministry of Health Papers, 1919), (Collins et al 2012, p. 11).

O Relatório Rolleston caracterizou-se, principalmente, como um documento elaborado por profissionais de saúde e funcionários do governo, na tentativa de legitimar a continuidade das práticas de saúde com as populações marginalizadas, usuárias de drogas injetáveis.

O surgimento de leis que proibiam a produção, o comércio e o uso de determinadas drogas, começou também a criminalizar o modo de operacionalização do cuidado dos usuários de drogas, que não tivessem como meta clara a abstinência. A justificativa era a de que, ao ofertarem-se materiais limpos ao dependente químico e manejar a síndrome de abstinência com doses mínimas, incentivar-se-ia ainda mais o uso de substâncias (COLLINS et al., 2012, p. 11).

De fato, não tardou para esse modelo de cuidado ser proibido. O legado do Relatório Rolleston, a despeito das positivas diretrizes para as políticas de saúde, constantes em seu conteúdo, tornou-se “não permitido”, frente às políticas proibicionistas de drogas e seus efeitos nas políticas de saúde.

O proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, contudo, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de SPA quando estabeleceu os limites arbitrários para uso de drogas legais/positivas e ilegais/negativas (FIORI, 2012).

Não é foco deste estudo o aprofundamento das políticas proibicionistas. Sobre este tema, há diversos autores que desenvolveram importantes pesquisas, dentre eles, Escohotado (2002). Entretanto, é relevante destacar dois momentos históricos que marcaram importantes inflexões ou mudanças em direção a uma perspectiva proibicionista.

A primeira foi a Conferência de Xangai, de 1909, e em seguida, a Convenção do Ópio em Haia de, 1912, nas quais se estabeleceram as diretrizes das futuras leis de drogas do século XX, abarcando forte posicionamento restritivo, impondo ainda limitações do comércio do ópio, morfina, heroína e cocaína (FIORI, 2012, p. 9).

A lei de drogas, inglesa, supracitada, que resultou na proibição das práticas de RD, foi um dos efeitos produzidos pelas resoluções da Conferência de Xangai e a Convenção do Ópio.

O segundo marco foi a Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes, ocorrida em 1961, patrocinada e sediada pelos EUA, sob a coordenação da Organização das Nações Unidas (ONU). Através dela, implantou-se globalmente o paradigma proibicionista em seu formato atual. Uma de suas diretrizes foi a definição de listas de SPA divididas em níveis de periculosidade (FIORI, 2012, p. 9).

Segundo Fiori (2012, p. 10), o proibicionismo tem como base duas premissas: a primeira afirma que o consumo de drogas é uma prática prescindível e danosa, o que justificaria sua proibição pelo Estado; a segunda premissa coloca como atuação ideal do Estado no combate às drogas a criminalização de sua circulação e seu consumo.

No campo da saúde, o modelo moral e criminal, implantado por essas políticas, foi orientador, no que diz respeito às abordagens terapêuticas do manejo ao uso abusivo de drogas (TATARSKY e KELLOGG, 2012, p. 38).

Escohotado (2002, p. 24) nomeou o modelo adotado atualmente no mundo de *jurídico moral*, ou seja, o autor aponta que, no século XX, em detrimento das normas jurídicas e penais, foi ocorrendo um progressivo divórcio entre as práticas de saúde e a complexidade que envolve o campo das drogas. Fixava-se o modelo da abstinência como única resposta possível ao tratamento das adicções: o modelo da abstinência estaria para o campo da saúde, assim como o modelo da erradicação das drogas para o campo penal.

Nesse sentido, podemos entender que as abordagens com o foco na abstinência foram perdendo seu caráter de modalidade de cuidado, tornando-se hegemônicas no tratamento das adicções. Abordagens alternativas, como a RD, focada em populações e/ou contextos vulneráveis, deixaram de ser entendidas como tratamento e passaram a ser práticas ilícitas.

O Modelo Holandês é considerado um marco importante para o movimento contemporâneo da RD, pois ele questionou a forma, através da qual, as bases moral e criminal vinham direcionando as práticas de saúde no campo das drogas. A emergência

de práticas alternativas, em Amsterdam, foi uma resposta ao fracasso dos modelos que o país vinha adotando até então, frente aos problemas causados pelo abuso de drogas. (TATARSKY e KELLOGG, 2012, p. 38).

Interessante notar que, na direção oposta a outros países que vinham endurecendo suas políticas de drogas, a Holanda foi efetivando políticas mais flexíveis, como a descriminalização do uso das chamadas "drogas leves" (maconha e haxixe) diferenciando-as das drogas de "riscos inaceitáveis" (cocaína e heroína).

Uma política de drogas mais flexível criou um cenário favorável às mudanças que fossem ao encontro das necessidades dos usuários de drogas. A Holanda foi considerada um país pioneiro ao adotar a perspectiva da RD nas políticas nacionais⁶ (COLLINS et al., 2012, p. 12; REALE, 1997, p. 73).

Importante ressaltar que o Modelo Holandês foi resultado da participação direta de ativistas usuários de drogas, os denominados *Rotterdamse Junkiebond*, , *Junkies* ou ainda "Liga dos Usuários de Drogas", fundada em Roterdã, em 1981. Esse grupo lutou por direitos básicos e cuidados à saúde de maneira organizada e sistemática, buscando fomentar abordagens mais humanizadas e pragmáticas aos usuários de drogas, tendo como objetivo a elevação da qualidade de vida. (ROSA, 2012, p. 161; REALE, 1997, p. 74).

Um dos importantes trabalhos desenvolvidos pelos *Junkies* foi o de ofertar seringas descartáveis e limpas aos usuários de drogas injetáveis (UDI), a partir de 1981. As trocas de seringas tinham como objetivo o controle da disseminação das hepatites.

Entretanto, as práticas de RD somente ganharam força, enquanto política de saúde na Holanda, e em outros países do mundo, a partir do contexto da epidemia da Aids, devido a alta prevalência da doença entre os UDI. Somente em 1984, as ações norteadoras da RD foram sistematizadas em forma de programas, o que deu origem, na

⁶ Entretanto, o fato de ela ter regulamentado o uso das "drogas leves", não fez com que a produção de qualquer droga também fosse regulamentada, gerando uma contradição importante na execução da lei, uma vez que a obtenção das concebidas "drogas leves" continua ilegal.

cidade de Amsterdã, ao primeiro Programa de Trocas de Seringas (PTS), (ROSA, 2012, p. 159; REALE, 1997, p. 74).

A articulação entre os usuários de drogas fez com que o Serviço Municipal de Saúde distribuísse uma grande quantidade semanal de seringas e agulhas aos *Junkies*, para que eles pudessem distribuir e coletar seringas usadas, no intuito de reduzir a incidência de algumas doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas (FONSECA, 2005, p. 31).

Collins et al. (2012, p.13), partindo de diversos estudos, afirmam que há fortes evidências que mostram a eficácia dos esforços da RD na diminuição da transmissão do HIV, na Holanda, e em outros países. Com o destaque que o PTS ganhou, o número de seringas trocado subiu de 100.000, em 1985, para mais de um milhão por ano, até o início de 1990. A partir de 2009, os PTSs haviam sido implantados em oitenta e dois países, em todo o mundo.

Avaliando os efeitos das práticas de RD na Holanda, Reale (1997, p. 75) e Fonseca (2005, p. 35) afirmam que a política holandesa propiciou um efetivo manejo aos usuários de drogas que procuravam por tratamento. Tal posição é justificada frente o baixo número de usuários dependentes, comparado com outros países, bem como o baixo número de novos dependentes e a baixa mortalidade entre os usuários de drogas, desde que foi implantado o programa de manutenção de metadona, que proporciona proteção parcial contra a overdose.

Em outros países, em que foram implantadas as práticas de RD, os resultados também foram bastante promissores. Por exemplo, Stimson (1998, p. 44-45), através de um estudo realizado no Reino Unido, entre o período de 1987 e 1993, foi possível afirmar que os UDIs alteraram mais seus comportamentos em decorrência da Aids do que outros segmentos da população, de um modo geral, ou seja, a criação de políticas de saúde, condizentes com o contexto social e às necessidades dos usuários, nos mostram, como no caso da RD, resultados promissores.

Em estudo recente, Mathers et al citado por Collins et al (2012, p. 15) estima que 2% dos UDIs, no Reino Unido, são portadores de HIV/Aids, incidência menor que em outros países em que a prática do uso de drogas por vias intravenosas é recorrente. Segundo o autor, o trabalho dos municípios envolvidos e a rápida implantação de

práticas em RD foram importantes fatores para o estabelecimento dessa taxa, relativamente baixa, de infecção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷ aponta que, atualmente, ao redor do mundo, dezesseis milhões de pessoas que utilizam drogas por vias injetáveis estão contaminadas com o HIV/Aids. Em média, uma em cada dez novas infecções é causada pelo uso de drogas injetáveis. Em alguns países da Europa Oriental e Ásia Central, mais de 80% das contaminações pelo HIV estão relacionadas ao consumo de drogas.

Nesse cenário, a OMS apoia energicamente a RD como uma estratégia baseada em evidências⁸ para prevenção, tratamento e atenção às pessoas que usam drogas injetáveis e estabelece um conjunto integral de ações de saúde, tais como:

- Programas de distribuição de seringas e agulhas;
- Tratamento da dependência a heroína mediante a terapia de substituição por opiáceos;
- Assessoramentos e testes de HIV, tratamento e atenção do HIV;
- Informação educacional e assessoramento da redução dos riscos;
- Distribuição de preservativos e tratamentos das doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- Tratamento da tuberculose e das hepatites virais⁹.

Como podemos observar, as práticas de RD, no cenário internacional, foram ganhando espaço e tornaram-se políticas de saúde dirigidas, principalmente, aos usuários de drogas com comportamentos considerados de risco, em contextos vulneráveis. Veremos como as práticas de RD surgiram no Brasil.

⁷ World Health Organization (WHO): Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/en/>>, acessado em 13 de outubro de 2013.

⁸ Segundo a *International Harm Reduction Association* as intervenções de redução de danos são pragmáticas, possíveis, efetivas, seguras e de baixo custo. Baseia suas políticas e práticas nas mais fortes evidências científicas existentes e não em crenças e/ou preceitos morais. Disponível em: <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>, acessado em 5/11/2013.

⁹ Versão do autor. “needle and syringe programmes, drug dependence treatment - in particular opioid substitution therapy, HIV testing and counselling, HIV treatment and care, Information, education and risk reduction counseling, Condom distribution and STI management, Management of TB and viral hepatitis”. Disponível em: <<http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

2. A emergência da redução de danos no Brasil: práticas de saúde no contexto das abordagens de rua

Para diferentes autores que estudam a RD no país (SOUZA, 2013; POLLO-ARAÚJO e MOREIRA, 2008; LANCETTI, 2006; REALE, 1997; MESQUITA, 1994), a experiência da cidade de Santos é considerada um grande marco, tanto por seu caráter transgressor, quanto pelos seus desdobramentos para um amplo debate nacional. A cidade de Santos, em 1989, era um dos municípios com maior incidência de HIV/Aids do país, sendo os UDI uma das populações mais vulneráveis, chegando o nível de soroprevalência aos 62% (MESQUITA, 1994, p. 177).

Nesse período, o país estava vivendo o processo de reabertura política, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. No campo da saúde, havia a luta pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica. O município de Santos experimentava um momento efervescente de invenção de novas práticas e de políticas públicas¹⁰.

Dentro desse contexto, em 1989, houve a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, considerada um marco para o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no país. O momento era favorável às novas lógicas de cuidado em saúde. Havia a sensibilidade de profissionais de saúde e gestores otimistas, em relação aos resultados alcançados, através das estratégias de RD em outros países no enfrentamento da Aids.

Nesse cenário, o Governo Municipal de Santos lançou como estratégia para o controle da epidemia de AIDS a distribuição de seringas e agulhas entre os UDI. Entretanto, tal medida gerou intensa polêmica nacional nos meios de comunicação e fóruns de debate específico, levando, inclusive, à ameaça de prisão, àqueles que tentaram implantar essas estratégias.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos começou a sofrer ataques da mídia, da Igreja e da Justiça (MESQUITA, 1991, p. 51; BUENO, 1998, p. 163). Ainda que a

¹⁰ Políticas nacionais importantes, hoje, tiveram o município de Santos como cenário das primeiras experiências, tais como: A RD; o fechamento de manicômios e implantações dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); a montagem de uma rede substitutiva aos manicômios e as lógicas asilares; distribuição gratuita de remédios para AIDS. Em 1989, o Secretario de Saúde era David Capistrano da Costa Filho, um dos mais importantes sanitaristas contemporâneos e o Coordenador do Programa DST/AIDS Fábio Mesquita, um grande protagonista da RD no Brasil (LANCETTI, 2006).

iniciativa tivesse respaldo em experiências internacionais, o Ministério Público de Santos enquadrava tais ações como crime, previsto na lei antidrogas vigente naquele momento, a Lei 6.368 de 1976 (MESQUITA, 1994, p. 168).

Um dos efeitos dessa primeira tentativa frustrada de implantar a RD, segundo Bueno (1998, p. 164), foi a criação, em 1991, da ONG “Instituto de Estudo e Pesquisa de AIDS em Santos” (IEPAS).

O IEPAS permitiu uma maior independência de atuação em relação aos órgãos públicos. Através de pesquisas e estudos, puderam conhecer melhor os UDI de Santos e passaram a desenvolver ações na perspectiva da RD. A partir do IEPAS, ocorreu a formação do primeiro grupo de usuários de drogas, os *outreach workers*, grupos de usuários e ex-usuários de drogas injetáveis que desempenhavam o papel de agentes de saúde de campo, contribuindo para a modificação de comportamentos entre seus pares (MESQUITA, 1994, p. 173).

Nesse mesmo período, segundo Pollo-Araujo e Moreira (2008, p. 14), o Programa de Orientação a Dependentes Químicos (PROAD) também iniciou, em São Paulo, o trabalho com os *outreach works*, promovendo capacitações aos usuários de drogas em tratamento, para a distribuição do hipoclorito de sódio e orientação aos UDI em campo. Uma vez que a distribuição de agulhas e seringas caracterizava-se como uma prática ilegal, a distribuição do hipoclorito de sódio tinha o objetivo de desinfecção de seringas e agulhas reutilizadas.

Importante destacar que através do IEPAS e do PROAD, ocorreram as primeiras capacitações de usuários de drogas voltadas às ações de abordagem de rua. Os *outreach workers* foram considerados os primeiros agentes de redução de danos no país. Mesmo num contexto adverso, profissionais e gestores sensíveis ao adoecimento de grupos marginalizados de usuários de drogas, criaram alternativas para que fossem implantadas práticas de saúde que pudessem minimizar os danos associados ao uso de drogas.

Pode-se considerar que, no Brasil, o surgimento da RD esteve vinculado às abordagens de rua, numa lógica de busca ativa dos usuários de drogas. Essas ações geralmente foram operacionalizadas nos locais onde o uso de drogas ocorria, sejam nos “mocós” ou nos espaços públicos. Para este estudo, nos interessa como essas práticas de

rua foram incorporadas pelas políticas públicas e, em seguida, integradas para dentro dos serviços de saúde mental.

Institucionalmente, temos uma história da RD que não é linear. Entretanto, alguns marcos institucionais são considerados importantes para o processo de incorporação dessas práticas, no plano das políticas de saúde. Souza (2013, p. 197), em um estudo sobre a historização da RD no Brasil, sinalizou quatro fases importantes de marco político. A saber:

A primeira fase deu-se, em 1989, em Santos, como já apresentado, abrindo caminho para as primeiras experiências dos agentes de redução de danos. A segunda, em 1994, através do Programa Nacional DST/Aids (PN – DST/Aids) do Ministério da Saúde e, a terceira, em 2003, quando a RD é incorporada à Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuários de Álcool e Drogas. Por fim, a quarta fase, efetivou-se a partir de 2011, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e inserção da redução de danos na atenção básica a partir do Consultório na Rua.

O PN - DST/Aids teve um papel importante para legitimar as práticas de RD no Brasil. Através de uma parceria com a *United Nations Office on Drugs and Crime* e o (UNODC) Banco Mundial, financiou ações de prevenção à Aids no Brasil¹¹, possibilitando uma série de novos projetos, dentre eles, o Programa de Redução de Danos (PRD). Entre 1995 e 2003, foram abertos mais de 200 PRD, muitos deles incluindo trocas de seringas (ANDRADE, 2011, p. 4666).

Ao instituir e criar linhas de financiamento às práticas de RD, o PN-DST/Aids também criou tensões e contradições para dentro da própria máquina do Estado (SOUZA e PASSOS, 2009, p. 48), uma vez que algumas dessas ações, como a troca de seringas, eram também entendidas pelo Estado como auxílio/incentivo ao uso de drogas. Uma contradição se colocou em jogo: como o Estado financia ações que ele mesmo, em

¹¹ Entre os períodos de 1993 a 2002, o MS e O PN-DST/AIDS firmaram convênios com 27 Estados e 177 municípios. Além disso, foram financiados, nesse período, 976 projetos de organizações da sociedade civil, 186 projetos de prevenção à AIDS entre UDIs. A principal fonte de recursos foi proveniente dos acordos de empréstimo do Banco Mundial ao governo brasileiro, conhecido como “AIDS I” e “AIDS II” totalizando US\$ 350 milhões. Em 2002, um novo contrato foi estabelecido com o Banco Mundial, “AIDS III”, o valor do projeto foi de US\$ 100 milhões, com uma contrapartida equivalente do governo brasileiro. As metas desse acordo enfatizavam a descentralização do financiamento e da administração das atividades do programa para Estados e Municípios, de acordo com a política nacional de saúde (FONSECA et al, 2007, p. 2134-2135).

outras instâncias, proíbe? Esse é um exemplo claro do campo de tensão existente em relação às disputas de modelos no campo das drogas.

A partir das políticas do PN – DST/Aids, o movimento da RD foi ampliando seus parceiros e fomentando o debate sobre as drogas no Brasil. Segundo Souza:

O PN - DST/AIDS possibilitou outro plano de sustentação da RD, não mais “subterrâneo”, mas sim estatal. A RD, que se afirmava desde sempre como política pública, tornou-se uma política de governo com pretensão de vir a ser política de Estado, encontrando forte tensionamento com outros setores da máquina, posicionados a favor de uma política antidrogas (SOUZA e PASSOS, 2009, p. 48).

Após ativar algumas discussões, começaram a operar certas mudanças, como o Conselho Estadual de Entorpecentes em São Paulo (CONEN-SP), em 1995, que se mostrou favorável à mudança da Lei 6.368/76, evitando, assim, distorções quanto à interpretação legal, relativas ao trabalho, desenvolvidas por autoridades sanitárias, mostrando-se favoráveis ao programa de prevenção de Aids entre UDIs, inclusive a distribuição de seringas e agulhas descartáveis¹² (POLLO-ARAÚJO e MOREIRA, 2008, p. 15).

Em seguida, foi regulamentada a Lei nº 9.758, de 17 de setembro de 1997, que autorizou a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas, abrindo, desse modo, campos para muitos municípios do Estado de São Paulo.

Numa perspectiva de fortalecimentos das ações em RD, além de propiciar encontros para trocas de experiências, os trabalhadores de campo da RD foram

¹² A mudança de fato da Lei 6.368/76 ocorreu somente em 2006, através da Lei 11.343/06, conhecida como a “Nova lei” das drogas. A nova lei abarcou as duas tendências discutidas no meio legal, o proibicionismo e a redução de danos. Em relação à vertente proibicionista, a lei tornou-se mais rígida para os traficantes (comercialização e produção das drogas ilícitas), já na vertente da redução de danos, foi adotado o prevencionismo ao usuário, através da sua descriminalização penal, embora a conduta permaneça ilícita. Houve também a criação de penas alternativas e um juizado especial para lidar com os casos. Na prática, a “Nova lei” apresenta lacunas importantes, como o não estabelecimento da quantidade de posse de drogas que diferencia o usuário do traficante (BIANCHINE, 2008).

progressivamente se organizando em associações. Um exemplo é a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), criada em 1997, e a Rede Brasileira de Redução de Danos da (REDUC), em 1998, além de várias associações Estaduais de RD (POLLO-ARAÚJO e MOREIRA, 2008, p. 15).

A intervenção por meio das ações de trocas de seringas passou a ter como objetivo não somente a prevenção de DST/Aids entre os UDIs, mas também o protagonismo de minorias marginalizadas através do trabalho, enquanto redutores de danos, tais como prostitutas, travestis, usuários de drogas, moradores de rua: todos então considerados marginais, tornaram-se atores das práticas em RD, com poder de mobilização, fazendo da cena da rua, um plano de trocas afetivas e de construção de vínculos e de trabalho (SOUZA, 2013, p. 200).

Mesmo enfrentando resistência, num primeiro momento no Brasil, as práticas de RD entre os UDI, no contexto da Aids, foram incorporadas em diversos municípios do país, possibilitando o surgimento dos agentes de redução de danos, importantes figuras para o processo de implantação de políticas de equidade no SUS, através das abordagens de rua em contextos vulneráveis.

A partir da década de 2000, a RD começou a ser incorporada por outras políticas de saúde, deixando de ser uma estratégia exclusiva do PN – DST/Aids. No campo da saúde mental, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002) apontou as estratégias de RD como norteadoras do cuidado aos usuários de SPA e a incorporação do PRD.

Garantir que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos - PRD - em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS (BRASIL, 2002, p. 61).

A Portaria 1.028, de julho de 2005, regularizou as ações de RD pelo Ministério da Saúde, e a Portaria 1.059, de julho de 2005, destinou incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em CAPS AD.

Apesar do incentivo destinado à contratação de agentes de redução de danos, observou-se uma baixa adesão das equipes de CAPS AD, o que serviu de alerta de que a

incorporação dos agentes de redução de danos, nas equipes de CAPS AD, não ocorreria de forma simples e direta (SOUZA, 2013, p. 24).

A RD também foi incorporada na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003). A mudança proposta implicou em tratar a questão das drogas não mais como uma questão exclusivamente da justiça, mas, sobretudo como um desafio para a saúde pública. Reafirmando, ainda, que os problemas associados ao consumo de SPA devem ser tratados por uma política pública de saúde, entendendo a diversidade da realidade brasileira, a singularidade de cada usuário de SPA e o resgate da ideia de cidadania dessa população.

A abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência, como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros (BRASIL, 2004, p. 10).

Os pressupostos da RD aceitam o uso de drogas como uma condição do ser humano, seja isso bom ou ruim. Historicamente, todas as sociedades e culturas elegeram suas drogas de preferência, sendo que as SPA estão em todos os momentos históricos da humanidade (ESCOHOTADO, 2002). Não seria função das práticas de saúde se ocupar da erradicação das drogas, mas sim acolher as limitações e necessidades das pessoas, de acordo com os contextos em que elas se encontram.

Já os pressupostos do modelo da abstinência, bastante difundidos pelos Alcoólicos/Narcóticos Anônimos¹³, perseguem o ideal de uma vida e uma sociedade sem drogas, sendo desejado pelo Estado a erradicação das drogas. Na perspectiva da abstinência, não há possibilidade de diminuição do uso de SPA, colocando-se como única possibilidade a interrupção imediata do uso. Nesta perspectiva, o não alcance da plena abstinência é um problema do usuário, e não do serviço de saúde ou metodologia em que ele está inserido.

¹³ O programa *Os 12 passos* surgiu em 1935 com princípios espirituais. Desde seu início, os encontros são feitos em grupo, chamados “Alcoólicos Anônimos” e têm como objetivo mostrar as etapas a um “dependente químico” em como tornar-se e manter-se abstinente. Disponível em: <www.alcoolicosanonimos.org.br>. Acesso em: 29 abr. 2012.

A partir do momento que a RD passou a ser uma política pública destinada aos usuários de SPA, o que se colocou em jogo, além de uma ampliação das práticas de cuidado, foi também o tensionamento entre os paradigmas que norteiam tais práticas. Esse tensionamento gera frequente polarização nas discussões no campo da saúde, entre aqueles que defendem a RD e os que defendem a abstinência, como se esses modelos fossem excludentes.

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) propõe como perspectiva de cuidado, tanto o modelo da RD quanto o modelo da abstinência, na busca do melhor atendimento ao usuário. A diretriz que se apresenta é a singularização do cuidado, de acordo com os contextos sociais e possibilidades do usuário, e não uma resposta universal frente à complexidade do problema.

Do mesmo modo que a distribuição de insumos de RD, quando feita de maneira burocrática, pode não ser um trabalho orientado pelas singularidades da experiência dos sujeitos e suas necessidades, tornando-se assim uma prática prescritiva. A questão não é comungar ou conciliar paradigmas, mas trabalhar com os desafios do cuidado para os quais a abstinência pode se colocar como uma perspectiva a ser orientada.

Essa questão, ou seja, o modo como vem sendo incorporadas as diretrizes da RD, é essencial para esse estudo. Uma vez tomada como diretriz pelas políticas de saúde mental, como a RD vem sendo operacionalizada no cotidiano dos serviços?

Souza (2013, p. 284), em um estudo recente sobre a perspectiva da RD, na rede de saúde mental de Campinas, aponta que, embora haja profissionais com resistência em adotar as preposições da RD, em função de suas formações profissionais e posições pessoais, foi possível observar um alto grau de vinculação dos trabalhadores na construção de princípios da RD para a prática clínica nos CAPS AD. Os gestores desses serviços percebem que essa abordagem vem sendo incorporada, gradativamente, no cotidiano do trabalho. Diferentemente da abordagem da abstinência, a RD não se mostra prescritiva, dizendo o que é ou não permitido.

Souza (2013, p. 285) ainda destaca que a perspectiva da RD, nos CAPS AD, possibilita novas problematizações às questões recorrentes, tais como o excesso de regras e limites, tão comuns à clínica da dependência química, que dificultam a inserção e permanência dos usuários mais vulneráveis nesses espaços. “O que a RD inseriu no

campo institucional é muito mais uma problematização e menos uma resposta do que é permitido. [...] Não se pode definir, de antemão, que regras são válidas, mas é possível estabelecer mecanismos coletivos de validação de regras institucionais” (SOUZA, 2013, p. 286).

Na perspectiva da redução de danos, experimentada nos CAPS AD, a regra passa a ter uma função clínica, porque produz corresponsabilidade. Nos espaços coletivos, as tomadas de decisões não são orientadas pela meta da abstinência, mas pela lógica da negociação dos limites (SOUZA, 2013, p. 287).

Tal estudo mostrou que essa perspectiva de cuidado vem contribuindo para uma flexibilização das práticas para dentro dos CAPS AD em Campinas, o que pôde favorecer no que concerne à criação de acesso às populações mais vulneráveis, indo ao encontro das necessidades dos usuários. Entretanto, há poucos estudos semelhantes realizados em outros cenários brasileiros, que comprovem a eficácia do modo que vem se dando a incorporação da RD para dentro dos CAPS AD.

Outras questões aqui se fazem pertinentes: será que esses equipamentos estão conseguindo acolher as necessidades de toda a diversidade de usuários abusivos de SPA? As populações de maior vulnerabilidade social, como por exemplo, as pessoas em situação de rua, vêm conseguindo ser acessadas por esses serviços?

Considerando tais desafios, a área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde¹⁴, em 2009, criou outras estratégias de cuidado, voltadas às pessoas em uso de drogas e em situação de rua, recolocando as práticas de RD novamente nas ruas, dentro da perspectiva de uma clínica itinerante.

Esse movimento de retorno da RD para as abordagens de rua é interessante, já que após a descentralização das ações do PN – DST/Aids para os Estados e municípios, houve um enfraquecimento dos PRD no âmbito nacional, em virtude de os mesmos não conseguiram se sustentar financeiramente diante da difícil articulação entre Estado e município (FONSECA et al., 2007, p. 2142). Vale destacar que este modelo, mesmo diante das dificuldades, era o mais coerente com o desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁴ No início da “epidemia do crack”, em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) voltado aos 100 maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes)

A partir do contexto da “epidemia do crack”, a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde aposta novamente no fortalecimento das ações de RD para as atividades de rua, na perspectiva de busca ativa dos usuários de SPA.

Neste momento foi experimentada a primeira modalidade do Consultório na Rua, o que foi chamado, na época, de Consultório de Rua. Além disso, foi criada a Escola de Redução de Danos, com o objetivo de capacitar profissionais de saúde em RD e/ou contratação de agentes de redução de danos para os serviços de saúde mental. A incorporação do Consultório de Rua, nas políticas de atenção básica, será apresentada no item dois deste capítulo.

Como podemos observar, historicamente, a RD apresentou-se bastante diversa no modo de operacionalizar suas práticas e suas ações. Geralmente, ela encontra-se vinculada à criação de novas práticas de cuidado direcionadas às populações consideradas vulneráveis e marginalizadas, e também, quando os modelos hegemônicos, vigentes em cada época, não conseguem apresentar respostas frente à emergência de novos problemas, como no contexto da epidemia da Aids e no contexto da “epidemia do crack”.

Diante disso, como podemos pensar a RD no contextual atual? Como pensar a RD numa perspectiva de cuidado mais ampliado e não focada somente no uso de drogas, mas também na integralidade do usuário? Essas questões são importantes para esse estudo, pois através do acompanhamento da equipe do CnaR, podemos dar algumas pistas para a reflexão atual das práticas de RD.

A seguir, vamos apresentar outros modos de operacionalização do cuidado na rua, com foco em outras populações vulneráveis.

3. A clínica itinerante como estratégia de cuidado às populações vulneráveis

A itinerância como modo de operacionalizar as práticas de saúde sempre teve lugar nas políticas de saúde, no Brasil. Essas práticas, assim como outras modalidades de cuidado, orientaram-se pelas concepções de saúde de cada período histórico.

Quando norteadas por concepções higienistas e eugênicas¹⁵, estiveram envolvidas em ações autoritárias de saneamento dos espaços urbanos, como, desalojamento, imposição de vacinação ou quarentena (LEMKE, 2009, p.108).

Com a institucionalização do SUS, importantes princípios balizadores foram instituídos: universalidade, equidade, integralidade, desinstitucionalização e autonomia. Frente a eles, as práticas itinerantes foram reorientadas e passaram a ter uma importância estratégica no campo de articulação entre as políticas de Saúde Mental e Atenção Básica, baseadas na perspectiva da construção da integralidade do cuidado e na desinstitucionalização das práticas no território. O território ganhou a dimensão de princípio organizador dos processos de trabalhos (BRASIL, 2009).

Contudo, a reorientação dos modelos de saúde proposto pelo SUS não garante que as práticas itinerantes estejam em sintonia com os seus princípios. Como outras ações de saúde, essas práticas também correm o risco de carregar muitos dos seus vícios higienistas, e estarem funcionando como uma peça do aparelho do Estado no controle racional das populações e no silenciamento das diferenças incômodas, ao embrenhar-se numa procura de busca ativa dos usuários nos territórios (LEMKE, 2009, p. 27).

Não vamos entrar nessa discussão, mas sim eleger alguns estudos que trouxeram elementos sobre a singularidade do território.

Resgatar esse modo de cuidado itinerante nos interessa aqui, uma vez que essas práticas situam-se no campo da saúde mental e da atenção básica, conectando-se em diversos momentos, evidenciando as linhas de constituição do trabalho do Consultório na Rua.

¹⁵ A itinerância teve uma importância muito grande no período da Primeira República, através das operações do “sanitarismo campanhista”, que tinham como objetivo combater as epidemias urbanas e rurais. Outros exemplos foram as “brigadas mata-mosquito”, envolvidas no conflito da revolta da vacina, em 1904, os “guardas da malária” e “os auxiliares de saneamento” com o objetivo de higienização dos bolsões de pobreza. Em 1920, como uma estratégia de aperfeiçoamento dos serviços de profilaxia e educação higienista, Carlos Chagas junto à Fundação Rockefeller, formaram a escola de “enfermeiras visitadoras”, que consistia na formação de trabalhadoras itinerantes com uma formação nos pressupostos científicos da época, nos quais, essas profissionais faziam visitas domiciliares para ensinar os pacientes a obedecer aos preceitos higiênicos, determinados pelos médicos. Em 1927, num contexto de popularidade entre os psiquiatras com ideias higienistas, surgiram as “visitadoras psiquiátricas”, essas eram mulheres treinadas para terem um olhar acurado no esquadramento dos loucos e desequilibrados, atentas aos sinais de degeneração mental (LEMKE, 2009, p.25-26).

3.1. Acompanhamento Terapêutico

No campo da saúde mental, no que se relaciona com as práticas de cuidado, operacionalizadas nas ruas, temos a história do Acompanhamento Terapêutico (AT). Essa experiência surgiu na rede pública, no contexto de uma política de saúde mental que pôs em obra a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio (PALOMBINI, 2006, p. 116).

A prática do AT consiste em transitar pela cidade acompanhando, em suas rotinas, pacientes com transtorno mental grave. Busca-se, nesse empreendimento, a conexão com pessoas, atividades e locais da cidade.

A cidade de Santos criou o primeiro concurso público para a contratação dos AT, de maneira que os Núcleos de Atenção Psicossocial Social de lá tivessem em seus quadros tais profissionais.

Lancetti (2006, p. 29), em sua experiência como AT, e supervisor desses profissionais, aponta que, em muitos casos, o ir e vir que essa modalidade de cuidado proporciona torna-se a única possibilidade de tratamento e de vinculação com alguns usuários. “Estar presente em movimento, esse estar-aí-junto e em movimento, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório” (LANCETTI, 2006, p. 30).

O AT torna-se uma função emblemática da mistura das práticas “psi” com o espaço e tempo da cidade. E seu exercício, que se dá entre lugares, a céu aberto, presentifica uma diretriz que a Reforma Psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, qual seja, uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização, colocando em jogo a desinstitucionalização da própria clínica praticada nos serviços de saúde mental (PALOMBINI, 2006, p. 117).

Palombini (2006, p.118) aponta que, em geral, esse modo de cuidado permite uma aproximação extremamente rica junto àqueles usuários que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às atividades e outros dispositivos dos serviços substitutivos.

Interessante destacar a proximidade, nesse sentido, entre a RD e os AT, pois ambos mostram-se potentes, em ações territoriais, perante os usuários nos quais os serviços de saúde têm baixíssima capacidade de acesso e/ou inserção.

Outro ponto importante que o AT pode produzir de novidade, em relação à clínica tradicional, é que as incursões do acompanhante pelo fora, a céu aberto, possibilitam uma outra visão, uma outra experiência de encontro com o acompanhado, que é distinta da experiência vivida nos serviços (PALOMBINI, 2006, p. 118).

Nesse sentido, Lemke (2009, p. 36) também aponta os ganhos, para dentro dos serviços, que a prática do AT pode produzir. Segundo o autor, a relação que se estabelece com o usuário nas ruas não é a mesma que a construída dentro de um equipamento de saúde. Os acompanhantes terapêuticos trazem à tona um tensionamento vindo do “fora”, fazendo, assim, com que a equipe problematize suas práticas e possa quebrar cristalizações, tanto da imagem que faz do usuário como do seu repertório de intervenções.

Ou seja, tratar de um usuário dentro de um serviço ou fora dele, pode modular a relação terapêutica, criando outras vias de acesso. A rua pode se tornar, portanto, um fator importante para o próprio ato terapêutico.

Os espaços públicos tornam-se, assim, o *setting* em que a modalidade clínica do AT vai operar. Segundo Cabral e Belloc (2008):

O trabalhador de saúde que se utiliza dele (AT) na sua prática, circula com o usuário pelo tecido social, facilitando a emergência de um encontro. Ele torna-se, assim, testemunha do processo de transformação desencadeado, criando outros espaços possíveis para o dito “louco” na cidade. A cidade é, nesse sentido, também protagonista da cena: seus sons, movimentos, os transeuntes, as cores, os cheiros e até alguns aspectos ou recortes que a maioria da população nem percebe, mas que estão lá, no urbano, à espera de serem visualizados. (CABRAL e BELLOC, 2008, p. 111).

O AT, no campo da saúde mental, ajudou a desconstruir dois pilares importantes do modo como tradicionalmente se pensa a prática clínica: o ideal de terapêuticidade do isolamento e o ideal da neutralidade científica. Essas práticas, muitas vezes, produzem desestabilização em vários níveis nos equipamentos de saúde (LEMKE, 2009, p. 34).

Ao invés do isolamento, os acompanhantes terapêuticos construíram uma lógica territorial de cuidado, usando o potencial terapêutico da rua e da cidade em suas

intervenções e, no lugar da neutralidade científica, em sua história, construíram uma postura política ativa.

Muitos deles se engajam numa militância em defesa da vida do usuário e dos direitos de cidadania do louco, seu direito de circular e pertencer ao território urbano (LEME, 2009, p. 35). Encontramos aqui, outra proximidade entre esses profissionais e os redutores de danos, que através do trabalho de RD, muitos acabaram se tornando protagonistas em defesa dos direitos de minorias marginalizadas, como prostitutas, travestis, usuários de drogas e moradores de rua.

A história do AT, no campo da saúde mental, é considerada bastante importante para a implantação da Reforma Psiquiátrica, através dos processos de desinstitucionalização dos pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, e dos trabalhos realizados nos territórios, sendo os espaços públicos, da própria cidade, locais para que possa haver o ato terapêutico. Este ponto é focal para este estudo.

Entretanto, como pensar uma clínica itinerante para as pessoas em situação de rua? Não se trata aqui de desinstitucionalizá-la, no sentido mais estrito¹⁶. Abordaremos, a seguir, o surgimento das Equipes de Família sem Domicílio.

3.2. A constituição das Equipes de Saúde da Família sem Domicílio

A Saúde da família é entendida como uma estratégia de reorganização do modelo assistencial de saúde, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais¹⁷ em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção,

¹⁶ Pois já não há institucionalidade, seja familiar, de trabalho, ou dos serviços públicos. Talvez, a institucionalidade que haja entre a população em situação de rua seja a da própria rua.

¹⁷ Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área. São compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>. Acesso em: 28 maio 2014.

recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade¹⁸.

O modelo assistencial proposto pela Saúde da Família busca superar o modelo tradicional de saúde, centrado na doença, com um viés fragmentado e reducionista sobre a relação existente entre a produção de saúde e modos de vida dos usuários. No Brasil, este modelo começou a ser implantado, pelo Ministério da Saúde, a partir de 1994, através do Programa Saúde da Família (PSF), após oito anos da criação do SUS.

Queremos destacar, dentro da estratégia Saúde da família, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A experiência desses profissionais é configurada por outra tecnologia de cuidado que opera acompanhando e produzindo itinerários no território da vida dos usuários. Suas ações, vinculadas às políticas de Atenção Básica, têm como objetivo produzir um cuidado contextualizado aos modos de vida das comunidades. A experiência de trabalho desses profissionais mostraram que eles constituem um importante elo entre as equipes de saúde e os modos de vida das comunidades (BRASIL, 2009).

A figura dos ACS se institucionaliza no SUS, com a promulgação da Lei Orgânica de 1990, pelo Ministério da Saúde, com a criação, em 1991, do “Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde” (PNACS), passando a ser chamado, em 1992, de “Programa Agentes Comunitários de Saúde” (PACS). No entanto, podemos encontrar seus antecedentes em diversas experiências no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Programa Estratégico do Pessoal de Saúde (PREPS). Todos esses programas tinham como objetivo a cobertura e a ampliação de acesso a grupos marginalizados (LEMKE, 2009, p. 40).

Na política de Atenção Básica, atualmente a função dos ACS é: (1) identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; (2) encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; (3) orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde; (4) acompanhar a situação da saúde das pessoas na comunidade, para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL, 2009).

¹⁸ Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 28 maio 2014.

Segundo Lemke (2009, p. 42), de todas as experiências de trabalhos itinerantes, o ACS é o que tem suas práticas mais codificadas pelos protocolos das ações programáticas e exigências de metas de produtividade, quanto mais autoritário for o entendimento de saúde, por parte dos gestores municipais, mais duras se tornam essas linhas que regulam as práticas.

O autor destaca, ainda, a importância dos ACS na articulação das políticas de Saúde Mental e Atenção Básica. Os ACS, junto aos demais profissionais das equipes de Saúde da Família, atualmente, realizam diversas ações relacionadas à saúde mental no território de vida das pessoas. Com o fim progressivo dos manicômios, os profissionais da atenção básica são convocados a acompanhar a saúde de pessoas com grave sofrimento psíquico ou em uso abusivo de SPA, observando-se ainda, que muitos territórios não contam com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (LEMKE, 2009, p. 43).

Como podemos ver, o PSF junto aos ACS são ferramentas importantes no cuidado às famílias dos territórios de abrangência dos serviços da Atenção Básica, contudo, como podemos pensar nas populações que escapam à lógica domiciliar, como as pessoas em situação de rua?

Além de apresentar outra relação com o território urbano, a população em situação de rua, segundo Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010, p. 712) encontram também diversos obstáculos com relação ao acesso aos serviços de saúde, em especial, na atenção primária. Questões referentes à própria organização dos serviços exercem papel fundamental no que diz respeito ao acesso desses serviços, como: exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea, limites na atuação intersetorial, preconceitos, entre outras, criam vínculos precários. Importante lembrar que aspectos relacionados às concepções do adoecimento e do processo de cuidado dessas pessoas também contribuem para sua não adesão aos serviços de saúde.

Segundo Lisboa (2012), algumas experiências foram importantes para o processo de adaptação do PSF a grupos vulneráveis, sendo essas experiências importantes para a abertura do caminho para o trabalho com pessoas em situação de rua¹⁹.

Lisboa (2012, p. 158) cita, como exemplo, a experiência do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac²⁰ (CSEBF - AV), que desenvolveu a estratégia de agentes multiplicadores de prevenção por pares para DST e HIV. Essas estratégias consistiam na capacitação de profissionais do sexo para trabalharem como agentes de prevenção, fazendo visitas durante as noites, oferecendo informações, preservativos e possibilidade de agendamento de consultas ginecológicas na unidade durante o dia. Esse trabalho, realizado por pares, é interessante, porque aposta no relacionamento entre pessoas que compartilham a mesma situação social, facilitando o diálogo.

Nesse contexto, de organização de práticas de saúde específicas às populações vulneráveis, orientadas por políticas de saúde equânimes, e também em resposta ao “Dia de Luta da população em Situação de Rua”, mobilização social ocorrida em junho de 2003, que reivindicava acesso aos serviços sociais e de saúde, surge, a partir de 2004, o projeto “A Gente de Rua”, tendo como estratégia assistencial a Saúde da Família.

Vale ressaltar que, desde 1995, o CSEBF – AV vem sistematizando ações voltadas para a atenção à população de rua. Essas ações foram resultantes de várias articulações e projetos setoriais e intersetoriais, como a implantação da Casa de Cuidados Carolina Maria de Jesus, destinada às pessoas em situação de rua, egressos de serviços médico-hospitalares, que teve início a partir de 2003. O projeto piloto do “A Gente de Rua”, cuja população alvo era os usuários dos serviços sociais da região central de São Paulo, ocorreu através da contratação de uma enfermeira e de um ACS egressos da situação de rua (CARNEIRO JUNIOR; JESUS e CREVELIM, 2010, p. 713).

¹⁹ A iniciativa de adaptar o PSF às pessoas em situação de rua também foi realizada em Belo Horizonte a partir de 2002 e contou com a participação de atores sociais diferentes, como a Pastoral do Povo de Rua (envolvida com a discussão desde a década de 1970), o Programa de População em Situação de Rua (elaborado em 1993) e o Fórum da População em Situação de Rua (Lisboa, 2013, p.158).

²⁰ Unidade Básica de Saúde da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que atende a população moradora e usuária de distritos de saúde administrativos localizadas na região central do município de São Paulo.

A implantação do projeto “A Gente de Rua”, segundo Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010), inicialmente operacionalizado através do Programa Agente Comunitário de Saúde, pode ser considerada uma experiência singular no que concerne ao direcionamento do cuidado às pessoas em situação de rua, conforme apontam os autores:

A começar pelos próprios agentes comunitários (egressos do segmento social em situação de rua), passando pela articulação intersetorial, que se torna uma exigência, até a necessidade de elaboração de novos termos e conceitos. Desse modo, “visita domiciliar” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”, e família aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (cadastro que contemple particularidades como existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos). (CARNEIRO JUNIOR; JESUS e CREVELIM, 2010, p. 713).

Este projeto traz algumas inovações no cuidado à população em situação de rua, como por exemplo, os ACS serem prioritariamente ex-moradores de rua. Isso representa uma importante mudança no processo de trabalho em saúde, na medida em que tal contratação valoriza os saberes aprendidos pelas pessoas que vivem na rua, na mesma lógica que os agentes de prevenção DST/Aids atuaram por pares, conforme citado acima.

Outro ponto importante é que “visita domiciliar” passou a ser “visita de rua” e domicílio “o lugar em que se costuma ficar na rua” – assim, nesse contexto, a rua torna-se a referência domiciliar. Além disso, a família passa a ser “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro”, inclusive animal de estimação, como os cachorros, frequentes companheiros dos moradores de rua - a família, para essa população, passa a ser condizente com seus modos de vida.

Em novembro de 2004, o projeto “A Gente na Rua” foi implantado em sete Unidades Básicas de Saúde, nas regiões das subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros. Nesse momento, o projeto contava com onze Agentes Comunitários de Saúde de Rua e uma enfermeira. Eram responsabilidades do ACS, além de outras ações: (1) Acompanhar em média 200 pessoas em seu local de moradia, vinculando-as às Unidades Básicas de Saúde; (2) Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de

atenção em todas as fases do ciclo de vida, como ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças (CARNEIRO JUNIOR; JESUS e CREVELIM, 2010, p. 714).

Em 2005, já eram três o número de Equipes de Saúde da Família Sem Domicílio, (ESF-SD) com um total de trinta e cinco Agentes Comunitários de Saúde de Rua, nessas regiões. De acordo com Carneiro, Jesus e Crevelim (2010, p. 714), dados divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde, em dezembro de 2007, havia cinco mil pessoas cadastradas nas regiões em que o projeto estava implantado. Tal processo se intensificou, a partir de 2008, quando as equipes do PACS foram transformadas em equipes de PSF, contabilizando um total de nove equipes de PSF e cinquenta e sete ACS.

A implantação, na cidade de São Paulo de uma política pública específica para a população em situação de rua, através da Estratégia da Saúde da Família, é considerada uma iniciativa bem sucedida no favorecimento do acesso dessa população e à atenção básica por meio de trabalhos específicos.

A experiência em São Paulo, assim como a de outros municípios brasileiros, ajudaram na constituição do CnaR, através da experiência acumulada na saúde, no trabalho junto às pessoas em situação de rua e suas necessidades, conforme veremos mais detalhadamente no item subsequente.

4. Consultório na Rua: entre as Políticas de Saúde Mental e a Política Nacional de Atenção Básica

A ideia de um equipamento de saúde itinerante, compondo a rede de serviços de saúde, foi concebida, na Bahia, em 1997, pelo professor Antônio Nery Filho, do Centro de Estudos e Terapias de Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), após a produção de uma pesquisa etnográfica sobre meninos e meninas em situação de rua, usuários de drogas legais e ilegais, na cidade de Salvador. Através dessa pesquisa, foi constatada a necessidade de respostas mais adequadas às questões relacionadas aos jovens usuários de drogas em situação de rua (OLIVEIRA, 2009, p. 65).

Através da iniciativa do CETAD em parceria com a Secretaria de Saúde de Salvador, ocorreu a primeira experiência de Consultório de Rua, a partir de 1999 (OLIVEIRA, 2009, p. 65). Esse serviço surgiu como um dispositivo de cuidado em saúde, fora dos muros institucionais, para atender aos meninos e às meninas em situação de rua, usuários de drogas, que se encontravam em risco pessoal e social.

Seu objetivo inicial era promover prevenção ao uso excessivo de drogas e levantar demandas para encaminhamentos. Contudo, com o tempo, as ações de atendimentos na rua foram sendo ampliadas através de uma assistência à saúde global, com ênfase em ações de RD destinadas a todas as faixas etárias (OLIVEIRA, 2009, p. 67).

A avaliação dessa experiência, ocorrida entre 1999 até 2006, permitiu apontar, pela pertinência desse equipamento de saúde, como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas, em situação de grave vulnerabilidade social, e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede SUS (BRASIL, 2010b).

Em um primeiro momento, como política de saúde no âmbito nacional, o Consultório de Rua surgiu como uma estratégia para o enfrentamento ao uso de SPA, no contexto da “epidemia do crack”, por meio das ações previstas no Plano Emergencial de Ampliação e Acesso ao tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010.

Parte integrante desses Planos, o Consultório de Rua foi considerado um serviço estratégico para compor a rede de atenção substituta em saúde mental, buscando reduzir a lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas ao uso de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua (BRASIL, 2010b) ²¹.

Estudos posteriores vieram comprovar a necessidade de um serviço de saúde itinerante, que tivesse como foco os usuários de crack em situação de rua. Como parte

²¹ Entre 2009 e 2010, o Ministério da Saúde incentivou financeiramente 35 projetos de Consultório de Rua, distribuídos em 31 municípios de 19 estados brasileiros. O município de Campinas foi um, entre os 31 municípios brasileiros, a receber esse primeiro incentivo financeiro para a implantação do projeto do Consultório na Rua (BRASIL, 2010b).

do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foi realizado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2013), um estudo que delineou o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) em território nacional.

Contradizendo o imaginário social em torno da “epidemia do crack”, e as notícias comumente vinculadas de que o usuário de crack/similares teriam sobrevida inferior a três anos de uso, a pesquisa apontou que o tempo médio de uso de crack/similares foi de aproximadamente oito anos (BRASIL, 2013, p. 16).

O interessante nessa pesquisa é observar que o usuário de crack apresenta-se como um doente crônico e não agudo, desmistificando ainda que o crack mata rapidamente após o usuário iniciar seu uso. Essa pesquisa reforçou a necessidade de estratégias de cuidado na perspectiva do Consultório de Rua, pois, se o usuário convive com o uso de crack, numa média de oito anos de sua vida, ações de saúde mental voltadas ao uso abusivo de crack e às doenças associadas ao uso, se fazem necessárias.

A pesquisa também aponta outros dados interessantes para a elaboração de políticas públicas e que vão ao encontro com a proposta do CnaR. Por exemplo, em todo o país foram estimados cerca de trezentos e setenta mil usuários de crack/similares (BRASIL, 2013b, p. 7). Dessa totalidade, cerca de 80% dos usuários dessa substância a utiliza em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas, ou seja, em locais possíveis de serem visualizados (BRASIL, 2013b, p. 9). O que comprova a necessidade de equipamentos itinerantes em locais públicos, principalmente nas regiões centrais das capitais e de grandes municípios.

Comparado o uso de crack em relação ao uso de drogas injetáveis, observamos que, diferentemente dos dados internacionais, os usuários brasileiros não são (em sua ampla maioria) ex-usuários de drogas injetáveis. Dentre os usuários de crack/similares no Brasil, apenas 9,2% referiram ter feito uso anterior de droga intravenosa. Esse dado se mostra importante para a elaboração de estratégias de RD, pois o uso de drogas injetáveis determina padrões de adoecimento inteiramente diversos do uso de cocaína

fumada, com taxas substancialmente elevadas de patógenos de transmissão sanguínea quase exclusiva, como o vírus da hepatite C ou dominante - HIV (BRASIL, 2013, p. 18).

A continuidade da utilização de insumos de RD é uma ação de extrema importância, pois mais de 70% dos usuários, no Brasil, disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o uso do crack/similares. Achado preocupante, pois esse compartilhamento pode estar associado à transmissão de infecções, especialmente as hepatites virais. Em relação aos materiais utilizados para administração do uso de crack, 28,3% relataram usar a droga em copo plástico (com tampa de alumínio); 51,8% em lata cerveja/refrigerante e 74,9% em cachimbos. Com relação às latas e alguns materiais para a produção dos cachimbos, cabe observar a gravidade da questão da contaminação por metais pesados, além do risco de queimaduras e lesões nos lábios (BRASIL, 2013, p. 18). Alternativas a estes insumos contaminantes serão detalhadas no Capítulo 3, deste trabalho.

Sendo assim, as ações de RD no Consultório de Rua, frente a essa nova realidade precisa inventar outros modos de abordagem no contexto da “epidemia do crack”, bastante diverso do perfil dos usuários de drogas injetáveis no contexto da “epidemia da Aids”.

Em relação aos serviços para tratamento ambulatorial da dependência química, os CAPS AD foram os serviços mais acessados pelos usuários de crack, ainda que por 6,3% desses usuários. Isso reforça a necessidade de ampliação e fortalecimento desses equipamentos no âmbito da rede de saúde, assim como as “pontes”, serviços itinerantes como o Consultório de Rua, agentes de saúde, redes de pares, entre as cenas de uso e os serviços já instalados (BRASIL, 2013, p. 27).

Os primeiros projetos de Consultório de Rua implantados demonstraram resultados satisfatórios, pois foi identificada uma relevante produção de assistência primária de saúde junto aos usuários assistidos, bem como propiciaram ações de prevenção, de melhora no acesso aos serviços de saúde e de promoção de qualidade de vida à população em situação de rua em uso de drogas (BRASIL, 2010b; OLIVEIRA, 2009, p. 154).

Entretanto, após as primeiras experiências compondo as diretrizes da Política de Saúde Mental, houve um rearranjo no plano político, sendo que o Consultório de Rua passou a integrar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, sendo então chamado de Consultório na Rua. Importante destacar que essa reestruturação se caracteriza no bojo das diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua, na perspectiva da ampliação do cuidado integral à saúde, não se restringindo somente aos cuidados de Saúde Mental. Veremos a Política Nacional para a População em Situação de Rua no Capítulo 2, deste estudo.

Esse rearranjo no plano político, no que se refere à transição do CnaR, da Política de Saúde Mental para a PNAB, deu-se em decorrência das vulnerabilidades associadas ao modo de vida nas ruas, assim como nas necessidades lá encontradas.

Morar nas ruas, além de ser um fator de vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool e drogas e aos transtornos mentais, também é um fator de vulnerabilidade a uma série de problemas clínicos, tais como: Problemas nos pés, por passarem muitas horas dos dias em pé ou andando; infestações, por dificuldades encontradas a locais para higiene pessoal; tuberculose, sendo essa população considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade a contaminação da tuberculose, com alta taxa de incidência e abandono do tratamento; DST/HIV/Aids, alta taxa de incidência entre população de rua; gravidez de alto risco, doenças crônicas, como, hipertensão, diabetes e doença pulmonar; problemas de saúde bucal e ainda uso abusivo de álcool e drogas (BRASIL, 2012, p. 57-78)

Sendo assim, as ações de responsabilidade da Atenção Primária em saúde tornam-se prioridade no cuidado, frente às principais necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas em situação de rua, sendo condizentes com as políticas nacionais ao criar acesso às populações vulneráveis na rede primária de saúde.

A PNAB, através da Portaria nº 2.488, caracterizou a atenção básica como sendo:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que 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 da coletividade (BRASIL, 2012, p. 12).

Portanto, a estruturação, no eixo do cuidado, do CnaR na PNAB deu-se através da junção das experiências dos Consultórios de Rua (com equipes itinerantes e com foco no atendimento à saúde mental) e das estratégias do Programa da Saúde da Família Sem Domicílio (PSF-SD), com equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação de rua.

A partir dessas duas experiências, a PNAB propõe os CnaR, contando com equipes itinerantes para atenção integral à saúde da população em situação de rua, seguindo as diretrizes definidas da PNAB. Objetiva-se atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de drogas (BRASIL, 2012, p. 12).

As condições de vulnerabilidades vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam maiores riscos para a saúde dessa população, representando um desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade (BRASIL, 2012, p. 13).

Frente a esse contexto, o CnaR surge como porta de entrada prioritária na rede SUS, em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial, com sua preposição de trabalhar na lógica da RD.

Segundo as diretrizes da PNAB, os CnaR são formados por equipes multiprofissionais e têm como missão ofertar atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS),

bem como, às equipes dos CAPS, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. As equipes dos CnaR podem ter três modalidades, de acordo com o número de profissionais e da inclusão do profissional médico.²²

Em dois estudos sobre o CnaR, um realizado na cidade de Salvador (OLIVEIRA, 2009) e outro em Campinas (HALLAIS e BARROS, 2013), ambos apontam para sua importância enquanto estratégia de cuidado voltado às vulnerabilidades associadas às pessoas em situação de rua.

Segundo Oliveira (2009, p. 152), o Consultório de Rua apresenta uma “dupla face”, no sentido de este serviço possibilitar a construção de intervenções de saúde condizente com os modos de vida da população assistida, e também, como uma ferramenta de transformação dos profissionais da equipe deste serviço, possibilitando práticas de cuidado mais humanizadas junto a essa população de rua. Somando-se a isso, a autora aponta para o caráter político do CnaR, pois ele dá visibilidade a uma população considerada, muitas vezes, invisível para as políticas públicas.

Hallais e Barros (2013) também concordam com a importância do CnaR no plano político, pois uma vez identificadas as necessidades dessa população, este equipamento pode ajudar no processo da garantia de direitos dessas pessoas, uma vez que a proeminente dificuldade no acesso aos serviços de saúde é um reflexo do processo de exclusão e invisibilidade que marca as pessoas em situação de rua. Sobre a inequidade social que delimita historicamente essa população, iremos apresentá-la no segundo capítulo, desta pesquisa.

Por ser um serviço de saúde recente, carecemos de mais estudos sobre o tema. Quais os tensionamentos que este serviço produz na rede? De que maneira as estratégias de RD vão se configurando através desse dispositivo, numa perspectiva mais ampliada do cuidado e não restrita somente ao uso abusivo de drogas? A resposta a essas questões guiam as linhas de investigação deste estudo.

²² Modalidade I: quatro profissionais (dois de nível superior e dois de nível médio); modalidade II: seis profissionais (três de nível superior e três de nível médio); modalidade III: modalidade II mais profissional médico (BRASIL, 2012, p. 13).

CAPÍTULO 2 - Discutindo vulnerabilidades: Uma chave para pensar o cuidado junto às pessoas em situação de rua

Como pudemos ver no Capítulo 1, o tema da vulnerabilidade está presente nas políticas de saúde e nas práticas efetuadas junto às populações em situação de rua, tais como as práticas dos redutores de danos, o acompanhante terapêutico, os agentes comunitários de saúde e as Equipes de Saúde da Família sem Domicílio Fixo. A partir dessas experiências, podemos verificar que esse modo de cuidado itinerante, quando orientado pelos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), numa lógica territorial, mostra-se uma importante estratégia de cuidado na criação de acesso à rede de saúde às populações vulneráveis.

Pudemos observar, a partir das atividades de campo, junto à equipe do Consultório na Rua, as heterogeneidades e complexidades dos modos de vida em que as pessoas em situação de rua se encontram, bem como o cuidado necessário que precisamos ter em não homogeneizar o perfil populacional dessa população e, menos ainda, as práticas de cuidado dirigidas a elas. Discutir a noção de vulnerabilidade mostrou-se importante no decorrer desta pesquisa, na medida em que a população em situação de rua é exposta a diversos fatores de vulnerabilidade - social e de saúde -, sendo esse um elemento importante a ser considerado na construção de práticas de cuidado no contexto da rua.

A miséria econômica está notadamente na base da maior parte das situações de grande marginalidade. Entretanto, a heterogeneidade das experiências das pessoas em situação de rua nos mostra que a dimensão exclusivamente econômica não é suficiente para o entendimento dessa questão. Outros fatores de vulnerabilidade estão presentes no percurso da situação de rua. Nesse sentido, elegemos a perspectiva em que Castel (2013, 2007) conceitua as vulnerabilidades sociais, os processos de desfiliação social e de precarização dos modos de vida, propondo os eixos do trabalho e da rede social como importantes ferramentas para a análise das vulnerabilidades. Destacamos também as contribuições de Ayres (2009, 2006) no campo da Saúde Coletiva, ao deslocar a noção de risco individual para a discussão da vulnerabilidade, ampliando essa noção da dimensão individual para a social e política, sendo esse o caminho adotado neste estudo.

A primeira parte deste capítulo traz os aportes essenciais desses autores em torno da vulnerabilidade, e se encerra com a apresentação do caso Bruna, atendida pelo CnaR de Campinas, além dos fatores de vulnerabilidade vivenciados em seu cotidiano, que a inserem no processo de desfiliação social.

Na segunda parte, trazemos dados sobre a população em situação de rua na realidade brasileira e no município de Campinas, a partir de três situações: (1) o Censo Nacional (2008) e de Campinas (2008) da população em situação de rua, que serviu como instrumento para a construção da Política Nacional da População em Situação de Rua; (2) a discussão do caso do Novo Censo (2014) de Campinas; e, por fim, (3) a apresentação de casos distintos que foram acompanhados nas abordagens com os profissionais do CnaR e que nos permitem identificar a heterogeneidade das situações e a relevância da perspectiva da vulnerabilidade para pensar-agir nestas situações.

Terminaremos este capítulo apresentando políticas públicas para a população em situação de rua e o eixo da vulnerabilidade na organização das políticas de assistência social.

1. Viver nas ruas: a perspectiva da vulnerabilidade

Araújo (2000, p. 8) nos alerta sobre um desafio relativo aos estudos com populações de rua: o de que a vida dessas pessoas não são nada óbvias, como pode parecer pelo uso dos jargões “população de rua” e “moradores de ruas”, entre outros. Para além dos jargões, existem diversidades, relações interpessoais e de trabalho bastante complexas. Diferentes perfis e diferentes redes de sociabilidade são encontrados nas ruas das grandes cidades. Trajetórias de vida e históricos diferenciados, das pessoas que moram nas ruas, sugerem diferentes causas dessa situação e diferentes estratégias ou formas de sobrevivência. Essas trajetórias se reverterem em complexidades sociais e culturais impossíveis de serem decifradas por conceitos simples e homogêneos. Assim, para esse autor, é necessário reavaliar criticamente os conceitos, a partir da baliza dos dados empíricos.

Gama, Onocko Campos e Ferrer (2014), num estudo sobre vulnerabilidade social e saúde mental, alertam para o modo pelo qual as diversas categorias dos transtornos mentais podem ser utilizadas atualmente, sem que haja uma reflexão mais profunda dos fenômenos sociais que estão em jogo, caindo, mais uma vez, no supracitado risco higienista com relação ao contexto de população de rua e miséria social. Essa discussão mostra-se pertinente para a pesquisa, pois aponta para um modo de compreensão do fenômeno da população em situação de rua que, erroneamente, pode se converter em criação de perfis populacionais reducionistas, não levando em consideração a complexidade do fenômeno da rua.

Não desconhecemos, de outro lado, os riscos colocados no emprego da noção de vulnerabilidade que pode deixar de ser categoria analítica para se converter em fator identitário ou autoexplicativo (SPOSITO e CARRANO, 2003), assim como também pode ser usada como justificativa para programas higienistas de controle da vida das populações pobres. Por isso, a clareza dessa ferramenta conceitual é importante.

1.1. População de rua: da pobreza de massa à vulnerabilidade de massa

Viver nas ruas não é um problema novo, ou uma questão somente do contemporâneo. Se não é tão antigo quanto à própria existência das ruas, da vida urbana, remonta ao renascimento das cidades no início do capitalismo.

Na Idade Média, as ruas eram locais de sobrevivência. Muitos ofícios eram desempenhados em áreas públicas. Sendo ali que se expressavam as condições de privação. Com o fim do sistema servil, já não interessava a preservação, por parte dos velhos senhores, das classes despossuídas. Cada um teria de buscar seu sustento no novo mundo de mercado. E não havia trabalho para todos, nem habitação e comida. Muitos trabalhavam e viviam no meio da rua. (BURSZTYN, 2000, p. 19).

No século XVII, Castel (2013, p. 215) sinaliza que por volta de 5% da população francesa viviam em situação de pobreza extrema, tendo a rua como local de moradia e possíveis trabalhos. Referindo-se a essa situação, Castel chamou-a de “indigência

estrutural”, pois constituiu um traço incontestável das sociedades pré-industriais, mantendo-se de um modo mais ou menos constante durante vários séculos.

Castel (2013) chamou também atenção para a “indigência conjuntural”, representando uma característica igualmente significativa das sociedades pré-industriais.

Em toda parte e, por longos períodos, as cidades eram assaltadas por multidões de mendigos nos anos de escassez de trabalho no campo. Os camponeses, nos anos mais agudos de baixa produção no campo, procuravam as cidades em busca de socorro. Simultaneamente, visto que a escassez no campo acarretava uma queda na produção “industrial” e no desemprego, uma parte dos pobres da cidade caía na indigência. Se os indigentes representavam uma média de 5% da população, nos períodos de escassez chegava-se entre um quarto e um terço da população das cidades. De forma que entre os séculos XIV e XVI, na Europa, o número de mendigos podia quintuplicar em alguns anos (CASTEL, 2013, p. 216).

Ao lado da indigência estrutural, uma massa importante de pessoas vive, pois, em condições precárias e basta uma situação conjuntural para que caiam na dependência. Mas “conjuntural” não significa excepcional, dado que essas crises de subsistência são uma constante da economia de tais sociedades e que um adulto, que tenha tido a sorte de chegar aos cinquenta anos de idade, devia ter passado por muitas delas. Qual é a proporção da população suscetível de ser assim desestabilizada? (CASTEL, 2013, p. 216).

Através do cruzamento de diferentes índices de contagem dos “pobres” ou “indigentes” e de estudos monográficos, Castel (2013, p. 217) afirma que cerca de um terço ou a metade da população global, conforme os lugares e as épocas, estão na situação de ter que viver quase “pensando no dia de hoje”, eternamente ameaçados de se encontrarem aquém do patamar de recursos que permite uma autonomia mínima.

O que aparece, de novo, no discurso da indigência, a partir do fim do século XVII, é a insistência no caráter de massa no fenômeno. Segundo Castel (2013, p. 219), apesar de muito numerosa, a população em situação de rua foi concebida como atípica durante muito tempo, por exemplo, os termos “mendigos” e “vagabundos”, utilizados para caracterizar essa população à época, serviam para marcar um lugar de marginalidade no campo social, ou seja, “pessoas fora do regime comum”. No entanto, um elemento novo pode ser identificado, a partir do fim do século XVII e parece residir

na tomada de consciência de uma *vulnerabilidade de massa*, diferente da consciência secular de uma pobreza de massa.

O caráter inaceitável da miséria e os riscos de dissociação social nela contidos deixam então de atingir essencialmente os considerados marginais, “mendigos” e “vagabundos”. Tornam-se um risco que afeta a condição laboriosa enquanto tal, isto é, a maioria do povo da cidade e do campo. A questão social vai se tornar a questão criada pela situação de uma parte do povo enquanto tal e não apenas pelas pessoas mais estigmatizadas (CASTEL, 2013, p. 220).

A vulnerabilidade torna-se, então, uma dimensão coletiva da condição popular. Enquanto a situação econômica e social melhorou ao longo dos séculos XVII e XVIII, os casos mais extremos de miséria também diminuíram, dando lugar ao aumento da vulnerabilidade de massa.

Portanto, ao contrário do que se previa, no momento em que o processo de industrialização consolidou-se, possibilitando acesso ao trabalho, também se degradaram as condições de vida dos trabalhadores assalariados. Ser assalariado passou a ser considerado fator de vulnerabilidade. Frente a isso, o Estado Social (Providência) foi uma resposta a essa precarização dos vínculos de trabalho, como veremos em seguida.

1.2 A iniquidade social: novos e velhos pobres

Ao longo do século XIX, com a revolução industrial e a contínua liberalização indiscriminada do mercado, novas regras do modo de produção capitalista foram impostas, gerando uma relevante precarização dos modos de organização do trabalho. Segundo Silva (2004, p.17), diante de tal fato, uma nova configuração social começou claramente a se esboçar na Europa, gerando tensão entre trabalho e pobreza.

Nessa configuração, a problematização da questão social, advinda da falácia da igual soberania de todos, em uma ordem econômica liberal, acarretou, na verdade, o notório aumento da miséria. É essa fratura que permitiu levar a questão social ao patamar de um marco indissociável da sociedade capitalista e da questão da pobreza (SILVA, 2004, p. 17).

Silva (2004, p. 17) chama atenção para o fato de o capitalismo industrial ter produzido um aumento de riqueza proporcional ao aumento de miséria. Isso pode parecer paradoxal, mas, no entanto, foi sobre esse paradoxo que o modelo capitalista se espalhou por toda parte e instaurou novas regras de organização do trabalho.

Nesse mesmo sentido, Donzelot apud Silva (2004, p. 16), sinaliza que a emergência da “questão social” ocorreu com o rompimento da noção de direito. Se de um lado, havia os ideais democráticos e uma ordem política fundada sobre o reconhecimento do cidadão, incluindo o direito ao trabalho, de outro, tinha-se uma ordem econômica liberal que, obedecendo às leis do mercado, evidenciava a trágica inferioridade da condição civil de algumas pessoas, mais notadamente daqueles que se encontravam afastados dos meios de produção. Assim, colocavam-se em xeque os princípios democráticos, diante da ausência do efetivo acesso ao trabalho a todo cidadão, afetando a sustentação do projeto republicano.

Dentro desse contexto, ao longo do século XX, as políticas de Estado e proteção contra os riscos sociais surgiram e ampliaram seu raio de abrangência. Estava em marcha a possibilidade de um mundo menos desigual e mais justo. O trabalho estaria vinculado a entes econômicos formais, como as empresas, mediante relações também formais, através de vínculos empregatícios (BURSZTYN, 2000, p. 19).

Na “sociedade salarial” estabelecida depois da Segunda Guerra Mundial na Europa Ocidental, quase todas as pessoas foram cobertas por sistemas de proteção cuja história social mostra que eles foram construídos a partir do trabalho. Uma sociedade salarial não é apenas uma sociedade na qual a maioria da população ativa é assalariada, é sobretudo, uma sociedade na qual a imensa maioria da população tem acesso à cidadania social, primordialmente, a partir do estatuto do trabalho (CASTEL, 2005, p. 33).

O lugar do Estado Social (Estado Providência) foi central no estabelecimento das proteções sociais, operando essencialmente como um “redutor de riscos” (CASTEL, 2005, p. 35). Pelos princípios do Estado Social, todos os indivíduos teriam o direito, desde seu nascimento até a morte, a um conjunto de bens e serviços que deveriam ter

seu fornecimento garantido, direta ou indiretamente através do Estado, mediante seu poder de regulamentação sobre a sociedade civil.

O desenvolvimento do estado social é estritamente coextensivo à expansão das proteções. O Estado em seu papel social opera essencialmente como um redutor de riscos. Por intermédio das obrigações que ele impõe e garante pela lei, chegamos então a que o Estado seja ele mesmo uma vasta segurança (CASTEL, 2005, p. 35).

O Estado do Bem-Estar Social, desenvolvido como resposta às reivindicações sociais e trabalhistas no final do século XIX, não conseguiu se sustentar ao longo do século XX. Todo o arcabouço institucional de proteção social, que começou a ser edificado no final do século XIX, vem enfrentando graves impasses.

O aumento da longevidade, paralelamente à redução do crescimento populacional; a automação dos sistemas produtivos; a forte concorrência entre os mercados internacionalizados; e tantos outros fatores vêm impondo ao mundo fortes limitações à capacidade de assegurar empregos ou, pelo menos, proteção social a amplas camadas das populações. O quadro é ainda mais grave nos países que não consolidaram mecanismos universais de proteção social e que, além disso, lançaram-se de forma radical e voluntariosa na “era do liberalismo” (BURSZTYN, 2000, p. 29).

O quadro atual configura um impasse: por um lado, há uma crescente demanda por mecanismos que ajudam a minimizar os efeitos da exclusão do mundo do trabalho; por outro, o poder público vai se tornando cada vez menos capaz de oferecer um contraponto às “falhas do mercado”, em virtude dos avanços das práticas neoliberais, que restringem a natureza e o alcance das políticas públicas (BURSZTYN, 2000, p. 29).

As populações empobrecidas vêm sendo empurradas no rumo da exclusão, na medida em que enveredamos numa lógica econômica que é capaz de propiciar um incremento notável da produção, paralelamente a uma brutal redução do emprego de trabalho humano. Nesse sentido, algumas categorias de trabalhadores são jogadas no desemprego e, passado algum tempo, podem tornar-se *desnecessárias* ao circuito econômico, configurando custo (gastos em políticas sociais) e riscos (de segurança) para os que ainda estão engajados nos sistemas produtivos vigentes (BURSZTYN, 2000, p. 28).

A década de 1980 marcou o surgimento de um novo ator social nos países ricos: o *novo pobre*. Destaque do desmoronamento do sistema de produção social, num quadro agravado pela revolução tecnológica, que automatiza o sistema produtivo sem gerar novos postos de trabalho. Esse novo personagem vai materializar uma inesperada e imprevisível reprodução, no mundo desenvolvido, do problema da desigualdade social, tão comum nos países em desenvolvimento. Bursztyn afirma que ao invés do salvacionismo que se esperava com a opção pela via industrial capitalista liberal, o que começou a ocorrer foi uma desconcertante *terceiromundização* do mundo, inclusive no primeiro mundo (BURSZTYN, 2000, p. 34).

Para Bursztyn (2000) e Nascimento (2000), a emergência do chamado novo pobre tem como efeito uma nova modalidade de exclusão: alguns grupos sociais passaram a “não ter direitos a ter direitos”; tornando-os vulneráveis e desnecessários, podendo ser fisicamente eliminados. Para os autores, a população em situação de rua encontra-se neste contexto social.

Essa modalidade de exclusão, apresentada pelos autores, é pertinente para esse estudo, na medida em que aponta para uma tendência, na qual a população em situação de rua se encontra, ou seja, de ser eliminada, seja através de ações dos grupos de extermínios, políticas higienistas e também na transformação das Forças Armadas em forças policiais para combater a marginalidade e o tráfico de drogas.

Em seus estudos sobre exclusão social, no intuito de abordar o fenômeno da população de rua, Nascimento (2000, p. 61), numa perspectiva sociológica, delimita que o conceito de exclusão social como resultado de uma rede de rupturas dos vínculos sociais, referindo-se a um processo social de não reconhecimento do outro ou de pura rejeição.

O autor organiza o tema em três vertentes:

1. Numa concepção mais ampla e mais genérica, o conceito de exclusão social aproxima-se da discriminação racial, sexual, religiosa, ou outra. Assim, toda discriminação ou rejeição social seria uma forma de exclusão. Negros, nordestinos pobres, minorias sexuais e religiosas, sem terra, entre outros, seriam grupos excluídos, por vezes, detentores de formas particulares e substitutivas de

socialização. Embora não estejam formalmente excluídos de direitos, suas diferenças não são aceitas e, por vezes, não são toleradas.

2. Numa segunda perspectiva, o autor apresenta a exclusão como sendo uma clara restrição de direitos. São grupos sociais – trabalhadores pobres, mendigos, ambulantes – que não têm uma clara integração no mundo do trabalho, não possuindo, em decorrência, condições mínimas de vida. Em grande parte, eles se confundem com o que em alguns países denomina-se de “*novos pobres*”. Os efeitos são de discriminação, mas também de exclusão de direitos. Estigmatizados como os anteriores, embora não necessariamente pelas mesmas razões, sofrem o processo específico de não ingressarem no mundo dos direitos ou deles serem expulsos, parcial ou totalmente.
3. Por fim, aponta como terceira forma a denominada “*nova exclusão*”. Nesse caso, o não reconhecimento vai além da negação ou recusa de direito. Insere-se em um processo de recusa ao espaço de obtenção de direitos. Esses grupos sociais – moradores de rua, meninos e meninas de rua, índios ou andarilhos/trecheiros – passam a não ter direitos a ter direitos, podendo, portanto ser fisicamente eliminado (NASCIMENTO, 2000, p. 61).

A “*nova exclusão*” social se constrói num processo múltiplo, simultaneamente econômico - expulsão do mundo do trabalho; cultural - representação específica de não reconhecimento ou negação de direitos; e por fim, social - rupturas de vínculos societários - e, por vezes, comunitário (NASCIMENTO, 2000, p. 68).

O que há de novo nesse processo é que um contingente cada vez maior de pessoas transforma-se de exército de reserva em “lixo industrial”. Não apenas não têm trabalho ou capacidade de gerar renda suficiente, como não têm qualidades requeridas para nele ingressar. A “*nova exclusão*” social constitui-se de grupos sociais que se tornam, em primeiro lugar, desnecessários economicamente. Perdem qualquer função produtiva, ou se inserem de forma marginal no processo produtivo, e passam a se constituir em um peso econômico para a sociedade (dos que trabalham e/ou têm renda) e para os governos.

No Brasil, o fenômeno global da emergência do novo pobre, deserdado do neoliberalismo, veio a somar-se ao histórico problema da pobreza. Os, então, “*velhos*

pobres”, situados em países como o Brasil, são atores presentes na formação da sociedade nacional, desde seus primórdios. O que se apresenta como fato novo é a constatação de que estes últimos caem dos patamares da pobreza para os da miséria. Isso se torna mais evidente quanto mais urbana for a sociedade (BURSZTYN, 2000, p. 36)

O impasse nas relações campo-cidade, resultante de um êxodo rural bem maior do que a atratividade da economia das cidades e das possibilidades de inserção no mercado de trabalho, serviu de combustível ao agravamento das possibilidades de inserção na vida urbana. Nesse contexto, novas formas de miséria se delinearam, modificando as antigas conformações de pobreza.

Dentro desse contexto, os velhos e novos pobres se apresentam como uma questão social que surge através de processos combinados entre as relações de trabalho e o aprofundamento das desigualdades sociais, tendo efeitos no aumento do número de pessoas em situação de rua, nos centros urbanos. Analisando dados nacionais, observamos que, no Brasil, 40% do total de trabalhadores “ocupados” encontram-se na faixa de rendimento de até um salário mínimo; e que somente dois de cada dez trabalhadores estão vinculados ao sistema de proteção social e trabalhista. (POCHMANN apud NUNES, 2013, p. 26). Esse dado é importante, pois destaca o número significativo de brasileiros que, mesmo trabalhando, encontra-se em situação de pobreza, que pode derivar em casos de situação de rua.

No Brasil, a histórica concentração da riqueza, do poder político e da miséria social passou por vários ciclos econômicos, como pau-brasil, cana-de-açúcar, ouro, café e industrialização. Passou, também, por diversos regimes políticos, como colônia, império, república, ditadura e democracia. Toda essa trajetória econômica, segundo Pochmann apud Nunes (2013, p. 27), teve a prevalência da improdutividade de ricos rentistas sobre uma profunda desvalorização do trabalho no Brasil.

Porém, os dados mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2012) apresentam uma mudança em relação à perspectiva supracitada. Segundo dados da PNAD 2011, a desigualdade da renda entre ricos e pobres diminuiu no Brasil, entre os anos de 2009 e 2011. As pessoas que recebiam menos tiveram mais

ganhos do que aquelas que recebiam mais, levando a um reflexo direto no índice de rendimentos (NUNES, 2013, p. 28).

Durante esse período, o rendimento médio mensal do trabalhador brasileiro cresceu 8.3%. A parcela dos 10% mais pobres da população teve o maior aumento (29,2%); enquanto o 1% mais rico teve 4,3% de crescimento. A diferença entre ricos e pobres caiu, apesar de continuar grande. Em 2009, a média dos rendimentos dos mais ricos era de 107 vezes maior do que a dos mais pobres, em 2011, a proporção chegou a 87 (NUNES, 2013, p.29).

Se, por um lado, temos o aumento do fenômeno da população em situação de rua nos centros urbanos, através da emergência de grupos sociais que se tornam desnecessárias para o mercado do trabalho e econômico, por outro lado, também temos indicadores que apontam para uma diminuição das desigualdades sociais no país. Isso nos mostra as múltiplas manifestações do processo de pobreza, com as diferentes formas de exclusão, se configurando num fenômeno com características multidimensionais, levando à necessidade de indicadores que considerem as complexidades e contextos sociais nos quais esses grupos estão inseridos. Veremos ainda outros indicadores de pobreza relacionados à população em situação de rua, mais adiante.

1.3 Processos de precarização das redes de sociabilidade e do trabalho: da vulnerabilidade à desfiliação social

De acordo com Castel (1997, p. 20), existem formas de pobreza real que não suscitam problemas, sendo chamado pelo autor de “pobreza integrada”, ou melhor, uma indigência integrada que não é marginalidade. O autor cita, como exemplo, o campesinato e os artesãos, das sociedades europeias até o século XIX, que viviam no limite do “patamar de pobreza”, no sentido de não terem reservas e estarem à mercê de mudanças conjunturais. Contudo, eles eram considerados como autônomos e autossuficientes, não dependendo de medidas especiais, que constituiriam o equivalente a uma política social (CASTEL, 1997, p. 21). O nível de recursos econômicos constituiu-se apenas num elemento para caracterizar o fenômeno do viver na rua.

Para o autor, o fenômeno de viver na rua comporta uma heterogeneidade de situações sociais envolvidas, separando a relação entre dois eixos: o lugar ocupado na divisão social pelo trabalho, e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção social. As “*zonas de coesão*” e “*integração social*” seriam a correlação entre as relações de trabalho e redes de apoio.

Sendo assim, a vulnerabilidade social seria caracterizada pela desintegração das relações de trabalho e das redes de suportes e vínculos familiares, podendo resultar em processos de “*dissocialização*” progressiva em direção a modos de vida precários.

Segundo Castel (1997, p. 23), as situações marginais, ou o fenômeno de vivência de rua, aparecem ao fim desse duplo processo de desligamento. A partir desse duplo eixo, (relação ao trabalho e suportes vinculares), o autor distingue três gradações em cada um deles: trabalho estável, trabalho precário, não-trabalho; inserção relacional forte, fragilidade relacional, isolamento social.

O conceito de “*desfiliação*” proposto por Castel (1997, p. 23) sintetiza tal reflexão ao apontar para um processo de fragilização em torno desses dois eixos. Somando-se a isso, essas gradações, duas a duas, resultam em quatro zonas:

- “*Zona Integrada*”: trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntas. Esses grupos apresentam segurança no emprego e integram fortes e coerentes redes sociais;
- “*Zona de vulnerabilidade*”: trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais. Compreendem os ambulantes e trabalhadores do mercado informal sem reservas econômicas, por exemplo. Incluem-se aqui também os trabalhadores intermitentes do campo ou da cidade, que não são assumidos pelo mercado formal e suas garantias. Sua instabilidade é crônica e eles estão sempre ameaçados a passar para a terceira zona;
- “*Zona de desfiliação*”: ausência de trabalho e isolamento social, chamada também de zona de marginalidade, para marcar a amplitude do processo de desligamento. Aqui se encontra o chamado “vagabundo”. Ele não trabalha, apesar de poder trabalhar, no sentido de estar apto ao trabalho. Ao mesmo tempo, esse sujeito está cortado de todo apoio relacional. Consequentemente,

sobre ele recaem medidas repressivas cruéis, do rechaçamento à exposição à morte.

- “*Zona da assistência*”: encontra-se aqui o tratamento dispensado à indigência inválida, seja por razões físicas (enfermidades, doenças), seja por razões de idade (crianças e velhos). Essa última zona realiza uma proteção aproximada, fundada no princípio da “casa de caridade”.

Esse modelo, apresentado por Castel, não é estático, portanto não se trata de estrutura, mas sim de processos de percurso, pois garantem a análise de transição em que indivíduos podem mudar da zona de integração para a de vulnerabilidade, deslizar para a zona de desfiliação, ou ainda sair da zona de desfiliação, passando a integrar a zona de vulnerabilidade, por exemplo.

Discorrer sobre desfiliação não é ratificar uma ruptura, mas reconstruir o percurso. Segundo Castel (2013, p. 27), a noção pertence ao mesmo campo semântico que a dissociação, a desqualificação ou a invalidação social. As populações que povoam essas “zonas” ocupam uma posição homóloga na estrutura social, ao longo dos períodos históricos. Por exemplo, há homologia de posição entre os “inúteis para o mundo”, representados pelos vagabundos, antes da Revolução Industrial, e diferentes categorias de “*inempregáveis*” de hoje.

As pessoas, ao longo da vida, podem passar por diferentes zonas à medida que mudam os contextos sociais em que estão inseridas e suas posições perante a sociedade. A compreensão dessa dinâmica traz elementos importantes para o desenho do cuidado e da rede, quando estamos trabalhando com pessoas em situação de rua. Na medida em que ocorre o processo de desfiliação social, temos um aumento ao longo do tempo, das situações de vulnerabilidades na vida de cada pessoa, bem como a precarização dos modos de vida. Vejamos, a seguir, no campo da saúde, a discussão da noção de riscos e vulnerabilidades.

1.4. Vulnerabilidade na perspectiva da saúde: sua incorporação no cuidado em saúde das pessoas em situação de rua

No contexto da epidemia da Aids, na década de 1980, o conceito de riscos e vulnerabilidades ganhou uma importância central nas intervenções de saúde frente às dificuldades e os impasses causados diante da epidemia. Iniciaremos esse tópico discutindo a noção de risco para, em seguida, apresentar a noção de vulnerabilidade.

A noção de risco encontra-se no campo da Epidemiologia, e sua investigação dispõe de procedimentos probabilísticos, ou seja, ao caracterizar um fenômeno de saúde e doença, descrevem-se as populações afetadas, de acordo com determinadas características cuja associação probabilística com o agravo em estudo pareça relevante. (AYRES et al., 2006).

Para Ayres (2009, p. 16), os limites e tensionamentos apresentados pela Epidemiologia contemporânea são: (1) o “*abstracionismo*”, como elevado grau de abstração para demonstrar as associações necessárias; (2) a “*restrição teórica*”, como, por exemplo, a excessiva liberdade para a especulação causal, trazendo o enfraquecimento para a formulação de teorias próprias a esse ramo científico (referentes às relações entre aspectos sociais e processos saúde/doença) e, por fim, (3) a “*escassez de síntese*”, vindo restituir a unidade de sentido de variáveis e categorias, oriundas de áreas disciplinares tão distintas.

Para a produção de conhecimento, muitas vezes é necessário a construção de categorias que auxiliem a análise de determinadas situações. Contudo, faz-se importante compreender que tais categorias são artificiais, no sentido que não são as categorias que organizam a vida das pessoas, elas apenas ajudam a compreender um determinado fenômeno de modo a propor programas de prevenção e intervenções à saúde.

No contexto da epidemia da Aids, os estudos epidemiológicos identificaram certos grupos populacionais, em que as chances de contaminação com a doença eram maiores do que a população geral. Os riscos identificados nessas populações passaram a ser tratados como uma identidade, que as transformou em grupos de risco. O “isolamento sanitário” de tais grupos foi a base para as práticas de prevenção, com

perspectivas morais com meta nas abstinências dos prazeres, como sexo e drogas, para quem fosse considerado “grupo de risco” (AYRES et al., 2006).

Essa situação fortaleceu atitudes preconceituosas com relação aos grupos de risco, principalmente contra os homossexuais. A intensa reação social de alguns grupos rotulados como grupo de risco, em especial os militantes gays norte americanos, foi fundamental para mudanças nas práticas de prevenção e promoção de saúde (AYRES et al., 2006).

Segundo Rhodes (1995, p. 126), o pensamento contemporâneo sobre riscos epidemiológicos é desprovido da compreensão sobre as experiências vividas, fazendo com que haja pouca, ou nenhuma valorização dos estilos de vida cotidianos das populações afetadas por determinadas doenças, ou ainda, de como esses estilos de vida formam, mediam ou influenciam as percepções de riscos.

Rhodes (1995) nos apresenta duas modalidades de entendimento e aplicabilidade das teorias dos riscos. Vejamos:

A primeira categoria, conhecida como *comportamento de risco*, chamada pelo autor de “*Teoria da Racionalidade Individual de Riscos*” (*Single Rationality Theories of Risk*), é desenvolvida pelo conhecimento tradicional da epidemiologia em saúde.

Nessa perspectiva, o cálculo e a avaliação das aceitabilidades e suscetibilidade dos riscos são enraizados nos indivíduos, em relação ao que é saudável e prejudicial à sua saúde. Ações individuais para evitar os riscos são vistas como “escolhas saudáveis”, sendo um comportamento mais racional do que irracional, envolvendo processos cognitivos e racionais para a mudança dos comportamentos percebidos como seguros. Por exemplo, quando um usuário de drogas continua o uso de determinada SPA, informado dos seus malefícios, a continuidade de tal comportamento é frequentemente entendida, nessa modalidade de risco, como uma escolha irracional.

Aceitar essa noção de risco é colocar a continuidade dos comportamentos de riscos na ordem dos problemas cognitivos ou comportamentos disfuncionais, uma vez que, sendo o indivíduo informado sobre os riscos que tal comportamento o expõe, permanecer com esse comportamento seria irracional. Essa teoria tende a reduzir os comportamentos como sendo um produto de uma decisão individual, ou ainda

simplesmente uma escolha a ser feita. Essa teoria ignora o fato de que seria considerado risco, dentro do entendimento de diferentes populações (RHODES, 1995).

De acordo com Ayres et al (2006), a principal limitação identificada na noção de comportamento de risco é a potencialidade de culpabilização individual. Nessa perspectiva de risco, o indivíduo é culpabilizado por não ter aderido a um comportamento seguro (e não arriscado), por ter falhado nos esforços de prevenção.

Buscando avançar nas limitações encontradas na teoria do comportamento de risco, Rhodes (1995, p. 128) apresenta a segunda modalidade da noção de riscos, conhecida como “situações de riscos” ou “*Teoria de Racionalidades de Situações de Risco*” (*Situated Rationality Theories of Risk*). As situações de riscos apontam que o comportamento de risco irá depender do contexto e das situações no qual o indivíduo se insere, reconhecendo as pluralidades de racionalidades e contextos sociais.

A percepção dos riscos, segundo a teoria da “situação de risco”, é socialmente organizada. A percepção do custo e benefício, ou risco, não é estatística ou necessariamente compartilhada entre todas as pessoas. Os códigos sociais e os estilos de vida mudam de acordo com os contextos sociais vividos. É uma situação estabelecida dentro de diferentes contextos sociais, de crenças e comportamentos (RHODES, 1995, p. 128).

O custo e benefício das ações são socialmente organizados, porque os pensamentos e comportamentos individuais são influenciados pelo que é aceito e legitimado socialmente. Todos os dias, novos modos de comportamento e pensamento se estruturam ou se reorganizam como normas e valores para grupos específicos (RHODES, 1995, p. 128).

Compreender as mudanças dos códigos sociais entre a população de rua é de extrema importância, pois o território da rua encontra-se em constante disputa de interesses, como por exemplo, as intervenções do poder público, os comércios locais, o tráfico de drogas, entre outros. Esse campo de tensão faz com que as pessoas que estejam habitando esses territórios criem diariamente estratégias de sobrevivência para lidar com as novas realidades que vão se configurando, fazendo com que os códigos sociais, compartilhados entre essas pessoas, estejam em constantes transformações.

Apresentar os riscos apenas como sendo fruto de escolhas individuais, ajuda a desfocá-los das ações a que eles estão relacionados, muitas vezes, configurando-se em um produto de “hábito social”, ao invés de simples comportamento individual. A redução de risco exige mais do que ajustes de processos cognitivos, requer também mudanças nas normas comunitárias e estruturas sociais (RHODES, 1995, p. 129).

Rhodes e Quirk (1995, p. 130), em uma pesquisa etnográfica com aproximadamente cem usuários de drogas injetáveis, em Londres, constataram que os usuários de heroína conheciam uma série de riscos associado ao uso injetável dessa droga. Entretanto, os significados de riscos para esse grupo não eram os mesmos que as pesquisas de saúde, naquele momento, indicavam. Isso mostra as limitações dos modelos de riscos convencionais, que tendem a conceituar a percepção de risco em função da gravidade do dano, sem considerar os códigos sociais compartilhados entre os grupos específicos.

Quando o comportamento de risco torna-se hábito, há menos chance de se fazer um “cálculo de riscos”, se tal comportamento fizer parte do cotidiano e da rotina da pessoa. Para os usuários de heroína, o ato de preparar a droga é bem parecido com nosso hábito de preparar um café ou fazer um lanche, ou seja, faz parte de sua rotina.

Tais ações dependem menos do “cálculo de risco” do que do hábito, porque seus benefícios estão intrinsicamente limitados pelo cotidiano. Dentro da rotina desses usuários, verificou-se que propor ações de saúde para a redução de riscos às overdoses e aos danos às veias, era mais condizente com o cotidiano e necessidades dessas pessoas do que focar na prevenção do HIV, risco este considerado menor, em relação às outras duas (RHODES, 1995).

Esse estudo aponta que não é possível trabalhar com usuários de drogas, na perspectiva de que o fato de injetar drogas seria o maior risco de suas vidas. Em verdade, há outros riscos que compõem o cotidiano desses usuários e que precisam ser estudados e compreendidos também como necessidades. Rhodes (1995, p. 133) assinala que o que está em jogo é uma “*hierarquia de riscos*”, de acordo com os contextos sociais e hábitos do cotidiano para cada grupo ou populações específicas.

A hierarquia dos riscos lança luz para o trabalho em saúde, junto às pessoas em situação de rua, pois possibilita a incorporação de diversos fatores de risco encontrados na complexidade do contexto da rua.

Por exemplo, estratégias de saúde voltadas às pessoas em situação de rua, somente com o foco no uso abusivo de drogas acabam se mostrando ineficazes, uma vez que as práticas de saúde que vão ao encontro desses usuários nas ruas, encontram também outras questões tão importantes quanto a do uso de drogas, ou até mesmo mais urgentes a serem enfrentadas, como por exemplo, feridas corpóreas e fome, tão comum nessa população e que a expõe a diversos problemas de saúde.

São diversos os riscos envolvendo as pessoas em situação de rua no seu cotidiano. Dentre eles, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) elenca que viver sem abrigo ou proteção adequada, deixa as pessoas mais vulneráveis às agressões de natureza física e moral, à alimentação incerta e em baixas condições de higiene, à água de baixa qualidade e pouco disponível, privação de sono, provação de afeição, variações climáticas, violência, dentre outros fatores.

Observando essas condições, podemos entender que esse contexto possibilita maiores riscos para a saúde dessa população, representando um desafio à efetivação de políticas de saúde, que deem conta dessa complexidade.

Pensar a noção de risco através da hierarquia de riscos se aproxima da perspectiva da vulnerabilidade, outra importante ferramenta para pensar o cuidado às pessoas em situação de rua, uma vez que tanto a hierarquia de risco quanto a noção da vulnerabilidade incorporam outros saberes em suas práticas, na perspectiva da integralidade do cuidado. Sendo assim, compreender os códigos e hábitos sociais das pessoas em contextos vulneráveis, tornam-se elementos importantes para a construção de práticas de prevenção e promoção em saúde.

Assim como a epidemia da Aids possibilitou novas problematizações e teorizações sobre a categoria de riscos, ela mostrou também as limitações dos saberes tradicionais da saúde pública e a necessidades de incorporação de *saberes mediadores*. A vulnerabilidade apareceu então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e outros saberes não científicos (AYRES, 2009).

Ainda segundo Ayres et al. (2006), os estudos sobre vulnerabilidades buscam compreender como indivíduos ou grupos que se expõem a determinados agravos à saúde, com base em três eixos analíticos: (1) “*dimensão individual*” (biológicos, comportamentais e afetivos), (2) “*dimensão social*” (características próprias a contextos e relações socialmente configurados) e (3) “*dimensão programática*” (políticas, programas, serviços e ações).

Na “*dimensão individual*”; os aspectos individuais da vulnerabilidade envolvem questões biológicas, comportamentais e afetivas. Diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, finalmente, às possibilidades efetivas das pessoas se prevenirem.

A “*dimensão social*” da vulnerabilidade entende os processos de saúde e doença como processos sociais e, nesse sentido, esse componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem a vulnerabilidade individual. Aspectos tais como: a estrutura jurídico-política, diretrizes governamentais dos países, relações de gêneros, relações raciais, crenças religiosas, sexualidade e pobreza, são aspectos importantes, que permitem compreender os comportamentos e práticas das pessoas.

Por fim, os autores (2006) colocam a “*dimensão programática*” da vulnerabilidade, na qual envolvem as diversas instituições: família, escola, serviços de saúde etc. Para que os recursos sociais estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços institucionais programáticos e políticas públicas nessa direção. Nesse campo, busca-se avaliar como algumas áreas, especialmente as de saúde, educação, bem estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade.

É relevante destacar aqui que cada uma das três dimensões é apenas uma perspectiva de uma realidade que é única, sendo que cada dimensão analisada sempre remete às duas outras. Entretanto, Ayres (2009, p. 17) aponta que há certa independência dentre essas dimensões, no que se referem às situações particulares a serem analisadas.

Assim, é possível encontrar situações individuais de alta vulnerabilidade, em contextos relativamente mais favoráveis. O contexto da rua pode ser entendido como de alta vulnerabilidade, mas, por exemplo, alguém nessa situação pode ter criado estratégias de sobrevivência individuais, que a torne menos vulnerável frente a esse contexto.

No que se refere aos aspectos individuais de vulnerabilidade, vale destacar que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de incorporá-las não repercutem somente na capacidade do indivíduo em evitar as situações de riscos. No caso das pessoas em situação de rua, é preciso compreender quais são os acessos que elas possuem aos meios de comunicação, quais os recursos materiais elas provem para ter acesso a tais informações, o grau de escolarização e barreiras culturais. Esses são alguns exemplos de questões que devem ser incorporadas às análises de vulnerabilidade.

Compreender o contexto de rua permite a criação de estratégias de cuidado mais condizentes com os comportamentos e hábitos cotidianos dessas pessoas, sendo possível uma melhor compreensão das situações de riscos no qual elas se expõem e são expostas, como, por exemplo, as DST/Aids, uso abusivo de álcool e drogas, as situações de violência, fragilidades nas redes sociais e familiares, as migrações, exclusão do trabalho e dos direitos trabalhistas, condições precárias de saúde e a baixa procura por serviços da rede de saúde.

1.5. O Caso Bruna: desfiliação social por fragilidade dos vínculos familiares, de trabalho e uso abusivo de drogas

Escolhemos o caso de Bruna, usuária acessada pelos profissionais do CnaR, moradora de rua e travesti, para mostrar os processos de desfiliação e precarização dos modos de vida na rua, associados às outras formas de vulnerabilidade, como o abuso de drogas. Apresentaremos três situações de encontro com Bruna: duas em abordagem de rua e a última no CAPS AD 24hs, onde ela estava em acompanhamento de hospitalidade noturna.

Meu primeiro contato com Bruna foi próximo à região da Catedral (centro de Campinas). Já era noite e fazia bastante frio. Estava acompanhando a equipe do CnaR em sua última abordagem de rua da noite. Havia por volta de umas quinze pessoas em frente à loja Renner (devido à marquise da loja, esse local era ponto de permanência noturna para as pessoas em situação de rua) e estavam todas próximas, uma das outras. Elas eram bastante jovens e o clima era de descontração.

A equipe se dividiu nas abordagens, pois eles já conheciam as pessoas que estavam ali. Acompanhando Carol (reduzora de danos) e Alcyone (coordenadora), fomos na direção de três pessoas que estavam conversando. Havia uma mulher negra, jovem, com os cabelos cheios de trancinhas, parecendo estar bem cuidada. Junto a ela, estavam dois rapazes, cobrindo-se com cobertores. Um deles comia uma barra de chocolate, enquanto o outro estava deitado. Diferentemente da mulher negra, os dois rapazes estavam bem sujos e pareciam alterados por uso de algumas SPAs.

Eles disseram que recentemente ficaram internados por dois meses, em uma comunidade terapêutica em Hortolândia (cidade próxima a Campinas). Saíram da internação por alta administrativa, devido a desentendimento com um dos monitores do local. Essa comunidade terapêutica, de abordagem religiosa, condicionou a permanência deles a que não usassem roupas femininas e também cortassem o cabelo. Com pressupostos religiosos orientando suas abordagens terapêuticas, a “cura do vício” da droga, estaria associada à cura de outros “males”, como a homossexualidade, travestismo, trabalho como profissional do sexo, entre outros. O estado de precariedade física e social em que elas se encontravam, no momento da internação, não possibilitava muitas escolhas, a não se submeterem ao excesso de normas para permanência, mesmo que isso violasse suas identidades.

Uma delas, chamada Bruna relatou: “As pessoas me falam que estou com cara de homem; com jeito de homem”. Era visível que estava bastante incomodada com isso, não se reconhecia mais, tinha perdido suas referências. Disse que estava com mais dificuldade para fazer “algum dinheiro” (era profissional do sexo) e que as pessoas, suas colegas de rua, não a reconheciam mais. Após a saída da comunidade terapêutica, Bruna relatou que retornou rapidamente ao uso diário de álcool e crack (trecho do diário de campo, 14/08/2014).

Em outro momento de abordagem na rua, encontramos Bruna, no período da tarde, na região do Terminal Central de Ônibus:

[...] Estávamos Suzi (reduzora de danos) e eu colocando alguns insumos de RD na mochila, quando Bruna chega até Suzi pedindo gel íntimo. Estava no CR DST/AIDS, onde se trata, pois estava preocupada com sua mão direita, que estava inchada, mostrando-a para nós. Além disso, Bruna também estava preocupada com uma história que estava “rolando” na rua. Ela disse à Suzi que uma travesti, conhecida de ambas, havia falecido. Ouvira que ela foi assassinada e encontrada na linha do trem. Suzi ficou bastante abalada com a notícia (Suzi também é travesti e conhecia as “meninas”, como costuma dizer, não só pelo trabalho do CnaR, mas também pelo trabalho na noite, “conheço a rua mesmo, foram 10 anos, sou puta velha”). Bruna se despede, estava com pressa (trecho do diário de campo, 02/09/2013).

Conversa com Bruna no CAPS AD Reviver:

[...] Chego ao CAPS AD Reviver 24hs, por volta das 14hs, para conversar com Bruna. A usuária estava sendo acompanhada no serviço de hospitalidade noturna havia três dias. Antes de me encontrar com Bruna no serviço, tenho uma conversa com Alcyone (coordenadora CnaR) que me disse: Perdemos o contato com Bruna no final do ano (2013), ela deu uma sumida e apareceu no CS Centro no começo do ano dando um “barraco”, querendo ser atendida.

Os profissionais (CnaR) que acompanham o caso do CnaR acharam estranho o fato de Bruna ter dado um “barraco” no CS, pois a usuária costuma ser bastante amigável às abordagens. Questionada sobre esse fato, Bruna disse que foi orientada por uma profissional de saúde (que trabalhava com abordagens de rua) a fazer um “barraco” no CS, pois só assim ela seria atendida.

Já tranquila quando os profissionais do CnaR chegaram ao CS, avaliaram a necessidade de leito noite no CAPS AD 24hs. Bruna estava em uso abusivo de álcool e com as mãos bastante inchadas, sendo que a mão direita perdeu os movimentos e a força, não conseguia segurar nenhum objeto na mão direita.

Desde sua chegada ao serviço, diversos exames foram agendados na rede de saúde de Campinas para investigação do inchaço nas mãos. Problemas cardíacos associados e

Acidente Vascular Cerebral (AVC) foram levantado como hipóteses pelas equipes do CAPS AD e CnaR.

Após essa conversa, Alcyone (coordenadora CnaR) me acompanha até Bruna. Ela não se lembrava de mim. Apresento-me novamente como pesquisador, lembrando-a de que já tínhamos nos encontrado em outras ocasiões, nas abordagens de rua do CnaR.

Fomos a um local mais reservado. Bruna estava bastante preocupada com suas mãos e disse que o médico marcara um neurologista para aquela semana. Acredita que o problema poderia ser pelo uso de álcool. Nas últimas semanas, informou-me que tinha parado com o uso de crack, mas continuava bebendo muito: “o problema é não mexer a mão direita... nem meu nome consigo escrever mais”.

Bruna nasceu em Passos/MG, tem 34 anos e chegou a Campinas em 2005. Foi criada pela avó materna e relata ter tido pouco contato com os pais, mesmo na infância: “eles eram separados e precisavam cuidar da vida deles”. Sua família continua em Passos, mas não tem contato com eles.

Bruna: Minha família não aceitou minha homossexualidade, aí minha avó me mandou sair da casa dela. Ela era evangélica e não aceitava essas coisas... desde muito nova eu gostava de me “montar” (vestir-se de mulher).

Após sair da casa da avó, Bruna foi para o “trecho”²³. Percorreu diversas cidades até chegar a Campinas, em 2005. Tinha o sonho de ir morar numa cidade de praia com alguns amigos, mas seus planos não deram muito certo. Após ser expulsa da casa da avó, Bruna permaneceu em situação de rua desde então. Tentou voltar para Passos, há alguns anos, para rever sua família e tentar morar com sua mãe, mas não deu certo: “Eles não aceitam meio jeito e o uso de drogas”.

Iniciou o uso de álcool por volta dos 15 anos (saiu da casa da avó por volta dos dezoito anos). Relata que a princípio, fazia uso de bebida e de maconha. Por volta dos vinte anos, iniciou o uso de crack, diminuindo consideravelmente o uso de maconha: “com o crack eu consigo controlar, uso por algumas semanas e paro quando vejo que estou

²³ As pessoas em situação de rua utilizam o termo “trecho” para dizer de um movimento itinerante entre cidades e estados. Pode ser entendido também como “cair na estrada”.

perdendo o controle. O problema é a bebida e o cigarro, tenho dificuldade de ficar sem”.

Quando pergunto sobre trabalho, Bruna informa que já trabalhou temporariamente em diversos locais. O último foi com trabalho de reciclagem: “o problema é que com o que eu ganhava na reciclagem, não conseguia pagar uma pensão”.

Bruna disse que já ficou em algumas Casas de Apoio e Comunidades Terapêuticas, geralmente evangélicas. A última vez foi há alguns meses. Relatou que conseguiu ficar por dois meses: “tem muitas regras, tem que rezar sempre, não pode ser homossexual, muito menos travesti, porque eles falam que é pecado e que a gente tem que mudar... acho importante ter regras, mas quando tem muitas regras fica difícil ficar por muito tempo”. Bruna disse que o tempo que consegue permanecer nas Casas de Apoio fica melhor, pois quando para de usar drogas sua saúde melhora.

Naquele momento, estava preocupada com a perda dos seus documentos -, precisava refazê-los novamente. Vinha conversando com a equipe do CAPS AD para acertar o dia em que poderá ir ao Poupa Tempo.

Bruna relatou também as dificuldades de morar na rua: “Às vezes é bem difícil, por isso as pessoas que estão na rua usam drogas. Conheço alguns moradores de rua que não usam nada, mas eles geralmente não andam e não ficam com as pessoas que bebem e usam drogas”. Outro problema vem sendo a Guarda Municipal na rua: “eles chegam batendo, tiram nossas coisas, é bem difícil, toda hora tiram foto da gente, mandam a gente para a polícia...”.

Bruna terminou a conversa dizendo que quer se tratar, ver o que está acontecendo com suas mãos e que vai tentar arrumar um emprego para poder pagar uma pensão e sair da rua (trecho do diário de campo, 13/01/2014).

Bruna nasceu em uma família pobre e seus pais a tiveram ainda muito jovens. Como ela mesma diz, não conseguiram criá-la, pois precisaram “se virar para sobreviver”. Desde muito jovem, transita entre a “zona de vulnerabilidade” e a “zona de desfiliação”. Segundo seu relato, seus laços familiares sempre foram extremamente frágeis. O fato de começar a se “montar” desde jovem, experimentando assim as

transformações de identidade de gênero, intensificou o processo de ruptura dos vínculos familiares.

Assim como muitos outros jovens, Bruna teve os vínculos familiares rompidos quando começou o processo de transformação de gênero, acompanhado de mudanças corporais através de aplicação de hormônio. Ela não teve muitas escolhas além de trabalhar como profissional do sexo, como forma de estruturar minimamente sua sobrevivência.

Adentrando na questão da formação dos vínculos de trabalho, cabe destacar uma prática verificada no Município de Campinas: lá, historicamente, a redução de danos tem contratado travestis para serem agentes de RD. Trabalhar como RD, na maioria dos casos, foi a primeira inserção no mercado formal de trabalho, possibilitando ter-se carteira assinada, bem como os direitos e garantias correspondentes. Ser profissional do sexo, no caso das travestis pobres, torna-se, muitas vezes, uma única opção, uma vez que as possibilidades reais de trabalhar em outras atividades são praticamente inexistentes, o que nos aponta para uma precariedade nas relações de trabalho.

Acrescido a este histórico, a falta de uma rede de suporte mínima e a instabilidade inerente à prática do trabalho como profissional do sexo acabaram por intensificar, para Bruna, um processo de desfiliação social, entrando para a categoria social de “marginalidade”, fazendo com que a rua passasse a ser, além de seu local de trabalho, também o de moradia. Bruna, com o passar do tempo, começou a estruturar sua vida na rua.

Importante destacar que a utilização da prática sexual como trabalho, para Bruna, não está relacionada somente a uma forma de obtenção de dinheiro para a sua sobrevivência na rua, mas também é utilizada para custear o seu uso abusivo de crack. Segundo o Ministério da Saúde (2013), o sexo é a segunda maneira mais utilizada como forma de obtenção de dinheiro entre os usuários de crack, chegando a 7,8% (na população geral chega a 1%), perdendo somente para os trabalhos esporádicos e autônomos, como os “bicos”. Portanto, o sexo comercial é uma fonte relevante de renda entre os usuários de crack em geral, sendo intensificada essa prática quanto maior o contexto de vulnerabilidade no qual estão inseridos.

Bruna atualmente se considera “da rua”, transita entre o trabalho precário e o não trabalho, dependendo da sua condição de saúde. Pode-se entender que ela está na situação de “*ser de rua*”, pois, com o passar dos anos, ela foi sofrendo um processo de fragilização físico e mental em função dos fatores de vulnerabilidade envolvidos no contexto de rua.

Sua rede de sociabilidade é precária, contudo ela não chega a romper com todos os vínculos construídos na rua. Além dos companheiros de rua, Bruna apresenta uma rede de suporte nos serviços de saúde onde se trata, como, por exemplo, o CnaR e o Programa DST/Aids. Ela acessa os serviços, seja para pedir insumo de RD ou quando está preocupada com seu estado de saúde, por isso ela está na zona de vulnerabilidade.

Para além dos eixos mundo do trabalho e as relações familiares, entendemos que a usuária apresenta outro fator importante de vulnerabilidade no seu modo de vida: o uso abusivo de SPA. Lisboa (2013, p. 100), em um trabalho etnográfico sobre a população de rua e as redes de saúde mental, no município de São Paulo, assinala a aproximação com as drogas, seja pelo uso ou pela venda, como um fator importante que compõe o cenário de vulnerabilização das pessoas em situação de rua, na intersecção entre os processos apresentados, da desfiliação social nos estudos sociológicos.

Em um estudo sobre população de rua e uso de drogas, Varanda (2009, p. 191) assevera que o recurso químico das SPA promove o alívio do sofrimento físico e psíquico, mediando as relações sociais, adquirindo assim, uma finalidade específica nas estratégias de sobrevivência na rua. Mesmo quando o uso de drogas é anterior à situação de rua, o autor acredita que a precarização das relações socioeconômicas e a imagem estigmatizada de “menos valia” estimula o uso desregrado e danoso, cronificando a relação entre o sujeito e a droga. Bruna, em nossa conversa, aponta essa relação entre as dificuldades de morar na rua e o uso intenso de drogas.

Viera, Bezerra e Rosa (2004, p. 102) destacam o uso do álcool, mais especificamente o da cachaça, do ponto de vista social, como uma companhia inseparável para ajudar a suavizar o desconforto e a solidão da vida nas ruas, permitindo o estabelecimento dos laços com os companheiros da rua. A cachaça estaria associada a uma história de perdas sucessivas, como: os laços familiares, emprego e condições físicas.

O uso abusivo de álcool e drogas, para Bruna, surge como um importante fator de ruptura dos já fragilizados vínculos sociais e do trabalho. Esse vetor de vulnerabilidade, segundo relato da usuária, e também no que pudemos acompanhar, no período da pesquisa, se mostra como um fator que a faz transitar da “*zona de vulnerabilidade*” para a “*zona de desfiliação social*”, tornando-a mais vulnerável aos processos de adoecimento, bem como, a todas as formas de violência e exposição à morte, como ocorreu com sua amiga travesti que foi assassinada.

Bruna permaneceu em acompanhamento intensivo no CAPS AD, por três semanas. Interrompendo o uso abusivo de álcool e drogas, ela apresentou uma melhora significativa do seu quadro clínico e estado geral de saúde. Após sair do leito de hospitalidade noturna, voltou para a rua.

A equipe do CnaR continua acessando a usuária, na rua, todas as semanas. A coordenadora do serviço disse que Bruna voltou a trabalhar e está com um novo companheiro, encontra-se melhor de saúde. Continua em uso de drogas, mas não de maneira contínua, vem controlando o uso para poder manter seu cotidiano na rua.

Mesmo apresentando uma melhora, após sua inserção na rede de saúde, não há uma perspectiva, nesse momento, que Bruna consiga sair da situação de rua na qual se encontra. O processo *continuum* de precarização de sua saúde vem comprometendo, com o passar dos anos, as possibilidades de trabalho que ainda mantém, seja com reciclado ou como profissional do sexo, caminhando assim, progressivamente para a ausência de trabalho e o isolamento social, o que pode caracterizar um processo de desfiliação social.

É importante destacar que a heterogeneidade da população, que se encontra em situação de rua, também é reflexo da diversidade de motivos que a levou a essa situação, desse modo, não se pode generalizar ou maximizar uma única explicação. No caso de Bruna, observamos o processo de desfiliação social como efeito das fragilidades dos vínculos familiares e de trabalho, e também como efeito do uso abusivo de SPA. O fato de Bruna ser uma travesti tem efeitos importantes para a fragilização de tais vínculos.

A situação de Bruna nos ajuda a identificar as vulnerabilidades experimentadas por essas pessoas, como eixo condutor para a integralidade do cuidado no cotidiano do

contexto da rua, ofertando indícios para uma *clínica das vulnerabilidades* (LISBOA, 2013, p. 251), como veremos no Capítulo 3.

2. Os modos de vida das pessoas em situação de rua: um olhar para o Brasil e para Campinas

Apresentaremos, neste item, o perfil da população em situação de rua que começou a ser traçado a partir do Censo Nacional de 2007, comparando com o Censo de 2007/2008, do município de Campinas-SP. Em seguida, tomaremos o Censo 2014 de Campinas como um caso que nos aponta para um modo de caracterização dessa população, que vem utilizando categorias do campo da saúde mental para a construção de perfil populacional, e por fim, apresentaremos casos distintos que foram acompanhados pelos profissionais do CnaR que nos permitem identificar a heterogeneidade das situações e a relevância da perspectiva da vulnerabilidade para a elaboração de estratégias de cuidado.

2.1 Perfil das pessoas que vivem nas ruas: contextualização nacional e em Campinas-SP

Realizar estudos sobre pessoas em situação de rua é uma tarefa desafiadora, tanto no plano conceitual, como já nos referimos acima, como no metodológico. É difícil pesquisar as pessoas em situação de rua porque elas são flutuantes, temporárias e nômades. O levantamento de dados exige técnicas especiais e dificilmente pode ser feito tendo em conta todas as regras de pesquisa empírica, dentro das recomendações metodológicas e estatísticas. Não é tarefa fácil contar as pessoas, saber quem são e como pensam, entender suas redes de sociabilidade e suas formas de sobrevivência.

Contudo, algumas soluções estão sendo encaminhadas, segundo Araújo (2000, p. 89). No plano metodológico, foram desenvolvidas técnicas especiais de pesquisa, associando coleta clássica de dados – com o uso de questionários estruturados e tentativas amostrais – à observação participante.

Uma vez considerados os desafios metodológicos para a realização de pesquisas censitárias de pessoas em situação de rua, podemos partir para os resultados encontrados nas pesquisas realizadas no território nacional (BRASIL, 2012) e na cidade de Campinas (BRASIL, 2008).

Em 2007, foi realizado o primeiro censo nacional da população de rua. O levantamento abrangeu 71 municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes e todas as capitais, exceto São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, que já tinham feito pesquisa semelhante, utilizando metodologia e definições compatíveis, sendo possível integrá-las ao levantamento nacional. A cidade de Campinas foi um dos municípios selecionados.

Em todas as cidades selecionadas, foi realizado um censo das pessoas em situação de rua, através da aplicação de um questionário reduzido, e uma pesquisa amostral, que investigou um conjunto de questões²⁴. O objetivo foi melhorar a compreensão a respeito das características desse grupo social.

Na pesquisa nacional, foram contabilizadas 31.922 pessoas vivendo em calçadas, praças, rodoviárias, rodovias, parques, viadutos, posto de gasolina, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em albergues, casas de passagem, casas de apoio e igrejas. Nesse sentido, ao somar o valor do contingente da pesquisa nacional com os números das pesquisas realizadas em São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, estima-se que o total de pessoas adultas em situação de rua, identificadas, representa, aproximadamente, 50.000 (BRASIL, 2014). Dentro desse contingente, em Campinas, foram identificadas 1027 pessoas vivendo nessas situações, esse contingente equivale a 0,099% da população da cidade (BRASIL, 2008).

Embora expressivo, é importante destacar que esse contingente não é condizente com o total de pessoas em situação de rua no país, pois a pesquisa nacional não englobou as crianças e os adolescentes que também vivem nessa situação; e, principalmente, porque se deve considerar que as pesquisas foram realizadas em um conjunto de municípios brasileiros e não em sua totalidade, num período específico.

²⁴ As questões levantadas foram, prioritariamente, características socioeconômicas, como: sexo, cor, faixa etária, escolaridade, principais motivos de saída para a rua, trajetórias de vida, locais de pernoite, trabalho e renda, vínculos familiares, alimentação, hábitos de higiene, condições de saúde e documentação.

Feita essa observação, apresentaremos um breve resumo dos resultados das pesquisas para a compreensão de como essa população começa a ser delineada oficialmente, uma vez que o resultado desse levantamento ajudou na formulação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009.

- A população em situação de rua é predominantemente masculina (82%) no território nacional. A preponderância masculina foi de 86% em Campinas.
- Mais da metade (53%) das pessoas adultas entrevistadas possuía entre 25 e 44 anos. Em Campinas, a faixa etária de 25 e 44 foi de 58% das pessoas entrevistadas.
- Aproximadamente 69% se declaram afrodescendentes (29,5% se declaram pretas e 39,1% pardas). Em Campinas, 42,6% dos entrevistados se declaram pardas. (Essa proporção é semelhante à observada no conjunto da população brasileira de 38,4%). Declaram serem brancas 34,4% (número menor que a apresentada na população geral de 53,7%) e as que declaram serem pretas foi um contingente de 20,2% (na população geral, encontramos 6,2%). Assim, as pesquisas informam que a proporção de negros é substancialmente maior na população em situação de rua do que na população geral.
- Em relação à formação escolar, 15,1% nunca estudaram e 48,4 % relatam não ter concluído o primeiro grau, somente 3,2 completaram o segundo grau. Em Campinas, o número de pessoas que não concluiu o 1º grau foi de 64,6%, média maior que a nacional. Concluíram o 2º grau, 9,2 %, média maior que a nacional.
- O nível de renda encontrado pelas pessoas em situação de rua foi extremamente baixo, a maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. Na pesquisa feita em Campinas não aparece referência sobre a renda da população de rua.
- Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiam aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%); e, dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos, que a pesquisa destaca que podem estar correlacionados entre si ou, um motivo ser consequência do outro. Em Campinas, os motivos para viver na rua, que se

referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (44,8%), acima da média nacional; desemprego (32,2%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,5%).

- Na pesquisa nacional, sobre as trajetórias, 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moravam; 56% vieram de municípios do mesmo Estado de moradia à época; e 72% de áreas urbanas. Dos que já moraram em outra(s) cidade(s), 45,3% se deslocaram em função da procura de oportunidades de trabalho e o segundo motivo foram as desavenças familiares (18,4%). Do total de pessoas pesquisadas, 48,4% estava há mais de dois anos na rua ou em albergue. Em Campinas, 20,1% dos entrevistados sempre viveram na cidade; 48,9% vieram de municípios do mesmo Estado de moradia; e 61,7% vieram de áreas urbanas. Isso significa que uma parcela considerável da população em situação de rua é originária do mesmo local em que se encontra, ou de locais próximos, não sendo decorrência de deslocamento ou da migração campo/cidade. Do total de entrevistados, 47,6% estava há mais de dois anos na rua ou em albergues.
- Sobre o trabalho e renda, a população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores, já que 70,9% exerciam alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para a sobrevivência. Em Campinas, 65,4% da população em situação de rua eram compostas por trabalhadores que exerciam alguma atividade remunerada. Destacam-se: catador de materiais reciclagem (27,9%), construção civil (11,2%) e flanelinha (6,9%). Pedem dinheiro como principal meio de sobrevivência apenas 20,5% das pessoas. Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que essa população é composta por “mendigos” e “pedintes”. A maioria dessas pessoas trabalha para sobreviver. Esses resultados mostram uma tendência mundial sobre a população de rua. Não mais composta apenas por “mendigos”, “vagabundos”, deficientes físicos ou mental, como em outros tempos, juntam-se a eles um contingente cada vez mais expressivo de desvinculados do mundo do trabalho formal, tendo o mercado informal como possibilidade de geração de renda (BURSZTYN, 2000, p. 42).

- Sobre a documentação, 24,8% das pessoas entrevistadas não possuíam quaisquer documentos de identidades na pesquisa nacional, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. Em Campinas, 71% possuem carteira de identidade, 49,6% possuem CPF, carteira de trabalho 48,1%, com posse de título de eleitor 43,1%, e com certidão de nascimento ou de casamento 43,2%. Uma quantidade considerável de pessoas em situação de rua não possui algum tipo de documentação; muitas vezes tiram novos documentos, mas tornam a perdê-los. Segundo Vieira, Bezerra e Rosa (2004, p. 101) o ritual do documento parece conter, simbolicamente, a tentativa reiterada de adentrar as portas da cidadania que resgataria sua identidade perdida.
- Em relação ao acesso aos programas governamentais: 88,5% afirmam não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Em Campinas, 91,5% relatam não receber benefícios dos órgãos governamentais; entre os benefícios recebidos se destacaram a aposentadoria (2%) e o programa Bolsa Família (1,6%).

No que se refere às condições de saúde da população em situação de rua:

- Na pesquisa nacional, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, cujos problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Dos entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento. Postos/centros de saúde eram as principais vias de acesso a esses medicamentos.

É importante considerar que o período apurado pode não mais retratar a realidade atual, tendo em vista a característica migratória dessa população, a mudança de estratégia pública dirigidas a ela e outras variáveis sociais. O perfil traçado nesse levantamento começou a construir um perfil da população em situação de rua no território nacional, e as vulnerabilidades que precisam ser focadas no trabalho junto a essa população, bem como, no direcionamento das políticas públicas municipais, estaduais e federais.

2.2. O caso do novo censo da população em situação de rua de Campinas – SP

A partir da apresentação do censo nacional e do censo Campinas (2008), tomaremos o censo 2014, de Campinas, para mostrar o modo como ele vem caracterizando a população em situação de rua no município.

Trazer para a cena o censo torna-se relevante a partir do momento que ele pode direcionar políticas públicas municipais a essa população, tendo desdobramento em outras áreas, como a da saúde e da segurança pública, bem como no direcionamento de práticas entre os profissionais junto a essa população.

Entre fevereiro e março de 2014,²⁵ foram contabilizadas 642 pessoas nessa situação, número este condizente com a média dos últimos cinco anos, apresentados pelos censos do município²⁶, o que justifica uma rede SUAS com diversos tipos de equipamento para tentar dar conta das demandas assistenciais dessa população. O levantamento anual do censo pode ser considerado mais uma ferramenta para compreensão desse fenômeno.

Queremos chamar atenção para uma mudança que vem ocorrendo nos últimos anos no modo como o perfil da população de rua vem sendo caracterizado. Segundo o censo de 2008 de Campinas, apresentado no item 2.1 desse capítulo, a caracterização dessa população foi elaborada através das características socioeconômicas, como, sexo, faixa etária, grau de escolaridade, trabalho e renda, relações familiares, condições de saúde, trajetória de vida, entre outras, sendo condizente com a caracterização proposta pela Política Nacional das Pessoas em Situação de Rua.

Em 2009, uma mudança começou a ocorrer. A partir do Programa Municipal “Bom Dia Morador de Rua”²⁷ os termos, “dependência química” e os “transtornos

²⁵ Relatório de Contagem da População em Situação de Rua de 2014. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas.

²⁶ Cadastramento dos Moradores de Rua, realizado a partir do Programa “Bom Dia Morador de Rua”, de 2009; Relatório de Contagem da População em Situação de Rua de Campinas em 24/02/2011; Relatório de Contagem de População em Situação de Rua em 28/02/2013. Todos esses levantamentos foram feitos pela Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas.

²⁷ O Programa Municipal “Bom dia Morador de Rua” tinha como objetivo revitalizar o centro da cidade de Campinas para torná-lo mais seguro à população. As pessoas em situação de rua foram os maiores alvos das intervenções da Segurança Pública do município.

mentais” começaram a compor e a ganhar destaque no quadro de características do censo.

O Programa ocorreu durante seis meses. Nesse período, foram cadastradas 1168 pessoas em situação de rua, destas, 909 foram caracterizadas como “dependentes químicos”, 19 com “transtornos mentais”, 4 com “demandas sociais” e 8 com problemas de “emprego”, o restante foi identificado como “não informado”. Apontamos para o elevado número, 77,8%, de pessoas em situação de rua identificadas como “dependentes químicos” em detrimento das outras categorias, como “demanda social” e “emprego”.

Importante destacar que a caracterização socioeconômica da população de rua começou a dar lugar a categorias relacionadas ao campo da saúde mental, possibilitando o entendimento que as vulnerabilidades sociais, bastante característica dessa população, poderiam ser secundárias, ou consequências aos transtornos mentais e/ou uso de SPA.

Castel (1987) apontou para práticas de vertentes “higiênico e profilático”, justificadas a partir de levantamentos populacionais, nas quais as doenças mentais apareciam nos censos como as principais características das camadas mais desfavorecidas, a partir do século XIX.

Segundo o autor (1987), os levantamentos populacionais das camadas mais pobres já eram utilizados em termos de “*riscos objetivos*” desde o século XIX, o que justificava as autoridades procederem com uma vigilância especial a essas populações, com a legitimação de prevenir uma grande enfermidade. Essas ações tinham como foco as populações consideradas doentes mentais e não as péssimas condições de vida do subproletariado, na França.

Interessante apontar a similaridade entre as práticas de vertentes “higiênico e profilático”, justificadas por doenças mentais, apresentadas por Castel, no século XIX, com os altos índices de transtornos mentais apontados pelo censo na direção da população em situação de rua no contexto do programa “Bom Dia Morador de Rua”, já que esse programa municipal apresentou forte vertente higienista, sendo o diagnóstico da “dependência química” e os “transtornos mentais” uma das justificativas encontradas para os encaminhamentos aos leitos psiquiátricos de Campinas e região. Os CAPS eram utilizados na medida em que não houvesse mais vagas psiquiátricas.

Essas novas categorias foram incorporadas aos censos, realizados desde então, com uma alteração. Em 2014, as categorias “dependência química” e “transtornos mentais” foram alteradas para “usuários de SPA” e “suspeitas de transtornos mentais”, o que possibilitou um aumento no número de pessoas que poderiam ser incorporadas nesses perfis. Vejamos o quadro:

Caracterização	Nº
Pessoa com deficiência	9
Suspeita de transtorno mental	54
Suspeita de deficiência intelectual	17
Suspeita de demência	16
Faz uso de SPA	534
Migrante	4
Itinerante	7
Criança	3
Adolescente sem uso de SPA	2
Não informado	48
Total	694

Fonte: Censo população em situação de rua, 2014/ Secretaria de Assistência Social de Campinas-SP

Como podemos observar, as categorias que sugerem questões relacionadas ao campo da saúde mental continuam em destaque, com a diferença de que houve um aumento de pessoas nas novas categorias. O “uso de SPA” e “suspeita de transtorno mental” traçam um perfil de 84,7% do total dessa população.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o uso abusivo de álcool e drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas em situação de rua, e está associado a uma série de vulnerabilidades sociais e de saúde, sendo este um fator de risco a ser enfrentado e considerado, juntamente com outros aspectos socioeconômicos através de políticas públicas. Entretanto, o que o censo Campinas aponta se direciona para uma mudança importante. As questões psicossociais geradoras de sofrimento físico e mental, como o uso de SPA e os transtornos mentais, saem dos fatores de vulnerabilidade e tornam-se características populacionais, assim como categorias “migrantes”,

“retirantes”, “crianças” entre outros.

Rosa (2005, p. 260), num estudo sobre a trajetória social da população de rua, assinala que o uso abusivo de SPA marca importante lugar na vida dessas pessoas, podendo consistir numa explicação plausível para entender a vida nas ruas frente às adversidades do contexto, como por exemplo, para “segurar a barra”, “válvula de escape” e “fuga”. No entanto, a autora afirma, em seu estudo, que esse uso não é homogêneo; em relação à quantidade, frequência e prejuízos causados, se configurando de maneira muito singular na vida de cada pessoa. Tornando-se assim, o “uso de SPA” uma categoria problemática e frágil para a caracterização de perfis populacionais.

Além disso, por viverem no limite do uso abusivo de SPA, a população de rua fica à mercê do tráfico de drogas, que faz deles usuários ou passadores de drogas para acertos de contas entre eles próprios. Esse fato pode ser mais um elemento que estigmatiza essa população como perigosa. Segundo a autora (2005, p. 163), essas pessoas estão mais expostas diante da aproximação de SPA consideradas ilícitas, como o crack, e mais vulneráveis a coerção da rede de criminalidade, sem muito poder de reação.

A partir disso, cabem algumas indagações: traçar perfis através de categorias como o “uso de SPA” não poderia direcionar e justificar políticas públicas de vertente higienista? Será que o “uso de SPA” não acentuaria ainda mais o estigma da população de rua, como classe perigosa, na medida em que o uso de determinadas SPA também está relacionado a práticas ilícitas, como o tráfico de drogas?

No campo da saúde, Gama, Onocko e Ferrer (2014) apontam para uma tendência presente na relação entre profissionais de saúde e populações pobres de imposição de uma racionalidade concebida como “científica”, sem considerar as vulnerabilidades sociais presentes no cotidiano dessas populações. “Comportamentos, sentimentos e situações que fazem parte do cotidiano das pessoas, isto é, certa oscilação dos estados afetivos pode ser encarada como estados patológicos, e a resposta dada a estes problemas é geralmente medicamentosa” (GAMA, CAMPOS e FERRER, 2014, p. 75).

Nesse sentido, Varanda (2009, p. 191), sinaliza para a medicalização dos modos de vida das pessoas em situação de rua, e a questão do uso de droga como uma demanda cada vez mais crescente para a saúde mental, sendo que, muitas vezes, a formulação dessa demanda está direcionada a uma recuperação “higiênica” dessa população à qual se aliam as práticas coercitivas das instituições públicas.

Os levantamentos censitários são importantes na medida em que podem contribuir para uma maior complexidade perante as discussões no intuito de elaboração de políticas públicas, no entanto, percebe-se, através do censo 2014 de Campinas, uma tendência reducionista para lidar com questões complexas.

Pode-se identificar também uma forma de compreensão do fenômeno da população de rua, que tem os transtornos mentais, como eixo principal de caracterização e construção de perfil. Junto a isso, se observa uma tendência a psiquiatrização dos fenômenos sociais que envolvem o contexto rua, uma vez que, questões relacionadas ao trabalho e renda, relações familiares e de apoio, escolaridade, condições gerais de saúde, por exemplo, não foram investigadas nos censos dos últimos anos do município.

Cabe destacar também que o censo opera com indicadores clássicos, nem sempre permitindo distinguir as heterogeneidades e singularidades dos modos de vida nas ruas. Nesse sentido, apresentaremos, a seguir, a partir de algumas cenas do diário de campo, a heterogeneidade da população em situação de rua nos territórios onde as abordagens do CnaR ocorreram no período do trabalho de campo para esta pesquisa.

2.3. A heterogeneidade das pessoas em situação de rua acessada pelo Consultório na Rua de Campinas – SP

Durante o período em que acompanhei os profissionais de saúde do CnaR, pela região central de Campinas, nosso destino costumava ser alguns dos pontos estratégicos, já definidos, de maior circulação de pessoas em situação de rua. Segundo Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010, p. 712), essa população tem presença marcante em regiões centrais de grandes metrópoles, pois essas áreas parecem oferecer maiores possibilidades de viabilização de seus “modos de andar a vida”. A grande concentração de serviços, baixa concentração de residências e alta circulação de pessoas contribuem para a escolha da localização territorial.

A partir da primeira ida a campo com a equipe do CnaR, comecei a perceber que entender o fenômeno da população em situação de rua tratava-se de uma tarefa complexa e cheia de meandros. O trabalho de campo foi nos mostrando uma

heterogeneidade de modos de vida, envolvendo uma diversidade de situações de vulnerabilidade.

Em relação ao termo “população em situação de rua” (PSR), as classificações são heterogêneas, se comparadas às diferentes realidades internacionais. No Brasil, esse termo, consolidado, expressa a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar (BRASIL, 2012, p. 21).

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, Decreto Presidencial, nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009).

Segundo Viera, Bezerra e Rosa (2004, p. 93), a experiência da rua pode ter pelo menos dois sentidos: o de constituição de um abrigo circunstancial, tal como nas situações de falta de recursos, como é o caso daqueles que dormem circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos ou bancos de jardim; ou o de constituição de um modo de vida, consubstancializado nos casos daqueles que já têm na rua a sua morada, e que estabeleceram com ela uma complexa rede de relações.

Estudos etnográficos brasileiros, realizados a partir da década de 1980, apontaram que a população de rua se configura como um grupo populacional heterogêneo determinado, principalmente, pela relação variável entre o tempo na rua e os mais diversos vínculos sociais. Ainda dentro dessa perspectiva, referidos autores identificam três situações em relação à permanência na rua: “*ficar na rua*” (circunstancialmente), “*estar na rua*” (recentemente) e “*ser da rua*” (permanentemente), (VIERA, BEZERRA e ROSA, 2004, p. 93). Essas três categorias analíticas não têm como objetivo simplificar os modos de vida na rua, mas sim ajudar a situar perfis para essa população.

O que diferencia as três situações é o maior ou menor grau de inserção no mundo da rua. Apresentaremos algumas cenas, retiradas do diário de campo, para nos ajudar a identificar estas três situações. Vejamos:

Começaremos com as características que envolvem usualmente a situação “ficar na rua”, vejamos duas cenas bastante peculiares, mas com algumas características em comum.

1º Cena:

Estávamos na região central, caminhado (Magda enfermeira, Carol redutora de danos) bem próximo a um local com alta concentração de barracas de vendedores ambulantes. Um homem me aborda enquanto nos dirigíamos até o Terminal de Ônibus Central (local de abordagem de rua do CnaR). Num primeiro momento, o reconheci vagamente, então ele se apresentou. Era o “Sérgio”, tinha se tratado há alguns anos no CAPS AD onde trabalhei. Ele me disse que estava voltando de Caraguatatuba – SP, onde ficou por dois anos. Estava na rua há dois dias, desde que voltou da cidade onde estava morando com sua família.

Sander (pesquisador): O que te faz voltar para Campinas?

Sérgio: voltei para cá para me tratar, quero rever uma assistente social que me ajudou muito quando estive por aqui. Fiquei bem por um tempão, mas quando acontece algum problema na minha vida, volto logo a beber. Tive um envolvimento amoroso com minha cunhada e acabei brigando com meu irmão, depois disso voltei a beber e acabei perdendo o emprego (trecho do diário de campo, 01/07/2014).

2º Cena:

Estava acompanhando a Suzi (agente de redução de danos) e o Reginaldo (técnico de enfermagem). Estávamos próximo a “Casa da Cidadania” (serviço conveniado com a Secretaria de Assistência Social de Campinas, local onde se ofertam as principais refeições do dia, esse serviço fica ao lado do Viaduto Cury na região central de Campinas). Havia em torno de umas dez pessoas esperando a “Casa da Cidadania” abrir para o jantar, entre eles estava o Reginaldo. Ele tinha por volta de 30 anos, estava em situação de rua há uma semana. Veio do Rio Grande do Sul para Campinas há três anos, para trabalhar numa churrascaria. Permaneceu todo esse período trabalhando e tinha como local de moradia o alojamento da churrascaria.

Reginaldo: [...] Por ser uma churrascaria de Porto Alegre, os donos preferem que os trabalhadores sejam todos de lá, para isso oferecem um alojamento próximo do local

de trabalho, acaba saindo mais barato pagar o alojamento do que pagar aluguel de uma casa.

[...] Trabalho não falta, é que nos últimos meses comecei a gastar todo meu dinheiro com “pedra” de crack e acabei ficando sem dinheiro para pagar o alojamento. Acabei perdendo meu emprego semana passada e não tenho como pagar nenhum lugar pra eu ficar.

[...] Ontem um “padre” veio até aqui (Casa da Cidadania) e perguntou se eu gostaria de me internar em uma Comunidade Terapêutica (CT), aceitei na hora. O “Padre” disse que vem amanhã com mais algumas pessoas da CT para me levar.

Reginaldo estava animado com a perspectiva de ir para a CT, era uma maneira, além de parar com o uso de crack naquele momento, de também ter um lugar para ficar durante alguns meses que não a rua. No momento de nossa conversa, ele não aparentava estar sob o efeito de nenhuma SPA e estava bastante desconfortável com o fato de estar em situação de rua. (trecho do diário de campo, 02/09/2013).

Essas duas cenas apresentam dois homens que estão em situação de rua recentemente. Ambos colocam nas cenas o uso abusivo de SPA como um fator de vulnerabilidade e de ruptura de suas redes sociais. Sérgio já morou em Campinas por alguns anos, antes de ir para Caraguatatuba, apresentando em sua história de vida uma relação entre o uso abusivo de álcool e a vivência de rua. Já Reginaldo, por sua vez, desde que chegou a Campinas há três anos, relata que aquele era o primeiro momento em que se encontrava em situação de rua.

Segundo Viera, Bezerra e Rosa (2004, p. 93), as situações que envolvem o “*ficar na rua*” geralmente estão relacionadas ao estado de precariedade de quem, além de estar sem recursos para pagar pensão, não consegue vaga em um albergue. Pode ser, muitas vezes, fruto de desemprego e consequente perda de recursos para o custeio de moradia. Encontramos este ponto em comum entre as duas cenas apresentadas. Ambos tinham trabalho até perdê-los pelo uso abusivo de SPA. Sem rede social para dar suporte nesse momento, a rua tornou-se a única opção, diante da falta de recursos financeiros e suporte familiar e/ou de amigos.

Os autores ainda assinalam que é comum encontrar pessoas nessa situação de recém-chegada na cidade, que não conseguem emprego e não têm para onde ir, como o caso do Sérgio, por exemplo. Geralmente, as pessoas que se encontram nessa situação, sentem-se desvalorizadas e buscam rapidamente uma saída através do serviço social, ou ainda procuram emprego ou “bicos”, que lhes permitam pagar uma pensão. Rejeitam a identificação com o morador de rua, procurando distanciar-se dele (VIERA, BEZERRA e ROSA, 2004, p. 94).

A utilização dos serviços da rede da assistência social, em ambos os casos, vinha se mostrando uma importante rede de suporte, e sendo utilizados por eles como uma estratégia de sobrevivência, nesse período em que se encontravam na rua. A perspectiva de tratamento para o uso abusivo de SPA era outra alternativa que se colocava no horizonte para ambos. Interessante destacar que nenhum deles, no momento da abordagem, estava intoxicado ou aparentemente sob o efeito de SPA.

Mesmo sendo semelhantes, algumas estratégias de sobrevivência, encontradas por eles, o modo, como ambos vinham agenciando tais situações era distinto. Sérgio já esteve inserido na rede de saúde e de assistência social do município, estava tentando ativar essa rede novamente, principalmente a rede de assistência social, na perspectiva de conseguir um abrigo para pernoite, enquanto pudesse se tratar e talvez arrumar um trabalho.

Reginaldo nunca se tratou do uso abusivo do crack, pois, segundo ele, o abuso da droga começou a se intensificar nos últimos meses. Por isso, estava colocando todas as suas expectativas na possível internação na CT e, o fato desse tipo de serviço ofertar tratamento e moradia, deixava-o esperançoso para conseguir sair da situação de rua.

Portanto, o “*ficar na rua*” envolve situações circunstâncias. As pessoas que se encontram nessa situação estão dormindo na rua há pouco tempo e geralmente estão buscando rapidamente um modo de sair dessa situação, seja através de serviços da assistência social, como Sérgio, ou mesmo abrigamento de médio e longo prazo em uma CT, como Reginaldo. Logo, dormir na rua é uma eventualidade, causada por um desarranjo na já fragilizada rede social e apoio.

A seguir, apresentaremos uma cena que mostra algumas características que envolvem o “*estar na rua*”:

Estávamos no centro de Campinas, próximo ao Viaduto Cury, era final de tarde. Suzi (agente de redução de danos) estava acessando algumas pessoas, através dos insumos da RD. Num determinado momento, se aproxima um homem e pergunta quem era ela. Suzi se apresenta como uma profissional de saúde e começa a puxar papo com ele.

O homem se chamava “João”, estava bem vestido; de camisa, calça social e sapato, diferenciando-se do modo de vestimenta dos outros moradores de rua à nossa volta. Disse que fora fazer alguns exames de saúde para ver se estava apto para trabalhar na construção civil, na obra de ampliação do aeroporto Viracopos, e que voltaria quarta-feira, para ver se conseguiu a vaga. Pergunto se estava na rua, e ele me disse que sim, me mostrando um saco plástico com várias coisas dentro, dizendo ser tudo o que tinha. Morava numa pensão na região central, até deixá-la, pois perdera o emprego e não tinha mais como pagá-la. Dormia geralmente numa praça, passava todos os dias para tomar banho numa casa da assistência social, por volta das 18hs, conseguindo assim chegar a tempo para o jantar, que era oferecido pela casa da cidadania.

Como era final de tarde, ele estava se preparando para ir a uma das casas da assistência social para tomar banho. O hálito era de álcool, mas tentava disfarçar colocando a mão na frente da boca para falar conosco. Disse sobre sua vontade de trabalhar e que não gostava de ficar naquela situação (na rua), e mesmo nela, fazia questão, em sua fala, de se diferenciar dos demais moradores de rua (diário de campo 02/09/2013).

João estava na rua há alguns meses. Assim como outras pessoas que se encontram em situação de rua, ele buscava estratégias de sobrevivência nesse período. Em relação à sua permanência na rua, João tentava manter um cotidiano que o deixasse menos exposto aos riscos que envolvem a vida nas ruas, como o uso abusivo de drogas e o desentendimento com outras pessoas nessa situação, por exemplo.

Segundo os autores (2004, p. 94), tal situação de “*estar nas ruas*” está relacionada à atitude de adotá-la como local de pernoite, não a considerando tão ameaçadora. Começa-se a estabelecer relações com pessoas na mesma situação e buscar novas alternativas de sobrevivência. João, embora receoso, de alguma maneira, organizara

uma rotina para seu cotidiano, com a perspectiva do “*estar na rua*” ser um período passageiro e não permanente, embora seu tempo de permanência na rua estivesse se prolongando, não sendo uma situação eventual, como no caso de Sérgio e Reginaldo.

As ofertas de cuidado dos serviços da assistência social estavam sendo importantes para que permanecesse em boas condições de higiene e alimentação, sem precisar fazer mendicância, deixando-o assim menos vulnerável às situações de risco que o morador de rua é exposto em seu cotidiano. Em relação às suas roupas (camisa e calça social), ele tentava manter-se o mais apresentável possível, na expectativa de conseguir um trabalho que pudesse tirá-lo daquela situação, pois se considerava um desempregado, e não um morador de rua.

As pessoas que estão nessa situação continuam a procurar empregos ou fazer “bicos”. Quando conseguem obter algum dinheiro, procuram pensão ou vagas em albergues. Começam a frequentar lugares de distribuição de comida gratuita e equipamentos assistenciais. Tentam se diferenciar dos moradores de rua, apresentando-se como trabalhadores desempregados, objetivando fugir do estigma de morador de rua. (VIERA, BEZERRA e ROSA, 2004, p. 93).

Importante destacar que no momento em que João se encontrava, havia a possibilidade de uma mobilidade entre a rua, moradias e eventuais trabalhos, podendo repercutir na saída definitiva da rua, através de emprego ou constituição familiar, conforme apontam os autores (2004, p. 94).

E, por fim, apresentaremos o “*ser da rua*”. Diferentemente das cenas anteriores, essa nova situação mostra outra institucionalidade na relação das pessoas com a rua, senão vejamos:

Estávamos caminhando pelo Terminal de Ônibus Central (região central de Campinas), era final de tarde e a movimentação de pessoas no local era intensa. Vejo uma senhora negra “baixinha” vindo em nossa direção (estava com alguns profissionais do CnaR), era Severina “Chique Chique”. Estava vindo cumprimentar os amigos do CnaR, como dizia. Ela carregava um saco grande em uma das mãos, dentro do saco tinha material para reciclagem, não costumava fazer mendicância. Provavelmente tinha menos idade do que aparentava, pois viver nas ruas envelhecia rapidamente as pessoas. Morava na rua já há muitos anos, intercalando-

a com períodos em abrigos ou em habitações precárias em áreas de ocupação. Tinha poucos cabelos e os que restavam estavam desarrumados. Diferentemente das outras pessoas em situação de rua, que estavam circulando por ali, Severina não parecia pertencer a nenhuma “turma”.

Sander (pesquisador): Tudo bem Severina?

Severina: Não muito... Tá vendo essas pessoas aqui?

(Olho em volta e vejo outras pessoas de rua)

Sander (pesquisador): Sim.

Severina: Então, todo mundo aqui me bate, tô cansada!

Tinha “fama” de ser “louca” pelos companheiros de rua, gostava de falar sozinha. Para os profissionais de saúde, era considerada esquizofrênica, tomava medicamentos psiquiátricos de forma não contínua. Às vezes frequentava o CAPS, mas não se identificava com o lugar, dizia que tinha mais coisa para fazer do que ir ao CAPS falar com o médico. Ela era bastante afetuosa nos gestos e no modo como falava, sua expressão facial mudava rapidamente, entre alegria e tristeza. Severina “morava” na Vila Industrial, invadiu um terreno recentemente e construiu um barraco com seu companheiro. Ela me mostrou a foto da sua casa, era um amontoado de papelão, plástico e madeiras, cheio de pombos no teto. Diziam que comia junto com os pombos. Às vezes voltava para seu barraco, onde costumava guardar coisas de “valor” que encontrava na rua.

(Fiquei sabendo, algumas semanas após nosso encontro, que o poder público municipal desocupou a área onde Severina estava morando, destruindo assim seu barraco).

Severina estava em situação de rua há muitos anos. Tinha toda sua vida estruturada nas ruas, sendo que dificilmente conseguiria sair dela. Segundo os profissionais do CnaR, eles já tinham feito algumas tentativas de inserção de Severina em alguns abrigos. Contudo, Severina não conseguia permanecer muito tempo convivendo com as regras dos equipamentos da assistência social, sempre pedindo para voltar às ruas. Não que gostasse, mas, segundo ela, esse era seu modo de vida, não conseguindo viver de outra maneira por muito tempo.

Severina era bastante conhecida nos serviços de saúde mental, na rede de assistência social e entre as outras pessoas em situação de rua, como “louca”, pois sempre estava falando sozinha. Aparentemente era tratada de maneira amigável entre as pessoas de rua, entretanto, o fato de dizer que apanhava de todos ali não era apenas um sintoma do seu quadro delirante, uma vez que as brigas entre as pessoas de rua eram frequentes. Além disso, a exposição a diversas formas de violência, inclusive também advindas do poder público, são constantes.

As condições precárias de sobrevivência na rua tornavam Severina uma mulher idosa, exposta a diversos fatores de vulnerabilidade, como situações de violência, uso abusivo de SPA, tráfico de drogas, além das questões psicossociais geradoras de sofrimento físico e emocionais, presentes no contexto de rua. O cenário de miséria social em que vive há anos intensifica seu quadro de adoecimento mental, colocando-a em situações de risco. Esse fator dificultava ainda mais qualquer possibilidade de estabelecimento de contratos sociais necessários à vida fora das ruas.

De acordo com Viera, Bezerra e Rosa, (2004, p. 93), o processo envolvido para que as pessoas consigam sair da situação de rua torna-se mais difícil, na proporção que se aumenta o tempo de rua. De forma geral, o sujeito vai sofrendo um processo de depauperamento físico e mental, em função da má alimentação, precárias condições de higiene e pelo uso constante de álcool e outras drogas. Nesse contexto, a rua ganha cada vez mais importância. Ela torna-se espaço de moradia, de forma praticamente definitiva, figurando como espaço de relações pessoais, de trabalho e de obtenção de recursos.

Essas três situações “*ficar na rua*”, “*estar na rua*” e “*ser da rua*”, se configuram como uma outra maneira de distinguir e complexificar os diferentes modos da vida em situação de rua. Como vimos, identificamos nas abordagens de rua, feitas através das andanças com os profissionais do CnaR, um quadro de heterogeneidade de modos de vida. As pessoas que vivem nas ruas possuem vínculos diferenciados com os ambientes da família, de trabalho/emprego, comunitários e institucionais.

A despeito dessa heterogeneidade, as políticas públicas elaboradas para as pessoas em situação de rua, tomam como base, para sua definição, a situação em que pessoas fazem das ruas seu espaço de sobrevivência, vivendo nos espaços públicos praticamente todas as suas relações, principalmente as que convencionalmente são

vividas no espaço privado do lar. É por oposição ao espaço privado que a vida nas ruas é assim definida (LISBOA, 2013, p. 58).

Por outro lado, as cenas apresentadas através das três situações, podem ser dispostas num *continuum*, tendo como referência o tempo de rua. À proporção que ele aumenta, vai se tornando estável a condição de morador e a precarização dos modos de vida ali existentes.

Pode-se considerar o tempo de rua como uma variável importante para alguns aspectos. Quanto maior o tempo na rua, maior a dificuldade de restabelecer os laços anteriores: obter um trabalho, alugar um cômodo e procurar parentes (VIERA, BEZERRA e ROSA, 2004). Portanto, a identificação das singularidades dos modos de estar nas ruas e a produção de respostas igualmente distintas e ágeis frente a elas pode modificar o que seria um *continuum* do processo de precarização físico e mental das vidas nas ruas.

3. Vulnerabilidades e Políticas Públicas para a População em Situação de Rua

Ao longo do tempo, houve uma significativa mudança de entendimento e consequentemente a nomeação e as estratégias de enfrentamento do fenômeno que envolve a população em situação de rua, no Brasil. Parte dos sentidos atribuídos a esse fenômeno, atualmente, começou a ganhar maiores contornos através de alguns atores (religiosos) ligados a um imaginário político-religioso específico, no qual estava diretamente relacionado às expectativas urbanas vividas na passagem da década de setenta para oitenta em São Paulo (DE LUCCA, 2007, p. 229).

As referências utilizadas nas primeiras formas de organização desta realidade foram orientadas por valores eminentemente cristãos e católicos, sendo nomeados como, os “sofredores de rua” e o “povo que quer viver”, por exemplo. Foi essa matriz discursiva que, num primeiro momento, serviu como ponto primário de referência para a construção da experiência de rua como foco de inquietação (DE LUCCA, 2007, p. 29).

O sentido atribuído à rua e o entendimento do fenômeno da população de rua foi se deslocando com o passar das últimas décadas, no Brasil. Os temas dor, agonia e sofrimento, tão caros ao cristianismo, foram sendo deslocados para a mensurável noção de risco, e essas pessoas passaram a ser consideradas populações vulneráveis. No desenrolar da década de noventa, e que irá consubstanciar-se no começo do novo século, esta experiência começou a se transformar e se institucionalizar como um campo de intervenção pública, e na construção de políticas públicas específicas às suas necessidades, criando estratégias de intervenção, que levem em consideração, os fatores de vulnerabilidade que envolvem o contexto da rua, como veremos a seguir.

A figura do estado apareceu mais fortemente, abrindo espaço para a participação de outros atores e organizações, principalmente ligados ao terceiro setor. Assim, a experiência de rua deixou gradativamente de ser uma experiência de sofrimento, transformando-se em situação de risco e insegurança.

Também, o modo de nomeação das pessoas que habitam as ruas parece ter se transformado significativamente, cada vez menos se ouve falar em termos de “um povo que quer viver”, “o povo da rua” ou “povo em movimento”, aparecendo mais o uso técnico da categoria população – população de rua, população em situação de rua, população em situação de risco e população vulnerável (DE LUCCA, 2007).

3.1. Políticas para a população em situação de rua e o eixo da vulnerabilidade na organização das políticas de assistência social

No Brasil, junto à emergência do fenômeno das pessoas em situação de rua, ocorreram diversas ações do Estado e ações filantrópicas voltadas a essa população. Todavia, a ampliação dos direitos sociais, como o direito à seguridade social, é relativamente recente, sendo conquista da Constituição de 1988.

Entendemos políticas públicas como resultantes de um processo de lutas, que se estabelece no âmbito das relações de poder, envolvendo diferentes atores sociais, como por exemplo, grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil, que podem ter início inclusive, fora do Estado, visando construir um

aparato jurídico institucional que oriente a resolução de conflitos em relação aos bens públicos (FERREIRA NETO, 2011, p. 33).

Nesse sentido, um marco político importante foi a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que reconheceu a atenção à população em situação de rua no âmbito do SUAS, através da Lei nº 11.258 de 2005, que alterou o texto da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), decretada em 2003, que não citava esta população até então, incluindo a prerrogativa de que, na organização dos serviços da Assistência Social, fossem criados programas destinados às pessoas em situação de rua, sendo o poder público municipal responsável por manter serviços e programas a esta população.

Historicamente, no Brasil, os programas sociais voltados às pessoas em situação de rua trazem a marca ideológica do descarte social para uma população que é tratada como excedente, ou “descartáveis urbanos” (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 66). São programas sociais marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto, poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas.

Um dos efeitos, segundo Varanda e Adorno (2004, p. 66), dessas políticas é que um grande contingente de pessoas acaba não utilizando os serviços públicos oficiais ou pouco se relaciona com os programas assistenciais ofertados, buscando, assim, alternativas para o banho, necessidades fisiológicas, alimentação e vestuário.

No âmbito nacional, a ausência, insuficiência ou inadequação de políticas públicas em relação ao processo de exclusão e vulnerabilidades cumulativas, não significa somente uma posição de neutralidade ou incapacidade do poder público em lidar com o problema da população em situação de rua, mas pelo contrário, reafirma a penalização dessas pessoas pela situação que ela se encontra (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

Frente a essa realidade, o debate em torno da elaboração de uma política nacional direcionada às pessoas em situação de rua ganhou força, através de movimentos sociais, a partir de uma ação extremamente violenta da polícia de São Paulo na Praça da Sé, onde ocorreu a morte de sete pessoas em situação de rua. Essa ação foi o estopim para o surgimento de coletivos e articulações entre os movimentos sociais, culminando no 1º

Encontro Nacional sobre Populações de Rua, em setembro de 2005. Deste encontro saíram estratégias e recomendações para a formulação da Política Nacional (LISBOA, 2013, p. 162).

Uma das recomendações feitas, e que se concretizou em outubro de 2006, através do decreto s/nº de 25 de outubro, foi o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), composto por representantes do governo e da sociedade civil organizada, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua.

Em relação às questões de custeio, visando apoio à oferta de serviços de acolhimento, destinados a esse público, tivemos a Portaria do MDS nº 381, de 12 de Dezembro de 2006, na qual, assegurou recursos de cofinanciamento federal para municípios com mais de 300.000 habitantes com população em situação de rua.

Outro momento importante foi a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 109, de 11 de Novembro de 2009, através da elaboração do documento (Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais), que tipificou os serviços socioassistenciais, em âmbito nacional, dentre os quais, estavam os serviços destinados ao atendimento à População em Situação de Rua na Proteção Social Especial – PSE: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional (que incluem adultos e famílias em situação de rua) e Serviço de Acolhimento em República (que inclui adultos em processo de saída das ruas) ²⁸.

Esses serviços são destinados para aqueles que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Têm a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

A tipificação dos serviços foi uma tentativa de padronização dos serviços da assistência social, não na perspectiva da uniformidade dos equipamentos, mas sim como

²⁸ Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protecao-social-especial/populacao-de-rua/populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

uma diretriz do cuidado. Anteriormente, ocorria uma fragmentação completa de modelos de assistência, o que dificultava ainda mais qualquer possibilidade de trabalho em rede.

Além disso, tem a perspectiva de assegurar trabalho técnico para análise das demandas dos usuários, orientação individual/grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e órgãos de defesa de direitos que possam contribuir para a construção da autonomia, inserção social e em rede de proteção social.

A tipificação dos serviços assistenciais, em conjunto com as diretrizes da Política Nacional à População em Situação de Rua, em vias de ser instituída, foi um momento importante para o município de Campinas, no que concerne à reconfiguração da rede a essa população no campo da Assistência Social.

No contexto de Campinas, a tipificação possibilitou um aumento de serviços da rede municipal da assistência social à população de rua. Em julho de 2009, foi lançado o Plano Municipal de Atenção à Pessoa em Situação de Rua, elaborado pela Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas em conjunto com a Rede Socioassistencial, com o objetivo de reorganização do cuidado a essa população.²⁹

A política Nacional foi pactuada, durante o 2º Encontro Nacional da População em Situação de Rua, que aconteceu entre os dias 18 e 20 de maio de 2009, e foi instituída pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, em 23 de dezembro desse mesmo ano, através do Decreto nº 7.053.

A partir de então, foi criado o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, integrado por representantes da sociedade civil³⁰ e por um representante e respectivo suplente de cada órgão, a seguir descrito: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), (responsável por sua coordenação); Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde;

²⁹ Prefeitura Municipal de Campinas/Plano Municipal de Assistência Social 2010-2013 (2010, p. 25).

³⁰ A sociedade civil terá nove representantes, titulares e suplentes, sendo cinco de organizações de âmbito nacional da população em situação de rua, e quatro de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua.

Ministério da Educação; Ministério das Cidades; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério dos Esportes; e Ministério da Cultura.

Quanto aos princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade:

I - respeito à dignidade da pessoa humana;

II - direito à convivência familiar e comunitária;

III - valorização e respeito à vida e à cidadania;

IV - atendimento humanizado e universalizado; e

V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência³¹ (BRASIL, Decreto Presidencial, nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009).

Diante de tais desafios, uma série de estratégias foram definidas, além de necessárias, no processo de implantação da política nacional. No âmbito das políticas de saúde, que nos interessa aqui, os princípios da Política Nacional da População em Situação de Rua continua representando um desafio quanto à sua implantação e efetivação do cuidado a essas pessoas, frente às inequidades e desigualdades em saúde.

Um grande número de pessoas que vivem nas ruas, dificilmente procura o serviço de saúde, enquanto suporta a presença dos sintomas de doenças, recorrendo à rede de saúde em último caso, acumulando assim, vários problemas de saúde. Geralmente, as pessoas iniciam o tratamento de saúde quando são conduzidas pelo serviço de urgência/emergência, por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU e o Resgate, ou por meio de serviços da assistência social, encontrando, portanto, dificuldades em recorrer a eles espontaneamente. (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 67). Importante destacar que mesmo entrando na rede de saúde, essa população apresenta também dificuldade em dar continuidade ao tratamento, sendo alta a reincidência dos problemas de saúde apresentados.

A vinculação do tema população em situação de rua e a saúde pública, pode se evidenciar, não somente devido às precárias condições de saúde em que essas pessoas vivem, mas também em relação à articulação de políticas públicas integradoras das populações com necessidades especiais tendo em vista os princípios da universalidade, equidade e integralidade (VARANDA e ADORNO, 2004, p. 68).

Segundo os princípios da equidade do SUS:

O objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior³².

Isso implica a necessidade das políticas públicas de saúde considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo social ou classe social ou região tem seus problemas específicos. Sendo a população de rua parte do cenário urbano, atualmente, principalmente das grandes cidades, levando em consideração os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), tornam-se necessárias intervenções que considerem como ela se constitui e as formas de sobrevivência praticadas nas ruas.

Portanto, frente a esse contexto social e as diretrizes da Política Nacional para a População de Rua, no âmbito das políticas públicas de saúde, estratégias de cuidado foram criadas para contemplar as necessidades de saúde no contexto das vulnerabilidades que esta população está inserida. Este é o caso do CnaR que vimos no Capítulo 1 e que veremos com mais detalhe, no Capítulo 3.

³² Disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/sus/>>. Acesso em: 07 maio 2014.

CAPÍTULO 3 - O Consultório na Rua de Campinas e as práticas de cuidado junto à população em situação de vulnerabilidade

Neste capítulo, apresentamos as práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do CnaR, a partir de cenas e fragmentos de situações, registradas no diário de campo e que pudemos acompanhar durante a pesquisa. Inicialmente, apresentamos alguns elementos sobre a constituição do CnaR em Campinas, e convidamos o leitor a conhecer um pouco do cotidiano de trabalho e dos territórios em que o CnaR atua. Os encontros de Zulu, morador de rua, com a equipe do CnaR nos permitirá apresentar as práticas de cuidado da equipe, o modo como incluem os modos peculiares de vida da população na rua e como agenciam vulnerabilidades e saúde. Discutimos essas práticas à luz da noção de vulnerabilidade, retomando os aportes de Castel e Ayres, e particularmente, a proposta de Lisboa (2013) relativa à clínica das vulnerabilidades. Por fim, apresentaremos alguns elementos sobre o processo de trabalho dos profissionais do CnaR, num diálogo com o conceito de *extituição*, discutidos por Tirado e Domènech (2001) e Lisboa (2013), e a dimensão política das práticas itinerantes, e da busca ativa, proposta por Lemke e Silva (2010).

1. A emergência do Consultório na Rua no Contexto de Campinas – SP

O município de Campinas-SP compartilha muito das características que podemos encontrar nas metrópoles modernas, com grande potencial de desenvolvimento econômico e grandes desafios sociais a serem enfrentados. Dentre eles, destacamos a questão das pessoas em situação de rua.

Campinas é a terceira cidade mais populosa do estado de São Paulo, tendo aproximadamente 1.144. 862 habitantes³³, e é polo Regional da Região Metropolitana de Campinas, ultrapassando, assim, a marca de três milhões de habitantes.

No campo da saúde, o município é conhecido historicamente pelo pioneirismo na construção de novos modelos de atenção e gestão em saúde (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p. 290). A experiência de Campinas norteou-se no sentido de expandir a rede pública, sendo um dos primeiros municípios brasileiros, após a Constituição de 1988, a municipalizar a política de saúde.

Para tanto, viu-se a necessidade de reformular as concepções e práticas de administração pública e os modos de organizar a atenção à saúde. Campinas, ao lado de outros municípios, acumula experiências importantes na construção de uma saúde de qualidade e no fortalecimento do SUS, tendo um papel de relevância no processo da Reforma Sanitária brasileira (LUZIO; L'ABBATE, 2006, p. 292).

O município está dividido em cinco distritos de Saúde: Distrito de Saúde Leste, Norte, Sul, Sudoeste e Noroeste. A destritalização tem como objetivo o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes.

³³ Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013, Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

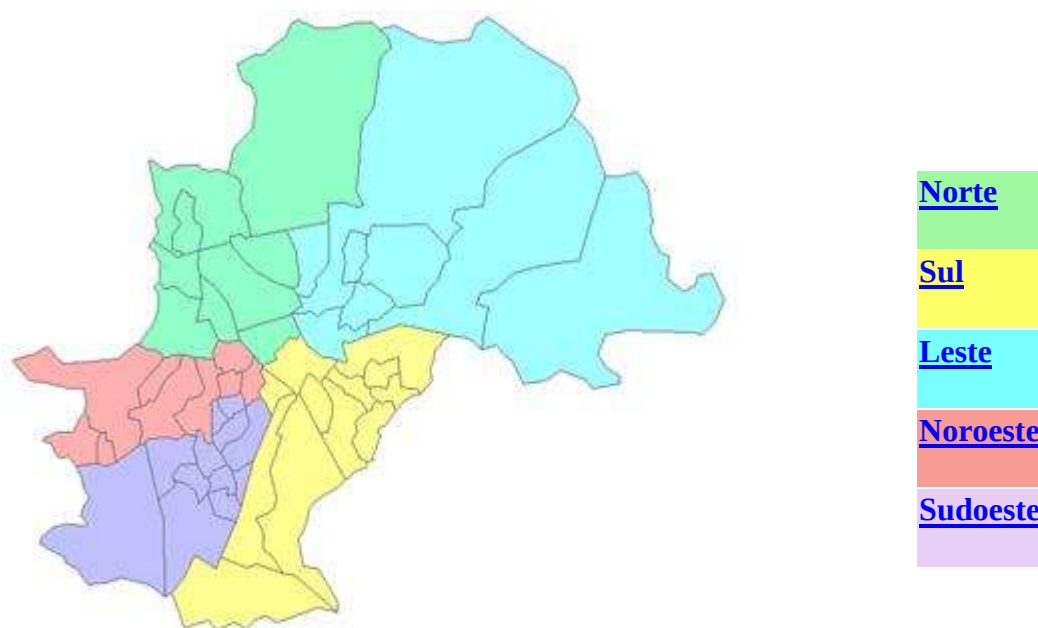


Figura 1: O município de Campinas – SP e os Distritos de Saúde (Fonte: Secretaria de Saúde de Campinas - SP³⁴).

No campo da Saúde Mental, a partir de 1990, deu-se início ao processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no município. O momento era bastante favorável às mudanças na área da saúde, pois havia uma gestão municipal comprometida com os movimentos populares e com a construção do SUS.

Ao longo das décadas de 1990 e 2000, foi se constituindo a rede de saúde mental do município, através dos serviços substitutivos³⁵, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Residências Terapêuticas; Unidade de Acolhimento Transitório; Centros de Convivência; Programas de Economia Solidária e Geração de Renda; Núcleo de Retaguarda; Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral e leitos psiquiátricos no Hospital Clínico da UNICAMP.

Foi dentro desse cenário, aberto às novas práticas de cuidado, que ocorreu a emergência das práticas de RD em Campinas, a partir de 1998. O contexto era a epidemia da Aids e os altos índices de contaminação por HIV/Aids, um dos maiores do estado de São Paulo. Os usuários de drogas injetáveis estavam entre as maiores

³⁴ Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 07 jun. 2014.

³⁵ A construção da rede de saúde mental foi feita em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, convênio estabelecido desde 1990 até hoje.

categorias de exposição da doença, na década de 1990, no município (BERNARDI, 2011, p. 51).

Assim como em outros municípios do Brasil, Campinas iniciou as práticas de RD de maneira discreta, no Ambulatório Municipal DST/Aids. Na história da RD, em Campinas, Josianne Lippi, trabalhou no PRD e atualmente é supervisora dos redutores de danos dos CAPS AD. Informante chave dessa investigação, ela informa que, num primeiro momento, as trocas de seringas eram feitas por uma auxiliar de enfermagem, mas rapidamente foi identificada a necessidade de transformar essas ações em abordagem de rua. Nesse momento, outros atores entraram na composição dos trabalhos de rua, principalmente usuários do serviço, que através do trabalho voluntário entregavam os insumos e faziam a sensibilização entre pares.

Em 2001, Gastão Wagner de Sousa Campos, então secretário de saúde, oficializou a RD como uma política do município, abrindo caminho para a ampliação do projeto, sendo criado, em 2002, o Programa de Redução de Danos (PRD).

Com a chegada dos redutores de danos, segundo Josianne Lippi, em sua maioria usuários e ex-usuários de drogas, e abertura de novos campos de trabalho, os UDI deixaram de ser o foco da atenção do cuidado e passaram a compor o cenário de intervenções junto a outras populações vulneráveis em uso de SPA. As abordagens de rua consistiam em seguir as pistas da itinerância dos “mocós”³⁶, para a distribuição dos insumos e a construção de vínculo com os usuários.

Importante destacar que no campo da saúde, em Campinas, os agentes de redução de danos foram os primeiros e os únicos, até a chegada do CnaR, a fazerem abordagem de rua de modo continuado às pessoas em situação de rua e a outras populações vulneráveis. Outras ações de cuidado a essa população eram feitas pela Secretaria de Assistência Social do município e entidades conveniadas.

A chegada do CnaR em Campinas ocorreu dentro do contexto da “epidemia do crack” e da ampliação da rede de serviços de álcool e drogas. Até 2010, o município contava com dois CAPS AD, e o Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADEQ)

³⁶ Os usuários de drogas chamam de “mocós” os locais, geralmente escondidos, onde é feito o uso de drogas e onde permanecem durante seu efeito. Casas e construções abandonadas, viadutos, linha de trem, são alguns locais que são utilizados para este fim.

com dez leitos de internação psiquiátrica, e dez de retaguarda noturna. Estavam em processo de cadastramento os 10 leitos de saúde mental do Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV). Era, portanto, uma rede bastante reduzida se considerada a população assistida³⁷, e insuficiente para dar sustentabilidade ao modelo da Reabilitação Psicossocial e de Redução de Danos que estava sendo defendido no cotidiano dos serviços.

Nesse momento, a rede de saúde e da assistência social vinha trazendo para as discussões, nos espaços coletivos de profissionais e gestores, a dificuldade em ofertar cuidados à população em uso abusivo de álcool e outras drogas. Os serviços de saúde não se sentiam instrumentalizados tecnicamente para tratar desse usuário, o que estava gerando desassistência e altos índices de pedidos por internação, uma vez que essa era a principal ferramenta de tratamento.

Enquanto as dificuldades permeavam as práticas de cuidado aos usuários de substância psicoativa, no plano da gestão municipal, a questão do uso do crack e das pessoas em situação de rua vinha mobilizando discussões sobre os modos de intervir nessa situação. Havia uma aposta, por parte dos gestores da saúde mental, numa ampliação da rede de Reabilitação Psicossocial, tendo a RD como norteadora do cuidado à população em situação de rua e em uso abusivo de crack.

Um evento crítico no cuidado ao usuário de álcool e drogas se instaurou a partir do Programa Municipal “Bom dia Morador de Rua”. Esse programa ocorreu durante todo o primeiro semestre de 2010³⁸ e consistia nas ações da polícia militar e guarda civil municipal em colocar, de maneira compulsória, todos os moradores de rua da região central, dentro de um ônibus, para, em seguida, fazer o cadastramento e os encaminhamentos das necessidades encontradas. A Prefeitura Municipal de Campinas

³⁷ Segundo censo do IBGE 2013, o número de habitantes em Campinas é estimado em 1 144 862 e a região metropolitana ultrapassou a marca dos 3 milhões de habitantes. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013. Segundo o Ministério da Saúde (2012), - Orientações Acerca dos Indicadores da Pactuação de Diretrizes, Objetivos e Metas Brasil/2012, a cobertura pactuada para os CAPS AD por município é de 0,77, conforme parâmetros previstos na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Campinas apresenta uma cobertura de CAPS AD de 0,18 (consideramos somente os CAPS AD).

³⁸ A gestão municipal era liderada por Hélio de Oliveira Santos (PDT) e Demétrio Villagra (PT). O Programa “Bom dia Morador de Rua”, de cunho político higienista/populista, buscava garantir um cenário de permanência desse grupo político na permanência municipal. Destaca-se que essa política foi imposta pelo poder dominante contrariando as políticas de saúde em vigor.

alegava, para tanto, a relação entre os altos índices de violência no centro da cidade e a concentração de moradores de rua em uso de crack.

Os serviços de saúde mental, urgência e emergência e outras secretarias foram convocados a irem a esses espaços, formularem seus diagnósticos psiquiátricos e encaminhar a leitos psiquiátricos essa população, uma vez que estar em vivência de rua, no discurso da Secretaria da Assistência Social e da Secretaria de Segurança, se justificava pelo adoecimento mental, “dependência química” ou “loucura”. Essa ação gerou um grande descontentamento por parte dos profissionais de saúde e gestores, através de manifestações nos espaços de discussão em rede, posicionamentos técnicos e cartas abertas à comunidade.

Assim, o descontentamento gerado também evidenciou a desassistência à saúde das pessoas em situação de rua e a falta de estratégia de cuidado para essa população. O descontentamento dos profissionais e gestores de saúde fez transparecer que não se havia, de fato, alternativas, naquele momento, de políticas de saúde efetivamente focadas nessa população. Havia apenas o programa “Bom dia Morador de Rua”, para acessar as populações vulneráveis em uso de crack.

A partir dessa realidade, a Secretaria Municipal de Saúde, junto à câmara técnica de saúde mental, decidiu pela ampliação da rede de serviços de álcool e drogas³⁹. O Consultório de Rua e Escola de Redução de Danos surgiram nesse momento, como projetos a serem implantados na rede de saúde mental de Campinas⁴⁰.

A Secretaria Municipal de Saúde decidiu investir o incentivo financeiro da Escola de Redução de Danos na contratação de redutores de danos para os CAPS AD. Essa decisão foi importante para a continuidade do trabalho dos agentes de redução de danos, pois, devido às mudanças de gestão municipal do Programa DST/AIDS, o PRD estava perdendo espaço e se extinguindo no município. A partir desse momento, a RD deixa de ser somente uma diretriz de cuidado para a rede de álcool e drogas da saúde mental, e começa também a operacionalizar suas práticas nas abordagens de rua.

³⁹ A ampliação desses equipamentos estava prevista no âmbito do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD 2009-2010), em novembro de 2009, e nos termos da Portaria GM 1.059/2005 e 1.190, de 4 de junho de 2009, sendo ampliadas e potencializadas com recursos financeiros do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (PIEC). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34070>. Acesso em: 23 out. 2013.

⁴⁰ A ampliação da rede de álcool e drogas também contou com a implantação de um CAPS ad em uma das regiões mais vulneráveis do município, a transformação de um CAPS AD, existente em 24hs, uma Casa de Acolhimento Transitório (CAT).

No que tange à rede da assistência social, a rede de equipamentos destinada ao atendimento às pessoas em situação de rua, em Campinas, começou sua ampliação no bojo da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) e da Política Nacional às Pessoas em Situação de Rua (2009), veremos mais adiante tais políticas. Atualmente, a Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas, através da Coordenadoria Setorial de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – População Adulta em Situação de Rua disponibiliza serviços de média e alta complexidade ao atendimento à população de rua em parceria com entidades conveniadas.

A rede de equipamentos considerados de média complexidade é composta por: Centro POP de Serviço de Acolhimento Referenciamento Social e SOS Rua, que tem como objetivo fazer as abordagens de rua para a identificação das necessidades encontradas nessa população e dar os devidos encaminhamentos; Casa de Apoio Santa Clara, Casa da Cidadania, Movimento Vida Melhor, ofertam acolhimento diário, alimentação, documentação e recâmbio.

Em relação aos serviços de alta complexidade, temos as Casas de Passagem Nossa Casa, Casa Antônio Fernando dos Santos, Seareiros e Abrigo Esperança e Vida, esses equipamentos ofertam abrigo de curta, média e longa duração; e também, os serviços municipais de albergamento através do Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante (SAMIM) e Abrigo Renascer. A complexidade dessa rede evidencia o elevado número de pessoas em situação de rua no município

A ampliação dessas redes (saúde e assistência social) enfrentou, nos últimos anos, um cenário municipal bastante adverso, o que fez com que o CnaR começasse a operacionalizar suas práticas, apenas em 2012, dois anos após ao planejado. Houve, em 2011 e 2012, a mudança quase por completa da gestão municipal, que fora acusada pelo Ministério Público por irregularidades administrativas. A má gestão do orçamento municipal acarretou o grande endividamento do atual Poder Público Municipal de Campinas, tendo efeitos negativos no orçamento de todas as suas secretarias.

Interessante salientar que, no início das atividades do CnaR, alguns conselheiros municipais de saúde eram contrários ao financiamento do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Campinas para a abertura de um serviço de saúde para população

em situação de rua. A justificativa estava no investimento de recursos públicos em serviços específicos para “vagabundos” e “drogados”, enquanto outros serviços da saúde careciam de recursos necessários para se manterem, como os serviços da Atenção Primária. Esse posicionamento de alguns conselheiros mostrava o campo de tensão no qual essa população se encontrava.

Outro destaque importante sobre o contexto de Campinas relaciona-se à continuidade das ações municipais às pessoas em situação de rua que se encontravam no centro da cidade, a operação “Cata-Treco” e “Operação Centro Seguro”.

A operação “Cata-Treco”, do Departamento de Limpeza Urbana do Município, é uma ação que vem ocorrendo frequentemente, nos últimos anos. Com a ajuda do trabalho da Guarda Civil Municipal (GCM), um caminhão percorre as ruas do centro da cidade recolhendo materiais considerados como entulhos, ou que possam ser usados para montar barracos. Além dos entulhos, muitas vezes, são retirados os pertences pessoais das pessoas em situação de rua, como bolsas, colchões, livros, calçados, roupas, inclusive documentos de identidade, CPF, Carteira de Trabalho e remédios.

A relação da equipe do CnaR e das pessoas em situação de rua com a GCM, no período da pesquisa, foi bastante tensa, principalmente após o segundo semestre de 2013, com o início da Operação Centro Seguro, realizado pela Secretaria Municipal de Cooperação nos Assuntos de Segurança Pública. Essa ação fez intensificar o patrulhamento na região central de Campinas, principalmente nos pontos considerados mais críticos devido à concentração de pessoas em situação de rua em cenas públicas de uso de crack e outras SPA. O objetivo da Operação Centro Seguro era coibir furtos, tráfico e uso de drogas, garantindo assim, maior segurança aos moradores, lojistas e frequentadores da região. As intervenções da GCM, além de apreender drogas e armas usadas para cometer delitos, tinham a finalidade de cadastrar e encaminhar as pessoas abordadas para serviços assistenciais e de saúde.

Figurando como pesquisador e trabalhador dessa rede, fui convocado a pensar, junto ao coletivo de trabalhadores e gestores da rede de álcool e drogas, a construção de práticas de saúde que operem com a perspectiva da RD, bem como na elaboração e implantação do projeto CnaR. Questão nada simples, colocando-me em alguns momentos numa sobreposição de papéis. Entretanto, trazendo essa questão para o

campo de análise da pesquisa, podemos nos questionar continuamente sobre as práticas e crenças acerca do cuidado ofertado às pessoas em situação de rua em uso de drogas, dando passagens a mudanças de compreensão desse campo problemático, podendo, assim, tecer um campo de pesquisa e investigação.

2. A equipe e o cotidiano de trabalho do Consultório na Rua

[...] Vestidos de amarelo, a equipe já é reconhecida por várias pessoas que estão em situação de rua. O clima é amistoso e de proximidade, beijos e abraços são comuns entre equipe e os usuários. Isso faz com que algumas pessoas já cheguem com algumas dúvidas para alguns profissionais, como foi o caso de um rapaz negro que estava com manchas na mão, e perguntou se poderia ser AIDS. (trecho do diário de campo, 01/07/2013).

Os profissionais do CnaR, quando estão em atividades nos territórios de sua responsabilidade sanitária, são conhecidos pelas pessoas em situação de rua em Campinas como “os amarelinhos”, em virtude da cor do traje que utilizam. Esse serviço existe há dois anos e possui uma equipe multiprofissional, que é assim constituída: uma coordenadora, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, dois médicos clínicos, dois técnicos de enfermagem, três redutores de danos e um motorista, estando previsto um aumento no número de profissionais para a composição da segunda equipe.

O CnaR é um serviço de saúde itinerante que funciona 36hs semanais, às segundas, quartas e quintas-feiras, das 13hs às 19hs, terças e sextas-feiras, das 7hs às 17hs. Entretanto, havia flexibilidade nesses horários e períodos da semana, de acordo com a necessidade dos casos acessados e consultas clínicas disponibilizadas pela rede. Não havia carga horária da equipe, suficiente para a cobertura diária das 7hs às 19hs, pois o modo como eles se organizavam para estar em abordagem de rua (pelo menos três profissionais por local de acesso) não possibilitava essa cobertura.

De maneira geral, o horário do serviço estava organizado desta maneira devido aos horários disponibilizados da rede, para agendamento de consultas e coleta de

exames laboratoriais nos períodos da manhã, de terças e sextas-feiras. Essa pactuação prévia com a rede facilitava o fluxo de acesso dos usuários. Os períodos da tarde e começo de noite eram os escolhidos para o trabalho de campo devido à alta circulação das pessoas em situação de rua nos locais escolhidos de abordagem de rua.

O cotidiano de trabalho da equipe está dividido entre momentos de atividades na rua e momentos de avaliação e organização do processo de trabalho. A equipe conta com um veículo (perua), para locomoção dos profissionais e dos usuários acessados.

As abordagens de rua acontecem todos os dias da semana. Os locais de atuação são determinados pelas regiões com alta concentração de pessoas em situação de rua, em vulnerabilidade social e de saúde, destacadamente em territórios de uso de drogas, podendo variar de acordo com os processos migratórios dessa população.

A equipe se encontra, antes das atividades de rua, na sede administrativa do CnaR para a organização das atividades do dia. Nesse momento, comumente discutem: casos que estão sendo acessados na rua, pactuações com a rede de saúde e assistência social; impasses nas articulações de rede, questões que surgem no trabalho de campo e levantamento dos insumos e medicamentos necessários para o dia.

A sede administrativa do CnaR encontra-se no CAPS AD 24h, onde o serviço tem um sala para organização do processo de trabalho e armazenamento dos subsídios e prontuários.

Tal opção encontra sua justificativa na fala de um médico da equipe:

Por que o CnaR tem sede somente administrativa e não sede própria? R: O objetivo do CnaR não é criar um serviço de referência com sede própria, isso poderia gerar uma desresponsabilização dos outros equipamentos de saúde, como por exemplo dos Centros de Saúde (trecho do diário de campo, 21/08/2013).

A “perua” serve como uma base móvel para a equipe. Geralmente fica em locais próximos onde as abordagens são feitas, servindo como pontos de encontro entre os profissionais e usuários.

Importante sinalizar que, a base móvel da perua também serve como lócus itinerante, ou seja, para a mobilidade do serviço, sua não fixidez não é apenas para a não

desresponsabilização dos outros serviços da rede, mas também para exercitar sua função itinerante, necessária para que as pessoas em situação de rua possam ser acessadas. Nesse sentido, podemos entender que o CnaR, por ser um serviço itinerante, opera na lógica da *busca ativa*.

Segundo Lemke (2010, p. 284), a noção de *busca ativa*, comumente associadas às ações em vigilância epidemiológica de investigação de campo, vem sendo utilizada, cada vez mais, numa perspectiva mais ampliada do cuidado, articulada com a noção de território, no bojo das políticas de Saúde Mental e de Atenção Básica. Nesse sentido, essa prática busca o acesso aos usuários e suas necessidades nos territórios e comunidades consideradas vulneráveis. Esse posicionamento “ativo” faz o contraponto a uma postura, muitas vezes, adotada pelos serviços de saúde, mais “passivo,” no sentido de esperar os usuários e suas necessidades chegarem aos equipamentos da rede, o que muitas vezes não acontece com as populações vulneráveis.

Segundo Lemke (2010, p. 285), trabalhar as práticas itinerantes, através da lógica da busca ativa, é uma das expectativas que se tem sobre as práticas dos trabalhadores no território, e é bastante mencionada na legislação e nos textos técnicos de saúde, além de ser considerada uma atribuição de todos os profissionais da ESF na Política Nacional de Atenção Básica.



Figura 2: Profissionais do Consultório na Rua na “Praça Quebra Osso”, Campinas-SP⁴¹

Assim que a equipe chega às suas áreas de atuação, os profissionais se dividem em duplas, ou em trios, geralmente compostos entre as diversas categorias de profissionais. As áreas de atuação, geralmente, ocupam uma área relativamente grande, o que cria a necessidade de se dividirem.

Todos carregam uma mochila com os insumos de RD e vão ao encontro das pessoas em situação de rua. A maneira informal e descontraída para abordar as pessoas me chamou atenção já nas primeiras idas às atividades.

Algumas pessoas vêm conversar com a equipe demonstrando proximidade, o papo rola de maneira informal. Dores, consultas e exames são algumas questões que aparecem ou são conferidas. Pedidos de cuidados clínicos, principalmente relacionados a dores, também aparecem nas falas dos usuários. Os profissionais carregam um caderninho em que anotam as questões que vão aparecendo nas atividades de rua (trecho do diário de campo, 01/07/2013).

⁴¹ Fotos tiradas em campo, em 09 de fevereiro de 2013.

Alguns profissionais já tinham experiência de trabalho na rua, seja na saúde ou na assistência social, como é o caso, por exemplo, de uma agente de redução de danos com uma longa experiência acumulada nas abordagens de rua. Para outros, era a primeira vez que teriam a rua como um ambiente de trabalho.

Os mais novos no trabalho de rua procuravam aprender com os mais experientes, principalmente em relação aos códigos que a vida na rua cria: saber quando é possível acessar os usuários; quando os profissionais não são bem-vindos em alguns locais; ou quando é o momento de se retirar do campo. Geralmente, no final da tarde de alguns locais do centro, quando chegava o “traficante de drogas” com as pedras de crack, iniciava-se uma movimentação entre os usuários daquela região e o clima ficava tenso. Era hora de ir embora daquele campo, respeitando o sinal que fora tacitamente transmitido.

Diante da defasagem entre as limitações que o serviço apresenta e a grande necessidade que as pessoas em situação de rua apresentam, faz-se necessário a priorização de alguns casos, que são os dos usuários acessados e que apresentam maior necessidade de cuidado à saúde clínica e/ou mental.

Nesse sentido, em janeiro de 2014, a equipe fez um levantamento dos casos mais acessados no mês, com indicação de acompanhamento de saúde. Foram eleitos 36 casos, onde já tinha sido iniciada a assistência à saúde na rua e que demandavam inserção na rede de saúde e/ou intersetorial. Esse levantamento foi feito na perspectiva da organização do processo de trabalho, frente ao alto número de acessos na rua.

Os principais problemas de saúde identificados no cotidiano de trabalho são: uso abusivo de álcool e drogas, tuberculose, câncer, hepatites, diabetes, hipertensão, problemas de pele, sofrimento mental, infestações (piolho de corpo, de cabeça e escabiose), gestação de alto risco e problemas odontológicos, segundo relatório de atividades de 2013.

O CnaR está sob a gestão do Distrito de Saúde Leste, da Secretaria Municipal de Saúde, conveniado com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A escolha por esse Distrito de Saúde ocorreu devido às necessidades deste território. A região leste de Campinas abrange a área central da cidade, local com maior concentração de pessoas em situação de rua e/ou tem a rua como meio de trabalho (profissionais do sexo, por

exemplo). Entretanto, mesmo estando no Distrito de Saúde Leste, a área de abrangência de trabalho do CnaR se delimita por todo o município, dependendo das migrações dos moradores de rua dentro da cidade.

No próximo item, mostraremos os territórios de trabalho dos profissionais do CnaR. Os espaços do cotidiano de trabalho e onde se operam as práticas de cuidado.

3. Territórios da rua

Tinha bastante lixo acumulado no terminal central, mais do que nas outras vezes em que estivemos lá. Como sempre, muita gente circulando, muitos carros e ônibus passando. Estávamos no meio da tarde e havia uma certa organização e fronteiras estabelecidas naquele local. Bastava ficar observando por um tempo e viam-se claramente os territórios demarcados, apesar de todo o caos aparente. Havia o lugar dos “nóias” que curtiam uma “brisa”, sentados ou deitados em cima de colchões sujos. Viam-se então os “mocós”, lugares mais discretos onde circulavam somente quem estava a fim de usar drogas naquele momento. Nesses mocós, além dos “nóias”, permaneciam também pessoas que possivelmente trabalhavam no centro da cidade e iam para lá para fumar uma pedra, alguns ainda com uniformes de trabalho e outros de camisa social, demonstrando ter um vínculo de trabalho formal. O lugar e horário do “tráfico de drogas” se dava por volta das 16hs, quando então a movimentação mudava rapidamente: chegavam as “pedras”. Nos banheiros do Terminal de Ônibus Central, moradores de rua costumavam ficar no entorno, geralmente bebendo: nesta área, observavam-se pessoas mais velhas do que os “nóias”, e em grupos menores, mais silenciosos e discretos, passando quase despercebidos pelos passageiros de ônibus. Entre esses espaços, ficavam alguns botecos com gente bebendo animadamente e falando alto, pessoas conversando, dando risada, muitos camelôs em volta, música alta, pequenos salões de cabelereiro e pessoas com pressa (trecho do diário de campo, 02/09/2013).



Figura 3: Usuários de crack no “Paredão” – Viaduto Cury, Campinas – SP⁴²

A noção de território se tornou um princípio organizador dos processos de trabalho nas atuais políticas de saúde mental e atenção básica. No contexto do SUS, as duas políticas têm como diretriz construir práticas de cuidado pautadas por uma lógica territorial e, desta forma, transpor as ações de saúde para mais perto dos usuários e de seus modos de vida.

A população em situação de rua apresenta algumas particularidades quanto à escolha e os modos de ocupar os territórios, conforme perspectiva apresentada no Capítulo 1, relativa ao trabalho do PSF – SD. Nesse capítulo, entramos na discussão sobre o entendimento de domicílio e de família, específicos para essa população. Locais para refeições e higiene, entre outros aspectos são pontos relevantes para a compreensão do modo que essa população ocupa os territórios da rua, ajudando nos processos de intervenção por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com o relatório de contagem da população em situação de rua, realizado em fevereiro de 2014, pela Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas, havia na cidade, na época, 642 pessoas em situação de

⁴² Fotos tiradas em campo, em 02 de setembro de 2013.

rua, caracterizadas em subgrupos como moradores de rua, moradores de “mocó”, munícipe, “vive da rua”, ex-morador de rua, abrigados, migrantes, e itinerantes.

O relatório nos aponta que a região leste do município concentra a maioria das pessoas em situação de rua, com 57%, seguido das regiões norte, com 28%, sul com 11%, sudoeste com 3% e noroeste com 1% dessa população.

Nesse levantamento, dentro da região leste, o centro da cidade é o local de permanência ou de passagem da maioria dessas pessoas, o que orientou o trabalho da equipe no mapeamento de risco e vulnerabilidade dessa região e, posteriormente, a eleição desse território para o início das atividades.

A região central foi dividida em sete campos de atuação pelo CnaR: Catedral, Praça Rui Barbosa, Terminal Central, Mercado Municipal, Praça do Carmo, Serviço de Atendimento ao Migrante Itinerante (SAMIM) e Praça do Fórum⁴³. O uso intenso de drogas é presente nessas localidades, sendo que em alguns lugares, há uma prevalência do uso de crack, já em outros, do uso de álcool, compondo o mapeamento das vulnerabilidades de saúde e social feitas pela equipe.

Vale destacar que, para a elaboração do mapa de vulnerabilidades, feito pela equipe, além do relatório de contagem da população em situação de rua, ela também se apropriou das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, que aponta as vulnerabilidades de cada Distrito de Saúde, de acordo com as características territoriais e populacionais de cada região do município e sua “SUS dependência”⁴⁴.

O Distrito de Saúde Leste, onde se concentra a região central e os campos de atuação do CnaR, foi apontado como um território vulnerável em relação ao uso abusivo de SPA, muito em decorrência ao alto número de pessoas em situação de rua e estabelecimentos formais, como os bares e comércios, e informais, como os ponto de tráfico de drogas e “mocós”, nesse território.

Esses indicadores compõem o Mapa de Vulnerabilidade criado pela Prefeitura Municipal de Campinas, a partir de 2005. Tais indicadores foram construídos a partir do Mapa de Exclusão e Inclusão Social (MEIS), elaborado pelas Políticas Sociais de

⁴³ Relatórios de atividades desenvolvidas do CnaR, ano 2013.

⁴⁴ Populações de baixa renda que tem a rede SUS como única possibilidade de acesso à saúde.

Saúde, de Educação, de Trabalho, de Emprego e Renda, de Esporte, de Cultura e de Segurança Pública. Esse mapeamento busca demonstrar as áreas que essas políticas indicam como de maior demanda dos serviços sociais. A partir do MEIS, foram identificados os pontos de maior vulnerabilidade do município e direcionados às políticas e serviços públicos de tais áreas⁴⁵.

Acompanhei as abordagens feitas na região central. Os locais foram: o Terminal de Ônibus Central, a região do Mercado Municipal e a Catedral, locais de abordagens semanais da equipe. Vou descrevê-los brevemente, pois as escolhas desses locais de abordagem são importantes na composição das cenas em que se opera o trabalho da equipe e nas práticas de cuidado que são ofertadas.

O Terminal de Ônibus Central é um espaço com uma grande circulação diária de pessoas e está na mesma área do viaduto Cury. Ele fica logo abaixo de um viaduto, local que dá acesso a várias regiões de Campinas, gerando um trânsito muito intenso de veículos. Ao lado do Terminal, e embaixo do viaduto, encontram-se também muitas barracas de ambulantes e, em seu entorno, bares e lanchonetes. Essa área, mesmo sendo pequena, concentra diversas atividades formais e informais.



Figura 4: Terminal de Ônibus Central e Viaduto Cury, região central de Campinas-SP (Imagem do Google Earth).

⁴⁵ Prefeitura Municipal de Campinas/Plano Municipal de Assistência Social 2010-2013 (2010, p.8).

Devido à heterogeneidade das pessoas em situação de rua e de sua utilização desses espaços públicos, esse campo de ação foi dividido em quatro subáreas pela equipe, para ajudar nas estratégias de saúde, como será descrito a seguir.

A primeira subárea, o “Paredão” fica na lateral do Viaduto Cury e é um grande muro, que dá sustentação ao viaduto, fazendo a divisão entre o comércio e a rua. Esse local tem várias caçambas de lixo, utilizadas pelos comerciantes locais, apresentando pouca circulação de carros e pessoas. Geralmente, as pessoas encontradas no “paredão”, estão em uso de crack.

Já a segunda, o “Buracão”, fica fora do Terminal de Ônibus Central, ao lado do viaduto Cury. Esse local é bastante estratégico para os fins de um “mocó”, pois quem passa de carro e a pé não consegue ver que logo abaixo e a poucos passos, temos um pequeno caminho de grama baixa que leva para um buraco em um muro. Com menos circulação do que o “paredão”, esse local também é utilizado para uso de crack entre as pessoas em situação de rua e por trabalhadores da Região Central.



Figura 5: Viaduto Cury e “Praça Quebra Osso”⁴⁶

⁴⁶ Fotos tiradas em campo, em 14 de agosto de 2013.

Como terceira subárea, o “Banheiro” fica propriamente em volta do banheiro público, dentro do Terminal de Ônibus Central, apresentando muita circulação de passageiros. Esse espaço concentra principalmente moradores de rua que fazem uso de álcool.

Por fim, a “Praça Quebra Osso” caracteriza-se como sendo uma pequena praça, em frente à entrada do Terminal de Ônibus Central, dando entrada ao comércio que existe também embaixo do viaduto. Essa praça é bastante conhecida e frequentada por moradores de rua, mas também por pessoas que não estão em situação de rua e que utilizam o local para uso de álcool, principalmente nos finais de tarde e começos de noite. A origem do nome “quebra osso” dá-se em virtude das brigas que comumente acontecem no local.

Saindo da região do Terminal de Ônibus Central, participei também de abordagens na região do Mercado Municipal. Essa região tem um trânsito intenso de veículos e pessoas, mas, diferentemente do Terminal de Ônibus Central, tem uma área maior, fazendo com que a concentração de pessoas em situação de rua se disperse em grupos menores e territorialmente mais espaçados.

Por fim, acompanhei as abordagens de rua na região da Catedral. Essa região tem um calçadão, que concentra muitos comércios e fomenta a circulação de pessoas durante o dia, diminuindo naturalmente com o começo da noite. A marquise da loja de roupas *Renner*, por figurar como abrigo, é utilizada por muitas pessoas para passarem a noite. Esse é o campo onde se vê maior concentração de jovens reunidos, para o uso de crack e de álcool.



Figura 6: Catedral, região central de Campinas-SP (imagem do Google Earth)

As áreas descritas acima são os locais de trabalho da equipe, escolhidos devido à vulnerabilidade em que as pessoas em situação de rua se encontram. Esses territórios são locais públicos e cenários para o uso de drogas.

Podemos observar na fala do médico da equipe a atenção para as especificidades do território e das pessoas que nele circulam:

Nós procuramos as regiões onde tem mais gente, quais os tipos de Substância Psicoativa, o que interfere e cria grupalidade diferente, processo de territorialização. Onde se usa crack criam-se grupalidades bem diferentes de onde se usa álcool (trecho do diário de campo, reunião de equipe, 21/08/2013).

Segundo Relatório de Contagem de População em Situação de Rua de 2014, da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social de Campinas, 84,5% das pessoas em situação de rua do município relatam fazer uso de SPAs. Dessas, 66% relatam uso de álcool como droga de preferência e uso frequente, na sequência aparece o uso de crack como droga de escolha, com 17% de pessoas relatando uso frequente.

O álcool continua sendo a droga de preferência e mais utilizada entre as pessoas em situação de rua, do município, segundo relatório. Outras SPAs, como maconha, cigarro e

cocaína, também foram citadas na entrevista.

Esses são os cenários em que acompanhamos a equipe nas abordagens e onde se desenvolveram as ações de saúde praticadas pela equipe. No próximo tópico, apresentaremos as práticas de cuidado identificadas em campo, por meio de um morador de rua que é cuidado pelo CnaR: Zulu, o qual pudemos acompanhar em diversos momentos de cuidado e de abordagem. Os encontros de Zulu com a equipe do CnaR nos permitirá identificar as práticas de cuidado, o modo como incluem os modos peculiares de vida da população na rua e como agenciam vulnerabilidades e saúde.

4. As práticas de cuidado junto às populações vulneráveis: o que nos conta o caso Zulu

Vejamos o caso do Zulu, construído a partir de diferentes momentos de encontro e também de elementos de conversa com a equipe e de consulta ao prontuário:

“Sou o morador de rua mais antigo de Campinas, moro na rua há trinta anos... Almoço no “bom prato” de quarta-feira porque tem feijoada, não tenho dificuldades em conseguir dinheiro, nem em comer e beber. Tomo cinco “carotinho” de pinga por dia com os companheiros, fumei maconha uma vez e não gostei” (trecho do diário de campo, 14/08/2013).

Zulu gosta de se apresentar dessa maneira: sou o morador de rua mais antigo de Campinas, moro há 30 anos na rua. Zulu é negro e tem 55 anos, aparenta ter mais idade.

A região onde costuma ficar é a área central de Campinas, próxima à Catedral. É bastante conhecido por outros moradores de rua e por quem costuma circular nessa região. Bom de papo e espirituoso, gosta de puxar conversa e falar sobre tudo.

Costuma carregar um caderno onde anota pensamentos e reflexões sobre a vida. Já familiar aos comerciantes da sua área de permanência, não tem dificuldades em arrumar comida e jornais dos dias anteriores, para se informar do que está acontecendo na cidade e no Brasil. Não tem como hábito fazer mendicância.

Zulu nasceu em Campinas e parece conhecer muito bem a cidade. Geralmente, quando vai começar a contar um “causo”, faz referência a algum comércio, praça ou rua, no intuito de dar direcionamento ao seu ouvinte. Suas histórias não têm linearidade no tempo, mas são repletas de afetividade. Histórias do passado se sobrepõem às experiências recentes e, de alguma maneira, no transcorrer da conversa suas histórias passam a ter um sentido.

Sobre sua infância, tem lembranças do grande quintal com galinhas, da casa onde morava com sua mãe e padrasto. Saiu de casa aos 21 anos, pois não gostava do seu padrasto. Lembra-se de diversas brigas com ele, por ser mulherengo e enganar sua mãe. Após sair de casa foi morar na rua, não mantendo mais contato com sua família e não desejando voltar a tê-lo.

Em 1970, foi para o Rio de Janeiro e trabalhou descarregando cargas na região portuária. Relembra que era perigoso e que vira alguns companheiros de trabalho se ferindo, principalmente porque a “turma” gostava de beber e fumar maconha, não prestando atenção suficiente no que estava fazendo. Dessa época, acredita que obteve uma hérnia de disco, devido ao esforço de carregar excesso de peso. Entre uma cidade e outra, em que esteve, escolheu Campinas como sua morada definitiva.

Em seu discurso, demonstra que viver na rua fora uma escolha de vida, não apresentando queixas em suas conversas, nem se vitimando por estar em situação de rua. Não tem planos de arrumar trabalho (não demonstrando condições físicas para tanto) e nem de morar em uma residência fixa ou constituir família (Zulu tem dois filhos e uma ex-esposa com quem não tem contato nenhum), discurso que muitos moradores de rua apresentam quando questionados sobre a perspectiva de futuro. Para Zulu, a rua é o seu lugar e não vê nenhum problema nisso.

Zulu menciona que a rua já fora, no passado, mais tranquila e menos violenta. Hoje, segundo ele, as coisas estão bastante diferentes e é preciso ficar atento, costumando dizer que “bêbado não dorme, tira cochilo”. Fica nervoso quando fala sobre a violência que os moradores de rua vêm sofrendo, diante das ações rotineiras da Polícia Militar e da Guarda Civil Municipal.

[...] “Não gosto da Guarda Municipal, eles não deveriam andar armados. Qual o problema de eu dormir na rua? Não tô fazendo mal para ninguém, eles podiam estar

atrás desse pessoal que arrebenta os caixas eletrônicos e não de mim... Sei que tem gente que arruma encrenca na rua, mas não é meu caso e nem de várias pessoas que conheço”.

Por estar em situação de rua, há muito tempo, conhece os códigos de sobrevivência, o que acaba atraindo outros moradores de rua para próximo. Nos locais em que Zulu circula, outros moradores de rua estabelecem com ele uma relação de respeito. Não costuma andar sozinho e na sua área, é quem organiza as regras, sendo uma delas a proibição do uso de crack, quando estiverem juntos na mesma roda de conversa.

[...] “Conheci uma menina na rua que foi presa com drogas. Tem uma molecada que é da “pá virada”, eles gostam de beber, fumar, usa droga, um pouco de tudo... Acho o crack um problema, não gosto, nunca usei, fumei maconha uma vez quando era mais moço, mas não gostei, o que eu gosto mesmo é da bebida”.

Nas rodas de rua em que Zulu está, o uso de álcool é frequente entre ele e seus companheiros, tendo iniciado seu uso contínuo na adolescência.

Nunca fez tratamento por problemas relacionados ao abuso de álcool. Em relação a sua saúde, fez cirurgia no Hospital Mário Gatti de Campinas, em 2010, para tratar uma hérnia de disco. Tem outras passagens em hospitais, por motivos de brigas, onde disse já ter recebido uma facada, e outras internações em hospitais gerais por acidentes no trânsito (trecho do diário de campo, 14/08/2013).

Conheci Zulu em julho de 2013, através da equipe do CnaR que o estava acompanhado na rua, desde outubro de 2012. Sociável, mas avesso a qualquer aproximação dos profissionais, quando o assunto era sua saúde. Subsequentemente, apresentaremos a história de construção de seu acesso ao CnaR, e utilizaremos o caso para demonstrar as estratégias de cuidado produzidas e acionadas pelos profissionais do serviço.

4.1. Distribuição de insumo: criando acesso ao cuidado e produzindo vínculo

As primeiras abordagens de rua, feitas com Zulu, aconteceram em outubro de 2012, na região da Catedral. Quando os profissionais o acessavam, geralmente, ele estava alcoolizado e ficava incomodado quando era abordado. A equipe o acompanhou na rua durante alguns meses, respeitando esse posicionamento do usuário.

A maneira de abordar os usuários na rua constitui uma prática de cuidado importante no acesso a essa população, uma vez que o modo protocolar de acesso à saúde da clínica médica tradicional, na forma de “queixa-conduta”, não é plenamente válido para as pessoas em situação de rua: na maioria das vezes, não há queixa, mas sofrimento. Era o caso de Zulu.

No início das atividades de rua do CnaR, a equipe estava experimentando modos de abordagem que pudessem facilitar o acesso a esses usuários. Um exemplo interessante aconteceu com o médico da equipe, que no início carregava uma maleta com os instrumentos médicos para fazer as avaliações necessárias. Pensando que essa população é excluída dos serviços da rede de saúde, ter claramente a figura de um médico nas ruas, seria uma maneira de aproximar os moradores de rua, mostrando explicitamente a eles que há um médico em tais espaços e que eles poderiam pedir ajuda e atendimento. Essa posição era condizente com o nome do próprio serviço: “Consultório na Rua”.

O resultado foi bem frustrante, pois a equipe percebeu que, transpor para as ruas a lógica da consulta médica, ao invés de facilitar o acesso, não produziu efeito algum, a não ser um distanciamento maior para com essa população.

[...] “Na clínica tradicional se ofertam procedimentos clínicos, o efeito disso é gerar, no coletivo, um entendimento que somente esses procedimentos são sinônimos de saúde. A clínica médica tem muito a aprender com a redução de danos, mas hoje nos pautamos numa outra lógica, mais tradicional” (trecho do diário de campo, fala do médico da equipe, 21/08/2013).

A construção do cuidado com a saúde estava para além dos instrumentos clínicos tradicionais, encontrados nos estabelecimentos de saúde. A própria experiência

nas atividades de rua foi mostrando outras maneiras de criar acesso, sendo que a distribuição de insumos de redução de danos foi uma delas, senão vejamos:

Um modo de acessar as pessoas em situação de rua foi através da disponibilização dos insumos de RD, nos campos acessados. Por exemplo, a água é um insumo muito utilizado e facilita a abertura para um campo de diálogo entre os usuários e os profissionais. Além disso, é um insumo importante para a reidratação das pessoas que, devido ao sol, calor, uso de drogas e falta de disponibilidade de água, costumam ficar desidratadas, tornando-se mais suscetíveis aos efeitos adversos do uso de drogas

Os usuários que já conhecem os profissionais solicitam diretamente os insumos, sendo os mais pedidos a água e o protetor labial. Outros insumos de RD também utilizados são as barras de cereais, achocolatados e folhetos informativos de RD - esses folhetos podem virar canudos individuais para inalação de cocaína, evitando assim o compartilhamento e possíveis contaminações, principalmente das hepatites.

O alimento doce, como a barra de cereais e achocolatados, destina-se principalmente aos usuários de crack que, quando estão sob o efeito da droga, permanecem muitas horas sem se alimentar, às vezes até dias. A escolha pelos alimentos doces não é por acaso, pois foi comprovado em campo que quando se está sob o efeito do crack, alimentos salgados tornam-se adversos à ingestão.



Figura 7: Insumos de redução de danos⁴⁷

Os insumos de RD, além de reduzirem danos à saúde dos usuários de drogas, têm uma função importante que podemos observar nas atividades de rua. Ofertar esses insumos torna-se uma maneira de criar empatia entre profissionais e usuários, facilitando o acesso e propiciando a construção de um vínculo.

A empatia pode ser observada também no modo de condução de uma conversa, às vezes iniciando um papo de maneira informal. Saber falar a linguagem e as gírias utilizadas entre as pessoas em situação de rua é importante para a aproximação com os usuários.

O caminho que fazemos para acessar um usuário é puxar um papo, distribuir insumos e falar sobre a importância deles se cuidarem, sem necessariamente falar do uso de drogas. A experiência nos mostra que nas primeiras abordagens, quando não temos vínculo com o usuário ainda, ficar falando sobre o uso abusivo de drogas, faz com que

⁴⁷ Foto tirada em campo, em 01 de julho de 2013.

podemos perder o contato com aquele usuário. Tentamos “comer pelas beiradas” para depois abordarmos sobre o uso abusivo de drogas, entregar os insumos é uma maneira de nos aproximarmos (agente de RD, trecho do diário de campo 21/08/2013).

Como podemos observar pela fala da redutora de danos, a estratégia de entrega de insumos é um meio para acessar os usuários e vinculá-los ao tratamento, ou seja, os insumos já são um plano do acesso e produtor de vínculos entre equipe e usuários.

A oferta de alguns insumos de RD (como água e protetor labial) e as conversas informais foram as estratégias de cuidado utilizadas no caso de Zulu para acessá-lo, possibilitando, assim, à equipe o acompanhamento do usuário na rua. Havia uma intenção dos profissionais mais próximos do caso em construir o cuidado conjuntamente com o usuário, respeitando, de forma concreta, seus desejos e modo de vida.

Esse modo de se aproximar dos usuários em situação de rua, “comer pelas beiradas”, através de conversas informais, para a demonstração de empatia e na prática de distribuição de insumos, vem sendo uma maneira que os profissionais encontraram para acessar e incluir a heterogeneidade dos modos de vida na rua, no tratamento de saúde.

4.2 Singularizando o cuidado: identificando necessidades de saúde em diálogo com as vulnerabilidades e as histórias de vida dos usuários

A população e os profissionais de saúde da rede acreditam que os moradores de rua não têm história. Saber sobre as histórias de vida deles é uma maneira também de nomear essas pessoas para a rede de saúde. Essas histórias precisam ser divulgadas (fala em reunião de equipe, trecho diário de campo, 21/08/2013).

Em janeiro de 2013, Zulu, pela primeira vez, chegou até à equipe com um pedido de cuidado. Na noite anterior, tinha ocorrido uma ação da GCM frente às pessoas em situação de rua, no centro da cidade. Zulu queixava-se que recebera spray de pimenta em seus olhos, causando persistente ardência. Estava assustado com a violência da ação que fora executada. Ele foi acompanhado com um profissional da equipe ao

serviço de especialidades, para consulta com um oftalmologista e saiu da consulta com indicação de óculos de grau. Esse foi um momento importante para a condução do caso do usuário: a compra dos seus óculos.

Os profissionais mais próximos do caso (a assistente social e a redutora de danos) entenderam a importância, para seu projeto terapêutico, de que a compra de uns óculos exerceria um papel importante, vindo assim ao encontro com o gosto pela leitura e escrita, por ele já demonstrado.

No trajeto para a compra dos óculos do usuário, verificou-se claramente a efetivação do vínculo. Ele então passou a contar sua história de vida. A partir desse momento, Zulu começou a se apresentar à equipe, nas atividades de rua, de maneira diferente.

Até então sisudo e desconfiado, após essa intervenção, o usuário mostrou-se um grande contador de “causo”. Essa abertura tornou possível a ampliação do cuidado às outras necessidades de saúde.

Quando os profissionais do CnaR começaram a acessar o usuário, na rua, identificaram diversas fragilidades do seu estado de saúde, como uso abusivo de álcool, ferimentos e machucados, condições de higiene precárias, dificuldades para locomoção e confusão mental.

Nesse sentido, foi possível observar um verdadeiro exercício, para a invenção de uma *clínica das vulnerabilidades* no cotidiano de trabalho dos profissionais. Segundo Lisboa (2013): “É preciso que o exercício da clínica esteja afinado com a compreensão das vulnerabilidades experimentadas por cada paciente” (LISBOA, 2013), ou seja, é necessário identificar as principais demandas de saúde dos usuários compreendendo as vulnerabilidades presentes em cada situação.

No caso de Zulu, as vulnerabilidades relacionadas ao uso abusivo de drogas e à violência que vinha sofrendo, através das ações do poder público, estavam gerando ou agravando seu estado geral de saúde, tornando-o muito mais vulnerável ao contexto da rua. O usuário estava apresentando dificuldade de locomoção, inchaço nos membros superiores e inferiores, confusão mental e sintomas delirantes, isso fazia com que sua

vida fosse se tornando mais precária, a cada dia, impossibilitando-o inclusive de conseguir comida e de se defender de algumas situações.

A ardência nos olhos, ocasionada pelo spray de pimenta e, em seguida, a indicação de utilização de óculos de grau, frente as suas dificuldades de enxergar, foram as demandas de cuidado iniciais do usuário aos profissionais do CnaR. Responder a essas demandas, foi importante para o processo de singularização do cuidado, pois foi a partir dessa intervenção que os profissionais que o estavam acompanhando puderam ter acesso à história de vida do usuário e estabelecer uma relação de confiança com a equipe.

Além da identificação das situações de vulnerabilidades e riscos prioritários, Lisboa (2013) aponta também a necessidade de compreender o processo de produção da vulnerabilidade e os riscos de *desfiliação*, proposta por Castel, envolvidas em cada caso acessado na rua; ou seja, uma clínica das vulnerabilidades precisa partir da compreensão acerca do processo que os levou à situação de rua.

A discussão que realizamos no Capítulo 2, em diálogo com Castel, (2013, 1997) nos dá pistas para a compreensão de tal processo: frente à heterogeneidade das vidas das pessoas em situação de rua é importante identificar as principais demandas de saúde e sociais para a organização e operacionalização das práticas na rua e, conseqüentemente, para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário.

Zulu estava em situação de rua há 30 anos, encontrava-se num processo *continuum* de precarização do seu modo de vida há muitos anos, a fragilidade do seu estado de saúde era evidente através da sua aparência física, bastante comprometida. Desde jovem, as relações familiares mostraram-se fragilizadas, saiu de casa aos 21 anos devido às constantes brigas com seu padrasto.

Em relação ao trabalho, Zulu recorda-se de ter descarregado carga na região portuária do Rio de Janeiro e de presenciar acidentes no trabalho com colegas próximos, possivelmente pelas condições precárias de segurança do trabalho. O uso de álcool já aparece de maneira bastante presente nessa época, segundo relato do usuário. Como podemos observar em sua história de vida, o processo de desfiliação social aparece como efeito das fragilidades dos vínculos familiares, de trabalho e pelo uso abusivo de álcool.

A efetivação da construção de vínculo com Zulu, através do relato de sua história de vida, trouxe ao PTS do usuário elementos importantes para a compreensão do processo de desfiliação social, que fez o usuário “cair nas ruas”, sendo um componente importante para a orientação do seu tratamento: a singularização do caso.

Nas atividades de rua, pudemos observar que há uma marcante intenção dos profissionais na busca dos casos, através de práticas que facilitasse o acesso do usuário. Observamos isso através das atividades de distribuição de insumos de RD, conversas informais e rodas de capoeira. A partir disso, buscava-se levantar e compreender as histórias de vida dos usuários. Esse procedimento produzia um cuidado maior com os usuários, facilitando a continuidade da assistência na rede, já iniciada na rua. A singularização dos casos era efeito das práticas de acesso e vínculo.

Criar estratégias, de acordo com a necessidade do usuário, é importante para o processo de singularização do cuidado. Com Zulu podemos ver a utilização do Acompanhamento Terapêutico (práticas de saúde itinerante, apresentadas no Capítulo 1), como o modo de cuidado permitiu uma aproximação extremamente rica junto ao usuário, que se mostrava, até então, pouco permeável às formas tradicionais de tratamento.

4.3 Construções de redes de cuidados

Até onde devemos ir? Até onde assumimos o caso ou possibilitamos construções de rede? Vai depender do vínculo (fala do médico da equipe, trecho do diário de campo, 21/08/2013).

Antes de apresentarmos a trajetória de Zulu, na rede de saúde em Campinas, é preciso trazer as diretrizes sobre as redes de atenção à saúde e suas atribuições, servindo como paradigma para essa discussão sobre construção de rede como prática de cuidado.

O conceito de “rede” é multifacetado e vem sendo abordado por diversos campos de saberes e tradições. O que nos interessa, nesse estudo, é o conceito de rede aplicado no contexto da atenção à saúde.

Em 2009, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou um documento oficial propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para fragmentação dos sistemas de saúde prevaletentes em seus países membros.

Segundo esse documento, a rede de atenção à saúde é definida como: uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS/2011, p.15).

No âmbito do SUS, o Ministério da Saúde, seguindo as atribuições da OPAS, instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (PORTARIA GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010).

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Assim, as RAS podem ser caracterizadas por: formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação; planejar e organizar as ações, segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional, compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, 2012b, p. 10).

Posto isso, podemos voltar ao caso de Zulu e verificar quais ações foram feitas para que pudesse haver construção de rede para o usuário. Para sua inserção nos serviços de saúde, que compõem a rede SUS, foram necessários os seguintes passos: pactuações nas esferas de gestão; trabalho de sensibilização com os profissionais que compõem esses equipamentos e, finalmente, articulação no cotidiano com a rede de saúde e intersetorial. Esses passos, juntamente com as ações e estratégias de cuidado, já relatadas, faziam parte do cotidiano de trabalho da equipe.

A articulação de rede faz-se necessária na construção dos projetos terapêuticos dos usuários acessados na rua. Importante ressaltar que trabalhar na lógica do

encaminhamento entre os serviços, não cria acesso à saúde às pessoas que se encontram em situação de rua.

Segundo relatório de atividades de 2013, apresentado à Secretaria Municipal de Saúde, o CnaR estabeleceu parcerias com ambulatorios de especialidades, maternidade, rede saúde mental (CAPS III, CAPS AD, CAPS infantil, centros de convivência, serviços de geração de renda, retaguarda psiquiátrica), Hospital Municipal Mário Gatti, Complexo Hospitalar Ouro Verde, vigilância sanitária, SAMU, Vigilância Sanitária e Centros de Saúde. Nesses serviços, a equipe do CnaR realizou, além das visitas às atividades de rua, reuniões pontuais para discussão de caso, revisão de protocolos e fluxos, apoio matricial e construções de projetos terapêuticos singulares.

Como estratégia de sensibilização e diminuição de preconceitos entre os profissionais e gestores de saúde, com relação às pessoas em situação de rua, foram construídas agendas semanais para a ida desses trabalhadores nas atividades de rua.

O resultado foi positivo. Um caso interessante foi à ida às ruas da farmacêutica responsável pelo fluxo e controle das medicações dos serviços do Distrito de Saúde Leste.

Sensibilizada com a realidade das condições de saúde da população de rua e das dificuldades de acesso à rede, a profissional ajudou na criação de pontos estratégicos, nos serviços da rede, de entrega de medicamentos, bastante utilizada por essa população, principalmente para o tratamento da tuberculose, DST e infecções.

Nos serviços que referenciam a região central do município, como o Centro de Saúde Centro e CAPS AD 24hs Reviver, foi possível construir fluxos internos e agendas prioritárias às pessoas em situação de rua, tendo como efeito um aumento na inserção dessas pessoas nesses serviços e em outros equipamentos que compõem a rede SUS.

No Centro de Saúde Centro, houve a liberação, durante períodos na semana, de salas de atendimento para avaliações clínicas, solicitações de exames e procedimentos necessários. Disponibilidades de horários nas agendas de odontologia também foram criadas semanalmente para os usuários, evitando assim, as desistências frente às longas filas de espera para os agendamentos.

O CAPS AD 24 Reviver, referência para a região central de Campinas, vem revendo seus protocolos internos, na perspectiva de inclusão dos modos de vida das

pessoas que se encontram em situação de rua e que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Abrir a possibilidade para banhos, alimentação, fora dos horários programados, e lugares para os moradores de rua guardar seus pertences pessoais, tem ajudado na permanência no serviço e na hospitalidade noturna.

No livro de registros de novos acolhimentos do CAPS AD Reviver, observamos o aumento de acolhimento de pessoas em situação de rua que apresentam problemas relacionados a uso abusivo de álcool e drogas, no último ano. No primeiro trimestre de 2014, o acolhimento de pessoas em situação de rua foi de 36%, em relação ao total de acolhimentos realizados. O aumento do acesso a essa população vem sendo possível através da sensibilização dos profissionais de saúde, que vêm favorecendo a construção de fluxos internos para receber esses usuários.

A inserção na rede SUS Campinas de um serviço itinerante de saúde, como o CnaR, possibilitou parcerias importantes em rede. Entretanto, há uma trama de complexidade que envolve essas relações, gerando tensões e impasses. Voltemos ao caso de Zulu.

Infelizmente, após outra ação da GCM, foram retirados de Zulu seus óculos e cadernos, além de todos os pertences pessoais que o acompanhavam. A partir desse incidente, o usuário aumentou o uso de álcool e ficou com a saúde bastante debilitada.

Em abril de 2013, Zulu foi levado ao Centro de Saúde Centro e avaliado pelo próprio médico da equipe. O usuário estava com tremores pelo corpo e bastante confuso. A equipe tentou, então, inseri-lo num pronto atendimento de um complexo hospitalar, para desintoxicação alcoólica e, posteriormente, avaliações neurológicas.

Devido à gravidade do caso, a indicação de ambos os serviços foi efetivada pela permanência no hospital até a conclusão dos exames. Contudo, na primeira noite, após a troca dos profissionais de plantão, Zulu teve alta hospitalar, voltando às ruas, com piora significativa do quadro clínico. A justificativa do plantão noturno para a alta hospitalar foi a de que o caso não se caracterizava mais como urgente, uma vez que Zulu foi classificado no pronto atendimento como alcoolista, e por não estar intoxicado foi dada a alta.

Podemos observar claramente nesta situação, a configuração de uma rede orientada pela burocracia dos protocolos em detrimento do cuidado integrado e compartilhado. A questão do acesso, nos serviços de saúde, ganha destaque para fundamentação e estruturação das RAS instituída no SUS e está relacionada à ausência de barreiras no momento em que o usuário “entra” no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção. As barreiras podem englobar várias dimensões, como acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário. Logo, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente (BRASIL, 2012b, p. 13).

Franco (2006) assinala que a organização da rede SUS, na maioria das vezes, é excessivamente normatizada, refletindo o modo como algumas diretrizes são normativas, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, com relação às fichas e às senhas, e à disponibilidade de certos procedimentos. Segundo o autor (2006), a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado.

Após esse acontecimento, os profissionais perderam o contato com o usuário, não o encontrando mais na região onde costumava ficar. Tinham apenas algumas esparsas notícias dele, através de antigos companheiros.

As necessidades de saúde, associadas às complexidades e vulnerabilidades dos modos de vida das pessoas em situação de rua, exigem uma articulação de rede nos diversos níveis de atenção⁴⁸ à saúde. Entretanto, o que podemos observar nessa situação, foi uma prevalência das normas e protocolos dos serviços, em detrimento da continuidade do cuidado em rede do usuário.

A construção de redes exigia dos profissionais do CnaR um intenso corpo a corpo para que a parceria pudesse ser efetivada. Mesmo assim, era frequente a quebra

⁴⁸ Os níveis de atenção são arranjos produtivos conformados, segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica - atenção terciária à saúde (BRASIL, 2012b, p. 10).

de acordos entre as equipes. Havia uma dificuldade dos serviços parceiros em compartilhar a responsabilização pelos casos acessados na rua.

Isso demandava dos profissionais do CnaR a presença em diversos espaços de articulação de rede, como reuniões entre as equipes dos serviços, fóruns da rede de álcool e drogas e acompanhamento “in loco” dos usuários nos serviços de saúde. Essas ações objetivavam garantir a continuidade da assistência. Mesmo com todas essas frentes de articulação, muitas vezes, as dificuldades da rede, em acolher o usuário em situação de rua, eram maiores.

Outros espaços frequentados por tais profissionais foram os Conselhos Municipais de Saúde, no intuito de levarem a discussão sobre a saúde das pessoas em situação de rua, e ainda o Fórum dos Moradores de Rua, para debater sobre cidadania e direito à saúde.

Retornaram o contato com o usuário, através de busca ativa, somente em julho de 2013. A equipe conseguiu articular novamente sua entrada num pronto atendimento para avaliações clínicas. Com a saúde deteriorada, Zulu tinha perdido os movimentos das pernas e o controle dos esfíncteres.

O usuário ficou no pronto atendimento dois dias, até ser encaminhado ao leito noite do CAPS AD, onde permaneceu mais cinco dias, até a liberação de uma vaga hospitalar pela Central de Regulação de Vagas. A complexidade do caso o colocava em risco, devido à falta de aparato clínico no CAPS AD 24hs.

Para que o usuário não se perdesse novamente nos fluxos internos dos serviços, foi necessário que os profissionais do CnaR fizessem pactuações diárias com as equipes e gestores dos serviços. Os atritos eram constantes para que houvesse o compartilhamento do caso em rede.

O leito hospitalar disponibilizado para Zulu deu-se no hospital psiquiátrico. Importante apontar que, mesmo com as avaliações das equipes envolvidas no caso, para a inserção na rede hospitalar, para acompanhamento clínico, o fluxo municipal de saúde foi a rede de saúde mental, que não conta com suporte clínico para os casos mais complexos.

Zulu continua internado até o momento (nove meses). Encontra-se melhor em relação ao seu quadro clínico e mental. Está em seguimento ambulatorial no hospital Ouro Verde, devido a um cisto na mama direita, aguardando cirurgia.

No que se refere à sua saúde mental, Zulu foi diagnosticado no CID 10, com transtorno mental em decorrência de seu quadro de dependência alcoólica. A confusão mental apresentada, quando iniciou a internação psiquiátrica, foi relacionada aos sintomas da síndrome de abstinência ao álcool.

Alterna momentos em que deseja continuar internado e momentos em que pede para sair de alta hospitalar. Entretanto, não dá continuidade ao pedido de alta, entendendo que está melhor, mas que voltar para o contexto da rua poderia prejudicar rapidamente sua saúde.

Zulu não se encontra, no momento, com um quadro clínico e mental que justifique sua internação: a única justificativa é o fato de ele ser morador de rua. As equipes envolvidas do CnaR e do Núcleo de Retaguarda entendem que a utilização do leito, neste momento, vem sendo social. Tentaram junto à Rede de Abrigamento da Assistência Social a inserção do usuário nas Casas de Acolhimento transitório, destinadas à população de rua, sem que obtivessem êxito algum. A justificativa era o esgotamento de vagas nos albergues para essa população. Outro ponto de tensionamento é pelo fato de Zulu não ter mais de sessenta anos de idade, o que impossibilita também sua inserção na rede da assistência social para o idoso com necessidades sociais.

Em fevereiro de 2014, foi decidido em rede, entre os profissionais dos serviços envolvidos e gestão, a tentativa de inseri-lo na Unidade de Acolhimento Transitório (UAT), vinculado ao CAPS AD Independência, localizado e com área de abrangência no Distrito de Saúde Sul. Semanalmente, Zulu frequenta o CAPS AD, para participar das atividades do dia, na perspectiva de construção de vínculo com a equipe e inserção na UAT.

A rede de saúde mental vem sendo parceira no compartilhamento de casos de pessoas em situação de rua, como o de Zulu. No momento, o usuário está sendo referenciado por outros serviços, mas os profissionais do CnaR continuam sendo acionados por esses serviços, nas pactuações de rede que se fazem necessárias.

4.4 Sintetizando

A partir das práticas de cuidado apresentadas, vimos, então, que a equipe do CnaR opera com base nos seguintes processos de trabalho: busca ativa; produção do acesso e do vínculo; distribuição de insumos como um dispositivo central da clínica da vulnerabilidade; singularização do cuidado, por meio do conhecimento das histórias e os modos de vida e da atenção às vulnerabilidades de saúde e sociais, para as quais o acompanhamento longitudinal do usuário é importante para a construção e a articulação de rede social e intersetorial.

Trabalhar na perspectiva da singularização do cuidado, incluindo no manejo clínico, os diversos fatores de vulnerabilidades, apresentados por cada usuário, vem possibilitando a inclusão e a vinculação das pessoas em situação de rua ao tratamento frente à heterogeneidade dos modos de vida na rua.

Operar as práticas de saúde, através da perspectiva da *clínica das vulnerabilidades*, também vem sendo um modo de trabalhar o cuidado integral do usuário, uma vez que identificar os riscos prioritários à saúde e buscar intervir junto à rede de saúde é uma maneira de ir ao encontro das necessidades do usuário e não das normas protocolares dos serviços.

Por mais que as escolhas dos campos de trabalho fossem feitas pelos territórios mais vulneráveis de uso abusivo de SPA, a partir do momento em que os profissionais chegavam aos territórios, um campo de complexidade surgia, sendo importante acolher as demandas gerais de saúde. Outras necessidades se faziam presentes, muitas vezes, mais urgentes que o uso de drogas, como por exemplo, as feridas nos pés e as fraturas por quedas.

Interessante sinalizar que a população em situação de rua ganhou visibilidade nas políticas de saúde através da “epidemia do crack”. O CnaR é um serviço que surgiu para dar uma resposta frente a esse fenômeno, entretanto, podemos observar que quando esse serviço chegou às atividades de rua, nos territórios de uso de SPA, outras vulnerabilidades e necessidades ganharam a cena, sendo o uso abusivo de crack um dos elementos presentes na trama de vulnerabilidades do território, mas não o único. Ao invés de dar uma resposta ao crack, o CnaR pode ampliar a discussão em torno da saúde das pessoas em situação de rua, mostrando outras vulnerabilidades, também presentes no contexto da rua e tão necessárias de serem tratadas quanto o crack.

Tais processos de trabalho têm, no entanto, outros elementos: suas condições de possibilidade, impasses e desafios. Vejamos, no próximo item, algumas destas questões.

5. Vulnerabilidades e desafios do trabalho itinerante

Não fazemos caridade, tentamos garantir o direito à saúde dos moradores de rua (fala da enfermeira da equipe, trecho do diário de campo, 21/08/2013).

Ofertar cuidado de saúde às pessoas em situação de rua vem sendo um desafio a equipe do CnaR, começando pelo próprio ambiente onde o trabalho desses profissionais ocorre: a rua.

Ela, principalmente nas áreas centrais do município, é um espaço público geralmente de intensa circulação de pessoas, que se apresenta de maneiras muito diferentes no transcorrer do dia e da semana. É necessário maleabilidade, por parte dos profissionais, e ainda uma certa dose de criatividade, frente às mudanças e interferências que ocorrem nos espaços públicos.

Mudanças climáticas, impacto das políticas públicas nos espaços públicos, rearranjos dos comércios informais e processos migratórios das pessoas em situação de rua, são alguns exemplos dos desenhos que vão surgindo no cotidiano dos profissionais desse trabalho.

A realidade das ruas, experimentada pelos profissionais, não comparecem da mesma maneira nas instituições “tradicionais” de saúde. A clínica dos profissionais do CnaR é operacionalizada fora dos muros institucionais, tendo apenas um transporte como base para as ações de saúde e deslocamentos.

Ou seja, a clínica feita na rua dimensiona a diferença marcante existente entre a clínica praticada nos estabelecimentos de saúde, onde a privacidade da prática terapêutica é desejada e preservada nas relações dos profissionais de saúde e usuários, facilitados pela disposição das salas dos consultórios de atendimento. Já nas práticas de cuidado na rua, não existem os aparatos que tradicionalmente as equipes de trabalho requerem – a adaptação e o improviso tornam-se características marcantes desta prática. Apresentaremos uma cena para exemplificar essa questão:

Na “Praça Quebra Osso” vejo alguns profissionais (técnicos de enfermagem, enfermeira e coordenadora) juntos a um grupo de moradores de rua. Quando me aproximo, vejo um senhor sentado, próximo ao meio-fio, enquanto um técnico de enfermagem fazia um procedimento de higienização de um machucado na perna desse homem. Uma profissional da rede da assistência social próxima à cena vê e diz: “você deveriam de preocupar com isso, pois se alguém denunciar ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) poderá trazer sérios problemas para o serviço e vocês”. A cena deixava o usuário e a equipe expostos. Tinha um restaurante logo em frente, e com diversas pessoas comendo, e ainda um bar ao lado, com fregueses tomando cerveja na calçada. A coordenadora responde que a equipe conhece os riscos, mas que alguma coisa precisava ser feita mesmo assim. Os curativos estavam sendo feitos duas vezes na semana, e esse senhor apresentava uma melhora significativa nos machucados e infecções (trecho do diário de campo 02/09/201).

Esse usuário aparentava ter por volta de cinquenta anos e se recusava a ir ao Centro de Saúde ou ao pronto atendimento, mesmo acompanhado da equipe, para que as intervenções pudessem ser feitas num local apropriado. Ele justificava tal negativa diante do receio de ser maltratado ou não atendido, baseado em relatos anteriores de não atendimentos. Uma vez que a equipe identificou os machucados e as infecções nesses moradores de rua, a decisão foi pela intervenção que se apresentava possível, qual fora, na própria rua.

Dentro das possibilidades de intervenção, a equipe tinha um perfil bastante propositivo perante as dificuldades apresentadas. Não trabalhavam com as situações ideais, mas sim com as possíveis. Muitas vezes, essas possibilidades de cuidado não se enquadravam dentro das normas e procedimentos exigidos e/ou necessários. O norteador do cuidado era o sujeito em sofrimento, que se apresentava na dura realidade de rua.



Figura 8: Reunião de equipe do Consultório na Rua⁴⁹

A clínica feita na rua também está sujeita às mais diversas situações inesperadas em seu entorno. No meio de uma intervenção iniciada na rua, com um usuário apresentando uma crise convulsiva, alguns companheiros desses usuários começam uma briga do nosso lado.

Entre duas avenidas, bastante movimentadas, próximas ao Mercado Municipal, havia quatro moradores sentados e um deitado... “Paulo” estava deitado, com a cabeça ensanguentada e apresentando tremores pelo corpo. A técnica de enfermagem estava verificando seus sinais vitais, e o acomodando para não bater a cabeça no chão. Ele aparentava estar tendo uma crise convulsiva... Tinha comida pelo chão e algumas garrafinhas de bebida. Nesse mesmo momento, começa uma briga entre os três moradores de rua que estavam junto a “Paulo” - o rapaz mais novo começa a chutar a cabeça dos outros dois que estavam caídos. Os profissionais que estavam tentando manejar a convulsão do usuário alcoolizado ficaram sem saber o que fazer naquele momento, estavam todos muito tensos. A briga parou quando um motorista, que estava conduzindo um ônibus que passava no local, parou e começou a gritar da janela que

⁴⁹ Foto tirada em campo, em 21 de agosto de 2013.

iria chamar a policia. Nesse momento, eles param de brigar e começaram a se justificar pela briga.

Ufa! Entro na perua meio atordoado com a velocidade dos acontecimentos, com o barulho dos carros nas avenidas, com a briga entre os moradores de rua, que não entendi o motivo do seu começo e nem do seu fim. “É a bebida” me disse a psicóloga, “não há motivos” (trecho do diário de campo, 14/08/2013).

Após o incidente, os profissionais esperaram diminuir os tremores de “Paulo” para o acompanharem ao pronto atendimento. Chegando ao serviço de urgência/emergência, o usuário convulsionou novamente, sendo levado para a sala de observação, e iniciados os procedimentos necessários. Nesse momento, os profissionais do CnaR que acompanhavam o usuário retornam para as atividades de rua. Após três horas, já era começo de noite, a equipe retorna para buscá-lo, o usuário estava de alta.

[...] Quando chegamos ao serviço “Paulo” estava melhor, mas com dificuldades para andar. Ele pediu que o levasse até a região da Renner, na Catedral, onde estariam seus amigos, a coordenadora faz a oferta do SAMIM (abrigo noturno) ou do leito noite do CAPS AD 24hs. Paulo não quer nem ouvir falar o nome desses serviços, outros profissionais insistem nessa oferta, mas “Paulo” quer mesmo voltar para a rua. Há um incômodo em levá-lo à rua novamente (trecho do diário de campo, 14/08/2013).

O usuário já estava sendo cuidado pelo CnaR por volta de um mês. Quando o acessaram, pela primeira vez, ele tinha uma ferida no pé que foi tratada, hoje estava melhor. Alguns profissionais reconheciam um melhora no usuário, ao longo do mês, outros se incomodavam com o fato de que todo trabalho realizado no dia poderia se perder em mais uma noite de bebedeira e encontrá-lo na mesma situação no dia seguinte.

A posição da conduta de o levarem para a rua novamente, após todo o trabalho feito pela equipe, gerava tensões entre os profissionais; se por um lado queriam evitar abordagens mais incisivas à revelia dos usuários, também havia uma preocupação com os problemas de saúde identificados em campo. Mesmo “Paulo” saindo melhor do pronto atendimento, o seu estado geral de saúde era precário, possivelmente se

continuasse a beber, naquela noite, a probabilidade de voltar a ter as crises convulsivas era alta.

Questões como: O que fazer quando o usuário está em situação de risco à saúde e não apresenta interesse e motivação para se tratar? Estamos respeitando o desejo do usuário ou nos desresponsabilizando do cuidado? Esses questionamentos faziam parte do cotidiano dos profissionais.

Esse tipo de cuidado deve ser norteado pela criação de vínculo (BRASIL, 2012, p. 27), na perspectiva da garantia de direitos das pessoas em situação de rua, como verificado na fala de um profissional: *“tentamos trabalhar as questões que aparecem dos usuários, potencializando os direitos de cada um”*. Ao mesmo tempo em que possibilitava uma maior vinculação junto a eles, também se gerava tensão entre a equipe. Isso exigia um intenso corpo a corpo entre ela e as redes de parcerias, usuários e poder público.

O perfil militante dessa equipe, em defesa da população de rua e seus modos de vida, ao trabalhar nas fronteiras da vulnerabilidade e assumir riscos para além das ofertas tradicionais de cuidado, encontra situações-limite como a violência sofrida em 2014. Vejamos:

A relação com a GCM no período da pesquisa foi bastante tensa, principalmente após o segundo semestre de 2013, com o início da Operação Centro Seguro, realizado pela Secretaria Municipal de Cooperação nos Assuntos de Segurança Pública.

Essa ação fez intensificar o patrulhamento na região central de Campinas, principalmente nos pontos considerados mais críticos, devido à concentração de pessoas em situação de rua em cenas públicas de uso de crack e outras SPAs.

A Operação Centro Seguro, através da intervenção da GCM, ocorria nos mesmos locais de trabalho do CnaR e da equipe da rede SUAS, SOS Rua, que também trabalhavam com a mesma população. Foi acordado entre a Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Segurança Pública, que fossem respeitados os momentos das atividades de rua, dos profissionais de saúde e da assistência social, caso a GCM chegasse para fazer as intervenções no momento em que as equipes estivessem no trabalho de campo.

Entretanto, por mais que estivesse acordado, nas esferas de gestão municipal, o cotidiano de trabalho estava bastante tenso para as equipes que estavam trabalhando nas ruas. As ações da GCM, por parte de alguns profissionais, eram bastante violentas em relação às pessoas em situação de rua, impactando nas relações dos profissionais com os usuários.

Em março de 2014, a equipe foi ao Terminal de Ônibus Central para as atividades de rua, no período da manhã. Dois RD e uma terapeuta ocupacional avistaram algumas pessoas em situação de rua e foram ao seu encontro. Uma dessas pessoas era um usuário que tinha um bom vínculo com um dos RD. O usuário começou então a conversar com os profissionais, aparentando estar muito debilitado fisicamente. Combinaram de acompanhá-lo ao Centro de Referência DST/AIDS, onde ele estava em tratamento.

No percurso até a “perua”, chegaram alguns profissionais da Segurança Pública que abordaram o usuário de maneira truculenta. O RD se colocou na frente do usuário em sua defesa, acabando por sofrer agressões físicas e choques dos profissionais da GCM. Após ser agredido, o RD foi levado algemado a uma delegacia de polícia, tendo sido acusado de tentativa de agressão aos profissionais da GCM. Diversas instâncias da Secretaria de Saúde, Segurança Pública e Comissão dos Direitos Humanos do município foram acionadas para a liberação do RD. Após sua liberação da delegacia, o profissional e a equipe ficaram muito abalados com o ocorrido, desejosos de que providências contra tais atitudes fossem adotadas.

Essas situações extremas, como outras que surgem no cotidiano de trabalho, repercutem diretamente para a equipe do CnaR. Os profissionais encarnam as tensões vividas pelas pessoas em situação de rua a todo o momento.

Fica latente com este estudo que, além das práticas de cuidado para com o usuário, da necessidade de singularização dos casos, não se pode esquecer da importância intrínseca do cuidado para com a própria equipe. No período da pesquisa, tivemos a saída de três profissionais do serviço e também processos de adoecimento e solicitações de Licença para Tratamento de Saúde (LTS).

Se o contexto de rua contém diversos fatores de vulnerabilidade para a população de rua, esse mesmo cenário também torna os trabalhadores vulneráveis a diversas situações, como a violência, o tráfico de drogas, brigas, entre outros.

Fica evidente a necessidade da criação de estratégias de cuidado à equipe, bem como, o apoio nos diversos níveis de gestão aos tensionamentos existentes entre as redes de saúde, principalmente a rede da assistência social e o da segurança pública, e o trabalho na construção de políticas intersetoriais e de co-responsabilidade.

Neste sentido, apontamos para a constituição das *linhas de cuidado*, na perspectiva de pactuação nos diversos níveis assistenciais e de gestão, que vem sendo construídas no âmbito do SUS, partindo do princípio da integralidade do cuidado da atenção à saúde.

Essa discussão dá sentido para a ideia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não compartilhado, reunindo, na cadeia produtiva do cuidado, um saber-fazer cada vez mais múltiplo (MERHY e FRANCO, 2003).

Segundo Mery e Franco (2003), a *linha do cuidado* disponibilizada aos usuários, se movimenta acionada por certos PTS que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde.

Entretanto, segundo Cecílio (2011, p. 591) o modo como as “redes” ou “linhas do cuidado” estão organizadas, no país, dificulta a integralidade do cuidado. Historicamente, a construção da integralidade do cuidado foi trabalhada como uma imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidades crescentes, interligados entre si, através de processos formais de referência/contrareferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes ordenados e racionalizados de usuários. Contudo, o movimento real do usuário na rede de saúde, em particular, o

modo como constroem itinerários terapêuticos escapam à racionalidade pretendida pelos gestores.

Nesse sentido, como pensar o processo de trabalho da equipe do CnaR em sua articulação com as práticas de cuidado na rua? Será que podemos, desde a pista de Lisboa (2013), com seu estudo sobre a ESF-SD, pensar o CnaR através do conceito de *extituição*?

Esse conceito, desenvolvido por Michel Serres, resulta do diálogo com as reflexões acerca dos papéis das instituições, conceito bastante discutido por autores geralmente inspirados pelo pensamento foucaultiano. Portanto, na raiz do conceito *extituição*, segundo Lisboa (2013, p. 260), existe a intenção de contrastar e de se diferenciar do conceito de instituição.

Importante destacar, que há outros modos de abordar a noção de instituição, conforme apresentado nos pressupostos metodológicos deste estudo, na perspectiva da Análise Institucional, e que difere do sentido de uma organização ou estabelecimento. Sendo assim, entendemos que a noção de instituição, no sentido da Análise Institucional, não se opõe à ideia de *extituição*, mas afirma a dimensão rizomática do processo.

Segundo Tirado e Domènech (2001), é importante ressaltar que não se trata propriamente de desinstitucionalização, mas de um tipo de virtualização dos modelos institucionais, como resultado de uma transformação do modelo centrípeto que orientava os relacionamentos interinstitucionais em direção a esses edifícios disciplinares (instituições totais), para um modelo centrífugo, que orienta à certa dispersão da atenção em direção à rede (do *in* para o *ex*).

De acordo com os autores (Tirado e Domènech, 2001, p. 201), *extituição* e redes não têm nem “dentro” nem “fora”, são apenas limites, através de elementos que podem se conectar ou não. Uma *extituição* é uma superfície impossível de geometrizar, pelo contrário, é um amálgama de conexões e associações em processo de constante mudança. Seu campo são as posições, os bairros, os territórios, proximidade, distância, aderências ou acúmulos de relacionamentos. Ao contrario do que acontece na instituição, um dispositivo que combate o nomadismo, a *extituição* é caracterizada pelo

aumento de movimento e de deslocamento. Não mais confinamento ou reclusão, o controle contínuo e aberto permite que o movimento deixe de ser um problema.

Segundo Lisboa (2013, p.261), em equipes ou serviços itinerantes, como a ESF-SD e o CnaR, não há um edifício ou instituição central a ser tomada como referência, a Unidade Básica de Saúde é apenas o suporte material de um tipo de intervenção que tende a se dar fora dos muros da unidade, avançando sobre os espaços públicos e em direção às outras instituições e recursos da rede. A autora ainda aponta que para atender à população em situação de rua, as práticas de cuidado exigem que essa característica extitucional se aprofunde e que as ruas sejam o palco das intervenções em saúde. Neste sentido, a clínica da itinerância configura uma *extituição*.

Tal posição estratégica torna as suas ações extremamente potentes para a criação do acesso ao usuário, produção do vínculo e a articulação em rede. Contudo, quais os desafios para o processo de trabalho em equipe, que as práticas itinerantes produzem? Para além da clínica da vulnerabilidade, operacionalizada nos PTS, também encontraríamos a vulnerabilidade da clínica no contexto da rua?

Para Lemke e Silva (2011, p. 994), os trabalhadores que operacionalizam a clínica da itinerância, se expõem tanto à complexidade movente de um território como aos afetos, acidentes e encontros dos itinerários que produzem desestabilizações. A exposição à complexidade do território contribui para a construção da integralidade do cuidado, mas também produz constantes desestabilizações nos profissionais. Podendo, esse fator, tornar-se um elemento de vulnerabilidade no cotidiano de trabalho.

Outro fator de vulnerabilidade apontado pelos autores (2011, p. 980), na prática dos trabalhadores itinerantes, é estar constantemente num campo de tensão, no qual esses profissionais podem tanto ser convocados a atuar como um artefato a serviço da Razão de Estado, no controle e normalização de populações e no silenciamento de diferenças, como também estar numa posição estratégica para a construção de um cuidado contextualizado nos modos de vida dos usuários. Podemos observar esse tensionamento através do caso relatado acima do profissional do CnaR que foi agredido pela GCM. Temos aí dois posicionamentos frente à população em situação de rua em constante tensionamento, partindo de uma mesma estrutura de poder (Prefeitura Municipal de Campinas), no sentido que o mesmo aparelho do Estado orienta práticas

de ações higienistas a essa população, mas também direciona práticas de cuidado à saúde, respeitando os modos de vida na rua.

A entrada que esses trabalhadores realizam no cotidiano da vida das pessoas, nos seus domicílios, nas suas famílias, nas suas comunidades e nas ruas, pode somar forças a qualquer um destes polos: seja a capitalização de um controle mais acurado e minucioso ou a contextualização de um cuidado que atue pela promoção de saúde, no sentido da melhoria da qualidade de vida das pessoas e do incremento de ganhos de autonomia dos usuários (LEMKE e SILVA, 2011, p. 980).

Conhecendo os riscos que a noção da busca ativa pode ser tomada, destacamos as mudanças que as políticas de saúde vêm produzindo em relação a esse dispositivo, possibilitando o cuidado no território, o levantamento de necessidades e criando o acesso em rede aos usuários que, historicamente, são desassistidos pelas políticas de saúde, como a população em situação de rua. Desse modo, podemos entender a busca ativa como um princípio político extitucional.

A busca ativa, entendida como um princípio político dos processos de trabalho demonstra todo um campo de possibilidades das práticas de saúde no território. Se entender a busca ativa como procedimento técnico de identificação sintomática supõe uma compreensão geométrica do território, entender a busca ativa como princípio político de uma lógica territorial de cuidado supõe a relação com um território que não é mais um extenso estático, mas um campo movente de forças, um tecido no qual a subjetividade se produz e no qual a vida se expande ou é estrangida em seu movimento. A busca ativa se torna um princípio político de luta em defesa da vida, quando os trabalhadores da saúde rompem com os automatismos, seja do pensamento, seja da percepção, possibilitando, desse modo, a abertura para um plano de invenção, no qual a potência política de seus movimentos possa ser explorada. Criando nas práticas, linhas de fuga para escapar do mandato de controle e homogeneização social (LEMKE e SILVA, 2010, p. 291).

Como podemos observar, a noção de busca ativa pode ser trabalhada dentro de um modelo estritamente sintomatológico, podendo assim, converter as ações de Saúde Mental e de Atenção Básica no território em pura estratégia de controle sobre as populações vulneráveis. A busca ativa de quadros sintomáticos é uma ação importante em diversas frentes, no âmbito do SUS, entretanto, os autores supracitados (2010, p. 286) apontam que é preciso prudência para que o modelo sintomatológico não se imponha e acabe por capturar o sentido da busca ativa, tornando inócuo o seu potencial

de ação política no território no momento em que se converte em pura estratégia de controle das populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar a equipe do Consultório na Rua, em suas andanças pelo centro da cidade de Campinas, nos mostrou uma realidade que nem sempre se apresenta nos serviços de saúde tradicionais, com regulações de acesso, fluxos e protocolos mais delimitados. Participar junto à equipe das abordagens de rua e das intervenções propostas foi uma experiência que trouxe para o centro desta pesquisa a trama de vulnerabilidades que a população em situação de rua vivencia no seu cotidiano.

O CnaR é um serviço de saúde que surge no bojo das políticas de Saúde Mental (2009) e de Atenção Básica (2011), no contexto da “epidemia do crack” e que toma as práticas itinerantes no território, bem como as diretrizes da redução de danos, como princípio norteador do cuidado às populações vulneráveis.

Com a emergência do SUS, no processo resultante das lutas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a noção de território tomou a dimensão de princípio organizador dos processos de trabalho, notadamente nas políticas de Atenção Básica e Saúde Mental. Nesse contexto, as práticas itinerantes sofreram uma torção e passaram a ter uma importância estratégica nesse campo delicado de articulação entre tais políticas, na construção da integralidade do cuidado e nas políticas de desinstitucionalização no âmbito da saúde mental. Tais práticas, que utilizam o deslocamento nos territórios de vida dos usuários, buscam alcançar grupos populacionais vulneráveis e pessoas que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de saúde, como as pessoas em situação de rua e usuários de SPA. Buscam, assim, garantir os princípios da universalidade e da equidade do SUS. Ao fazê-lo, acompanham a trama de vulnerabilidades do contexto da rua e dos itinerários daqueles que a habitam.

Presenciamos um exercício cotidiano da equipe do CnaR, para a invenção de um cuidado no território, atento às singularidades dos modos de vida dos usuários e de suas necessidades em saúde, o que chamamos, a partir de Lisboa (2013, p. 251) de uma *clínica das vulnerabilidades*. Tal trabalho se realiza através da identificação e intervenção em relação às principais demandas de saúde e sociais de cada usuário, operando por meio da construção de PTS que visa a ampliação da autonomia dos seus usuários. Tal trabalho privilegia algumas ações: a) a produção do acesso e construção de

vínculo, sendo a distribuição de insumos uma estratégia importante; b) a inclusão das histórias de vida e a identificação dos itinerários dos usuários, que possibilitam a singularização do cuidado; c) articulação da rede de saúde e da rede intersetorial, num para além dos protocolos.

A orientação das práticas de cuidado, nesta perspectiva, dialoga com a diretriz da redução de danos, na medida em que as abordagens de redução de danos buscam singularizar o cuidado, de acordo com as possibilidades e necessidades de cada usuário, incluindo as situações vulneráveis de cada usuário, tentando escapar da lógica prescritiva e burocrática (BRASIL, 2012).

A identificação das vulnerabilidades dos modos de estar na rua e a produção de respostas, igualmente distintas e ágeis frente a elas, pode modificar o que seria um *continuum* do processo de precarização física e mental das vidas nas ruas. Para tanto, vimos que tais práticas se valem das práticas itinerantes e do princípio de *busca ativa* como elementos que favorecem a agilidade das intervenções de saúde, bem como a desinstitucionalização das práticas mais tradicionais, isto é, sua variação, sua alteração, buscando a integralidade do cuidado e o compartilhamento em rede.

Efetuar, no entanto, essas práticas de cuidado, incluindo os fatores vulneráveis presentes na vida de cada usuário, não é tarefa fácil, a começar pelas complexidades dos casos e das situações de emergência, por vezes demandada, exigindo assim, pactuações em rede e fluxos prioritários, o que muitas vezes não acontecia. Neste sentido, identificamos dificuldades e desafios no compartilhamento dos usuários em situação de rua entre a rede de saúde.

Compreendemos a universalidade, proposta pelo SUS, como um princípio que garante o direito de acesso, igual, a todos os cidadãos. Entretanto, Souza (2013, p.164) nos adverte que pode acontecer de a universalidade ser tomada como um conceito-operador, invertendo seu sentido e sua função, fazendo da igualdade uma orientação sobre os modos de vida. A universalidade, neste sentido, se vê reduzida e submetida a um exercício de uniformização. O autor (2013) aponta que é nesta distinção, entre a universalidade como garantia de acesso a todos, e a universalidade como sistema identitário para homogeneização da vida, que reside o confronto entre os paradigmas da redução de danos e abstinência. O paradigma da abstinência, antes de operar a

universalidade, enquanto um recurso em nome da vida, se aplica enquanto uma verdade sobre a vida (de todos).

As práticas de redução de danos, como pudemos ver, através do CnaR, tomam a universalidade como direito universal ao acesso, incluindo as heterogeneidades dos modos de vida. Souza (2013, p. 169) utiliza-se do conceito de *produção do comum* para apontar essa diferença, na medida em que a produção do comum implica em pensar uma forma de compartilhamento e cooperação em que a diferença e a singularidade são, ao mesmo tempo, um efeito do encontro entre usuário e equipe e o que se busca produzir neste encontro.

Quando a redução de danos propõe um acolhimento às diversidades, invariavelmente ao invés de se trabalhar com a noção de todos, para exprimir a dimensão coletiva da ação, se inscreve a noção de multiplicidade. No seio do concreto da experiência, o “todos” defendido pela lei é antes de tudo uma multiplicidade. O comum implica no compartilhamento de multiplicidades de experiências em que as diferenças singulares possam se expressar (SOUZA, 2013, p. 168).

Pudemos observar este movimento na relação da equipe e o caso Zulu, onde a singularidade do usuário compunha seu PTS, ao mesmo tempo em que foi sendo produzida ao longo do tratamento. As referências que orientam as práticas de redução de danos não se encontram numa regra transcendental à experiência vivida, mas são produzidas pelo próprio compartilhamento das experiências.

É importante, ainda, em ressonância ao alerta de Souza, sinalizar outros “riscos” envolvidos quando nos valem das noções de vulnerabilidade e redução de danos, principalmente no que diz respeito à gestão e controle das populações pobres.

Segundo Rosa (2013, p. 294), a noção de vulnerabilidade tem sido utilizada como justificativa para o Estado intervir de forma repressiva em diversos grupos considerados fragilizados, na medida em que possibilita a manutenção e permanência das intervenções sobre os indivíduos. Essas populações passaram, então, a ter algumas de suas práticas consideradas como sendo de risco, a exemplo dos usuários de drogas.

Apontamos, no caso do Censo de Campinas (2014), um modo de caracterizar essas pessoas, no qual as vulnerabilidades, antes de serem tomadas como vulnerabilizações no seu sentido processual, isto é, como efeito de uma certa forma de

produção, são tratadas como índices de risco, traços identitários de setores da população, para os quais devem se organizar mecanismos de “gestão dos riscos” (CASTEL, 1987), ou, dito de outro modo, de “redução de danos” frente aos perigos que tal população coloca. Nesta perspectiva, a redução de danos compõe os mecanismos de segurança.

Dentro deste contexto, Rosa (2013), Lisboa (2013) e Souza (2013) sinalizam, em seus trabalhos, utilizando os aportes de Michel Foucault, as políticas de saúde na sua relação com as lógicas *biopolíticas* de poder. Tal tecnologia de governo (das populações) caracteriza-se como um conjunto de dispositivos de regulamentação e normalização, que emerge no âmbito do liberalismo e do neoliberalismo, que toma a população enquanto conjunto de variáveis verificáveis matematicamente, colocando a saúde como um campo de saber-poder, determinante para o bem-estar. A emergência da população como finalidade de governo institui a saúde e o bem-estar físico como objeto de interesse e os sujeita a intervenções do poder político. A saúde é tomada como um imperativo, ou seja, dever de cada um e objetivo geral.

A governamentalidade biopolítica, na busca da longevidade da vida biológica, através do controle e regulação dos corpos, possibilitou o aparecimento, distinção, hierarquização e qualificação de certas raças como boas, e de outras, como inferiores. Foram, assim, criadas maneiras de se fragmentar o campo biológico, desqualificando, estigmatizando e criminalizando alguns grupos no interior da população e, ao mesmo tempo, supervalorizando outros (ROSA, 2013, p. 86).

Essa construção histórica opera políticas repressivas com relação às pessoas em situação de rua, quando a condenação dessa população é o caminho mais curto entre a impossibilidade de suportar uma situação e a impossibilidade de transformá-la profundamente. .

Para Castel (2013, p. 136), a população em situação de rua, encontra-se na categoria dos desqualificados, estigmatizados e perigosos. Segundo o autor, as construções de estigmas negativos com relação à população de rua, nomeando-a como um grupo de vagabundos e perigosos, coloca essa população como uma categoria a-social, o que justificaria medidas repressivas e estratégias de dominação.

Entendemos que o CnaR faz parte de um conjunto de tecnologias elaboradas dentro do contexto de governamentalidade biopolítica, que vem responder a uma transformação nos modos de se fazer gestão dos espaços públicos e das pessoas que nele habitam, envolvendo a elaboração de diferentes mecanismos de segurança. Neste sentido, a própria rede de serviços, destinada às populações em situação de rua pode ser acionada como uma estratégia de controle, ligado ao projeto de medicalização da sociedade e à psiquiatrização das comunidades pobres, como discutimos no Capítulo 2.

Entretanto, compartilhamos das pistas de Lisboa (2013, p. 259), no trabalho com a PSF-SD. Tal trabalho demonstra que é necessário assumir que enfrentamos uma gestão de indivíduos, dos coletivos e dos espaços públicos, que mescla estratégias biopolítica e disciplinares. Isso não implica necessariamente em um incremento de técnicas ou dispositivos, que sofisticem o governo em direção ao aprofundamento das relações de dominação ou de assujeitamento.

Verifiquei, junto aos profissionais do CnaR, um cuidado da equipe para não se operar como dispositivo de assujeitamento ou dominação, uma vez que eles ampliam a participação dos usuários nos PTS, atentando ainda para as condições de vida do paciente, no processo do cuidado. Ao habitar, com sua itinerância, as fronteiras das experiências dos usuários, a equipe forja uma práxis em saúde ao lado das próprias experiências e na relação com os usuários, promovendo o questionamento sobre “que coisas pensamos que são danos e como devem ser minimizadas por meios democráticos⁵⁰” (O`MALLEY, 2006, p. 277).

Assim, podemos entender o CnaR, na perspectiva da redução de danos, como um *analisador* das políticas de saúde mental. No encontro do CnaR com a rede de saúde, se produz um tensionamento, que é oriundo da explicitação do *modus operandi* dessa rede, evidenciando a forma pela qual se produz o cuidado.

Quando o CnaR é colocado para trabalhar junto à rede de saúde, se problematizam os rígidos protocolos com que ela opera. Como vimos, muitas vezes, ao invés dos equipamentos de saúde buscar estratégias de cuidado que dialoguem com as necessidades dos usuários, eram os usuários que precisavam se adequar ao funcionamento dos serviços, faltando, muitas vezes, o claro entendimento de que os

⁵⁰ Tradução nossa.

modos de vida são bastante heterogêneos e que determinados grupos não conseguem se encaixar nas exigências dos serviços. Na medida em que o CnaR funciona com características *extitucionais* se faz “ponte” entre as populações vulneráveis e os serviços de saúde, forjando redes para além dos protocolos.

Além de tensionamento com a rede de saúde, o CnaR também vem possibilitando a quebra de preconceitos e estigmas dos profissionais e serviços de saúde, contribuindo para que esses serviços e profissionais problematizem suas práticas e possam revê-las.

Ao trabalharmos com o conceito de vulnerabilidade, no diálogo com as práticas do CnaR, buscamos evidenciar algumas das potências desta ferramenta analítica para o cuidado em saúde, bem como a necessidade de um permanente trabalho de análise das próprias práticas, na medida em que é a cada ação, e frente a cada vida singular que se coloca a questão: quais as vulnerabilidades, como podem ser “minimizadas por meio democráticos” e como podemos com esta ação colocar em evidências as formas como são produzidas?

Em síntese, o CnaR aponta para a *obra aberta* que é Reforma Psiquiátrica, mostra as armadilhas da institucionalização, coloca em foco os desafios dos serviços frente à responsabilização do cuidado no território, dentro dos princípios do SUS. E, ao trabalhar nas fronteiras de múltiplas vulnerabilidades, pode, também, colocar em análise a produção das demandas em saúde e desses modos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2001.

ARAÚJO, C. H. Migrações e vidas nas ruas. In: BURSZTY, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 56-87.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-418.

AYRES, J. R. C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

BARROS, R. D. B.; LEITÃO, M. B. S. & RODRIGUES, H. B. C. (Org.). *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BIANCHINE, A. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. In: GOMES, L. (Org.). *Lei de drogas comentada: artigo por artigo*, Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. São Paulo. Ed. Revista dos tribunais, p. 23-31, 2008.

BUENO, R. Estratégias de Redução de danos em Santos, SP. In: Bastos, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Orgs.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, p. 163-169, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 04 de junho de 2001. *Lei da Reforma Psiquiátrica*, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

_____. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília, 2003.

_____. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção de Álcool e outras Drogas*. Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria 1.028 de julho de 2005. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. *Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas*. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria 1.059 de julho de 2005 – *destina incentivo financeiro para a fomentação de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS AD – e dá outras providências*. Brasília, 2005.

BRASIL. Lei 11.258, de 30 de dezembro de 2005. *Dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua*, 2005.

BEASIL. Portaria nº 381, de 12 de dezembro de 2006. *Ministério do desenvolvimento Social*. No âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

BRASIL. *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas*. Decreto lei n. 11343/06, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Sumário Executivo de Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2008.

BRASIL. Portaria 1.190 de 4 de junho de 2009. Ministério da Saúde. *Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao usuário de Álcool e outras Drogas*, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009. *Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento*, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. *Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *III Chamada para seleção de projetos de Consultórios de Rua*. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, DAPES/SAS/Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/III_chamadapcr.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2014.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. *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.

BRASIL. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. 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)*, 2011b.

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

BRASIL. *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Organização Panamericana de Saúde. Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição. Universidade de Brasília. Brasília, 2012b, p. 6-45.

BRASIL. Governo Federal. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. FIOCRUZ, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça. 2013.

BRASIL. Governo Federal. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País*. FIOCRUZ, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça. 2013b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Política População em Situação de Rua Institucional*. 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/centro-pop-centro-de-referencia-especializado-para-populacao-em-situacao-de-rua/populacao-em-situacao-de-rua-institucional>> Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*, 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 28 maio 2014.

BURTSZTY, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: _____. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 27-55, 2000.

CABRAL, K. V.; BELLOC, M. M. Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, Analice de Lima et al. (Orgs.). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008, p. 109-120.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p.709-716, 2010.

CASTEL, R. *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

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

_____. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

_____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*, 11. ed. RJ, Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface, comunicação, saúde, educação*, v. 15, n. 37, p.589-599, abr/jun., 2011.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas e saberes. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. (Orgs.). *Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde*. Niterói: EDUFF, 2008. Disponível em: <<http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

COLLINS, S. E. et al. Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles of Harm Reduction. In: MARLATT, G. A.; LARIMER, M. E.; WITKIEWITZ, K. (Orgs.). *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York, NY: The Guilford Press, 2012, p. 3-35.

COMMITTEE ON MORPHINE AND HEROIN ADDICTION. *ROLLESTON*, 1926. Disponível em: <<http://www.drugtext.org/Rolleston-Report/intro-and-minute.html>>. Acesso em: 9 out. 2013.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, v. 25, p. 23-33, 2004.

DE LUCCA, D. *A rua em movimento – experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*. 2007. 214 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ESCOHOTADO, A. *Historia general de las drogas incluyendo el apéndice Fenomenología de Las Drogas*. Madri: Ed. Espasa Calpes, S. A., 2002.

FERREIRA NETO, J. L. *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011, p. 23-50.

FIORI, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VEMÂNCIO, Renato & CARNEIRO, Henrique. *Álcool e Drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda Editorial, 2005, p. 258-290.

_____. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos – CEBRAP*, São Paulo, n. 92, p. 9-21, 2012.

FONSECA, E. M. *Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros*. 2005. 112 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, 2005.

FONSECA, E. M. et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, set. 2007.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FONSECA, T. G. A Reforma psiquiátrica e a invenção da reconciliação. In: FONSECA, T. M. G; ENGELMAN, S.; PERRONE, C.M. (Orgs.). *Rizomas da Reforma Psiquiátrica*. Rio Grande do Sul: UFRGS e Sulina, 2007.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; FERRER, A. L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014.

GUIRADO, M. *Psicologia Institucional*. São Paulo: EPU, 2010.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. *O trabalho em um Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade*. Trabalho finalização de aprimoramento. Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas (artigo em processo de avaliação para publicação Cadernos de Saúde Pública), 2014.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL. *What is Harm Reduction?* A position statement from the International Harm Reduction Association. London, United Kingdom, April 2010. Disponível em: <<http://www.ihra.net/>>. Acesso em: 10 out. 2013.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAPASSADE, Georges. Analyse institutionnelle et socianalyse. *Connexions*, n. 6, p. 35-57, 1973.

LEMKE, R. A. *A itinerância e suas implicações na construção de um ethos do cuidado*. 2009. p. 120. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 10, n.1, p. 281-295, 2010.

_____. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, p.194-219, 2012.

LISBOA, M. S. *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização*. 2003. 280 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOURAU, René. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. *René Lourau na UERJ - Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. *Analista Institucional em Tempo Integral*. ALTOÉ, Sonia (Org.). São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 10, n. 20, p.281-98, jul/dez, 2006.

MEDAU, D. C. SUS. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/sus/>>. Acesso em: 07 maio 2014.

MENEGON, V. M. *Por que jogar conversa fora?* In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. Rio de Janeiro. Edição Virtual. 2013, p. 188-215. Disponível em: <www.centroedelstein.org.br>. Acesso em: 10 out. 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v. 27, n. 65, set/dez de 2003.

MESQUITA, F. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Orgs.). *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 169-180, 1994.

MESQUITA, F. et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação nacional de DST e Aids. *A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDIs no Brasil: 1º anos de pesquisa e redução de danos/* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 11-17.

NASCIMENTO, E. P. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 27-55.

NUNES, R. S. *A relação entre sujeitos em situação de rua e o poder local: protagonismo ou passividade?* 2013. 120 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social:) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2013.

OLIVEIRA, M. G. P. N. *Consultório de Rua: Relato de uma experiência*. 2009. 152p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

O` MALLEY, P. *Riesgo, neoliberalismo y justicia penal*. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Atenção à Saúde coordenada pela APS. Construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011

PALOMBINI, A. L. Acompanhante terapêutico: dispositivo clínico-político. *Revista Psychê*, São Paulo, Ano X, n.18, p. 115-127, 2006.

PASSOS, E; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p.18-25, 2005.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. *Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos*. UERJ, RJ, nº1, p.85-102, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Aspectos históricos da Redução de Danos. In: Neil, M.; SILVEIRA, X. S. (Orgs.). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: PROAD/UNIFESP/Ministério da Saúde: 2008, p. 11-19.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Cadastramento dos moradores de rua no Programa Municipal "Bom Dia Morador de Rua"*, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Plano Municipal de Assistência Social: Propostas e Diretrizes para a Política de Assistência Social no Município de Campinas (2010 - 2013)*, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Levantamento populacional em 24/02/2011 da população em situação de rua*, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Levantamento populacional em 28/02/2013 da população em situação de rua*, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. *Levantamento populacional em 19/02/2014 da população em situação de rua*, 2014.

QUEIROZ, D. T. et. al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-183, abr/jun., 2007.

REALE, D. *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade*. 1997. 216 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

RHODES, T. *Theorizing and Researching "Risk": Notes on the Social Relations of Risk in Heroin Users' Lifestyles*. In: AGGLENTON, P.; DAVIES, P.; HART, G. *Aids: Safety, Sexuality and Risk*. London Taylor & Francis publisher, 1995, p. 125-143.

RODRIGUES, H. C. Notas sobre o paradigma institucionalista. *Revista Transversões: periódicos de pesquisa*, UFRJ, v. 1, p. 169-199, 1999.

ROSA, C. M. M. *Vidas de rua*. São Paulo: Hucitec: Associação Rede Rua, p. 152-163, 2005.

ROSA, P. O. *Drogas e Biopolítica: Uma Genealogia da Redução de Danos*. 2012. 373p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012.

SANTOS, V. E.; 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, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. *Relatório Análise de Usuários*. Referente a janeiro de 2014, 2014.

SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA. *Relatório de atividades – Consultório na Rua: 2º semestre de 2013*, 2013.

SILVA, R. N. Notas para uma genealogia da psicologia social. *Psicologia & Sociedade*; v. 16, n. 2, p. 12-19, maio/ago, 2004.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva construcionista. *Psicologia & Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 18-42, jul./dez, 2003.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Edição on-line: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 2010, p. 55. Disponível em: <www.centroedelstein.org.br>. Acesso em: 13 out. 2013.

SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, n. 24, p. 16-39, set /out /nov /dez, 2003.

SOUZA, T.; P. PASSOS, E. Redução de danos no Brasil. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L (Orgs.). *Ética e subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulinas, 2009, p. 96-100.

SOUZA, T. *A norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectiva da redução de danos)*. 2013. 355p. Tese (Doutorado em: XXXX) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

STIMONSON, G. V. A Aids e o Uso de Drogas Injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: As Políticas Públicas e a Prevenção da Epidemia. Tradução Francisco Inácio Bastos. In: Bastos, F. I.; Mesquita, F.; Marques, L. F. (Orgs.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, p. 1998, p. 9-46.

TATARSKY, A.; KELLOGG, S. Harm Reduction Psychotherapy. In: MARLATT, G. A.; LARIMER, M. E.; WITKIEWITZ, K. (Orgs.). *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York, NY: The Guilford Press, 2012, p. 36-60.

TIRADO, F. J.; DOMÉNECH. *Política y Sociedad*. Madrid: Universidad Autónoma de Barcelona, 2001, p. 191-204.

TRAD, S. N. S. *A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à Redução de Danos e seus reflexos nas políticas locais*. 2012. 300 p. Tese (Doutorado em Medicina Antropológica) - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, 2012.

VIEIRA, M. A. C., BEZARRA, E. M. R. & ROSA, C. M. M. (Orgs.). *População de rua: quem é, como vive e como é vista*. São Paulo: EDUC, 2004, p. 89-107.

VARANDA, W. *Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significado entre moradores de rua*. 2009. 212 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n. 1, p. 56-69, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Tradução Gabinete de tradução Climepsi Editores, 1.^a edição, Lisboa, 2002. Disponível em: <www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV/AIDS: *Injecting drug use*. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/en/>>. Acesso em: 13 out. 2013.

ANEXO 1: Quadro de atividades do pesquisador junto ao Consultório na Rua

Data	Atividade	Local
05/04/2013	Apresentação da pesquisa em reunião de equipe	Sede da equipe do Consultório na Rua
01/07/2013	Abordagem de rua	Terminal Central de ônibus no centro da cidade
15/07/2013	Abordagem de rua	Terminal Central de ônibus no centro da cidade
22/07/2013	Leitura de prontuários	CAPS AD Reviver e Sede do Consultório na Rua
26/07/2013	Acompanhamento da triagem de internação do Zulu	Núcleo de Retaguarda do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
13/08/2013	Visita ao Zulu	Núcleo de Retaguarda do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
14/08/2013	Conversa com Zulu	Núcleo de Retaguarda do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
21/08/2013	Abordagem de rua	Mercado Municipal de Campinas, Terminal Central de ônibus e região da Catedral (todos os locais se encontram na região central de Campinas).
27/08/2013	Reunião de equipe do Consultório na Rua	Sede da equipe do Consultório na Rua
02/09/2013	Abordagem de rua	Terminal Central de ônibus no centro da cidade
12/09/2013	Reunião de equipe do Consultório na Rua	Sede da equipe do Consultório na Rua
21/11/2013	Discussão do caso Zulu entre CAPS AD, Núcleo de retaguarda e CAPS AD Independência	Núcleo de Retaguarda do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
13/09/2013	Conversa com Bruna	CAPS AD Reviver

ANEXO 2: Quadro de atividades do pesquisador junto à rede de saúde e entrevistas

Data	Atividade	Nomes
16/10/12	Conversa sobre a história da redução de danos em Campinas	Maria Cristina Feijó Januzzi Hilário
23/10/2013	Reunião de equipe: discussão de caso	CAPS AD Reviver
01/11/2012	Conversa sobre a história da transição da redução de danos em Campinas do Programa de Aids para a Saúde Mental	Josianne Lippi de Oliveira
14/02/2013	Discussão internação compulsória	Rede de saúde álcool e drogas
15/02/2013	Conversa sobre a redução de danos no Centro de Referência DST/Aids de Campinas, atualmente	Cláudia Barros Bernadi
14/03/2013	Apresentação do SUAS Campinas	Rede de saúde álcool e drogas
11/04/2013	Discussão internação compulsória	Rede de saúde álcool e drogas
02/05/2013	Discussão políticas de álcool e drogas do município de Campinas	Rede de saúde álcool e drogas
13/06/2013	Discussão sobre espaços de formação em práticas de álcool e drogas e políticas de saúde	Rede de saúde álcool e drogas
17/04/2014	Conversa sobre a rede da assistência social à população em situação de rua	Otildes Maria Michel Duarte

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “As práticas de cuidado à saúde às populações em situação de rua e o Consultório na Rua de Campinas (SP)”, realizada por Sander Cavalcante de Albuquerque, aluno de Mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

O objetivo dessa pesquisa é verificar o modo em que as práticas de cuidado à saúde vêm sendo operacionalizadas pelo Consultório na rua, na cidade de Campinas (SP), bem como essas práticas incluem os modos de vidas vulneráveis.

.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você consentirá a participação do pesquisador nos espaços coletivos de discussão de casos e de elaboração de projetos terapêuticos singulares. Os encontros serão registrados em diário de campo e também enviados ao grupo participante da pesquisa na forma de memórias, na perspectiva de uma construção coletiva e de um compromisso ético e de transparência. Fotos da equipe poderão ser utilizadas na dissertação para ilustrar o cotidiano de trabalho dos profissionais do Consultório na Rua.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, algumas questões podem lhe trazer certo desconforto ou incômodo em virtude dos temas a serem abordados. Caso haja necessidade, você poderá entrar em contato com o pesquisador.

Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos desta pesquisa e concordo em participar dela.

Nome: _____

RG:

CPF

Assinatura _____

Local e data

Dados do Pesquisador

Nome: Sander Cavalcante de Albuquerque

Assinatura _____

Local e data

Endereço para contato

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Tel. (11) 3670-8520

E-mail: pssocial@pucsp.br