

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**Cuidado em saúde à população em situação de rua: reflexões teóricas
sobre o dispositivo Consultório na Rua**

Lívia de Paula Nascimento

Rio de Janeiro

2019

Lívia de Paula Nascimento

**Cuidado em saúde à população em situação de rua: reflexões teóricas
sobre o dispositivo Consultório na Rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na área de concentração Saúde e Sociedade.

Orientador: Gustavo Matta

Coorientadora: Roberta Gondim

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

N244c Nascimento, Livia de Paula.
Cuidado em saúde à população em situação de rua: reflexões teóricas sobre o dispositivo consultório na rua. / Livia de Paula Nascimento. -- 2019.
103 f. : il. color. ; graf.

Orientador: Gustavo Matta.
Coorientadora: Roberta Gondim.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3. Assistência à Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Políticas Públicas de Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Redução de Danos. 8. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. I. Título.

Lívia de Paula Nascimento

**Cuidado em saúde à população em situação de rua: reflexões teóricas
sobre o dispositivo Consultório na Rua**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública na área de concentração Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 01 de agosto de 2019.

Banca Examinadora

Doutora em Ciências da Saúde Marly Marques da Cruz
Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa

Doutor em Saúde Coletiva Leandro Augusto Pires Gonçalves
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Doutor em Saúde Coletiva Gustavo Corrêa Matta (Orientador)
Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Doutora em Sociologia Roberta Gondim de Oliveira (Coorientadora)
Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra

Rio de Janeiro
2019

Ao meu irmão,
Rodrigo de Paula Nascimento (*in memoriam*).

“A saudade pelos vivos é dor suave”.

AGRADECIMENTOS

Nessa escola eu aprendi que o cenário que julgamos ideal para pesquisa não existe. Independente de todo planejamento feito, ela sempre será atravessada por acontecimentos alheios a nossa vontade e governabilidade, nos âmbitos individuais e coletivos. Talvez o grande barato seja a tentativa constante de contornar essas peças que ora a vida, ora a pesquisa nos prega, da melhor forma possível. Concluir esse mestrado foi o processo de amadurecimento mais doloroso que enfrentei até aqui, e tenho certeza de que se eu não tivesse uma enorme e afetuosa rede de apoio, concluí-lo não seria possível. Por isso, sou profundamente grata:

Em especial aos meus pais, que são fonte de amor inesgotável e tiveram que lidar com minha ausência e distância física nos momentos mais difíceis das nossas vidas;

Ao Rô, que em vida foi meu grande parceiro, maior incentivador e agora virou luz, a me guiar e lembrar que a alegria é sempre o melhor caminho, mesmo em momentos de dor;

À vovó e o vovô, que também nos deixaram no decorrer desse processo, e que tanto contribuíram para eu ser quem eu sou hoje;

À tia Rosa, por cumprir com maestria o papel de segunda mãe, presente em todos os momentos;

Aos meus orientadores Roberta e Gustavo, pela amizade, pelas contribuições valiosas, pelas trocas, pelo carinho e forma afetuosa com que aceitaram o desafio e conduziram o fim desse processo. Sem vocês não seria possível;

Às trabalhadoras e trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz, que garantem a manutenção dessa Instituição de Ensino e Pesquisa de excelência tão pouco valorizadas nesses tempos sombrios. Em especial, Roberta Gondim, Leonardo Castro, Willer Baumgart e Simone Monteiro, que não me deixaram desistir, e às meninas Alê, Ana, Lu e Marilúcia, pelo apoio e torcida;

À Lu e Helena, por serem meu porto seguro e caminharem de mãos dadas comigo pelos sambas, cervejas, carnavais, lágrimas e alegrias de uma vida inteira. Sem o *fechamento* não dá!;

À Valqui, pela amizade, por estar sempre disponível, por me oferecer colo, ouvidos e ajudar prontamente com todo tipo de tecnologia que jamais dominarei;

Ao meu amor, por todo carinho e cuidado, por não me deixar desistir, e por me mostrar que é possível estar muito perto, mesmo estando a mais de 10.000km de distância;

Às minhas amadas musas acadêmicas, Lívia e Rachel, pelo apoio incondicional, entendendo minha ausência nesse momento tão importante para elas. Quando faltavam forças, eu lembrava que elas concluíram esse processo grávidas;

À Clarice, por ser tão parceira, por estar sempre por perto quando mais preciso, e pela ajuda valiosa com a formatação e revisão do trabalho;

Ao Jorginho, por mediar meu mau-humor por estar longe das corridas, me apresentando outras possibilidades de liberar endorfina nos treinos, com paciência e bom humor;

À querida Hilem, diva acadêmica e maratonista, que veio e ficou para provar que existe muito amor em SP, mas que ele é plantado no nosso país nordeste;

À Rosa, Luiza e Amanda, pelas sessões de acolhimento e terapia coletiva que se tornaram nossos encontros nos últimos dois anos. Vocês são fundamentais;

À Gi, Amanda, Bel, Ju, Júlia, Isis, Talita e Ana, por todo apoio, incentivo, carinho e compreensão;

Aos trabalhadores do projeto *Aprender a Crescer*, em especial Mari, Camilla, Flávia, Lucas, e aos trabalhadores do CMS Rocha Maia, por toda a troca e aprendizado proporcionados;

A todas as equipes de CnaR que tive o prazer acompanhar o trabalho, compartilhar reflexões e aprender muito, em especial à equipe de Acari;

Aos meus queridos colegas de turma Arthur, Bianca, Jamille, Matheus, Rosiane e Verônica, pelas trocas, pelo afeto e, principalmente, por não terem soltado a minha mão quando mais precisei;

À banca pela disponibilidade em contribuir com o meu trabalho;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento dessa pesquisa que se vê ameaçada de não mais existir;

Aos belos encontros dessa caminhada que, pela lei natural, eu deixo e recebo um tanto;

Ao universo por ser sempre tão generoso comigo.

Muito obrigada!

*(...) Presentemente eu posso me considerar um sujeito de sorte
Porque apesar de muito moço, me sinto são e salvo e forte
E tenho comigo pensado, Deus é brasileiro e anda do meu lado,
E assim já não posso sofrer no ano passado
Tenho sangrado demais,
Tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri,
Mas esse ano eu não morro.*

Sujeito de Sorte (Belchior)

RESUMO

A presente dissertação tem a intenção de aprofundar as reflexões sobre as interfaces entre o cuidado, o dispositivo Consultório na Rua e a população em situação de rua. Sob o marco legal da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) publicada em 2011, o estudo objetivou analisar, a partir da produção científica brasileira, a contribuição dos trabalhos que relacionam produção do cuidado à atenção à saúde da população em situação de rua. Os estudos apontam que se trata de uma população pobre, em sua maioria de cor negra e parda, masculina, adulta, com baixa escolaridade, histórico de frágil inserção no mercado de trabalho formal, laços familiares fragilizados ou interrompidos, além do recorrente consumo prejudicial de álcool e outras drogas, registrado em parte desta população. O trabalho foi elaborado a partir de uma perspectiva qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, utilizando como método a revisão bibliográfica integrativa, além da pesquisa documental. O referencial teórico considera conceitos como exclusão social, populações vulneráveis e racismo estrutural. A produção de cuidado em saúde foi analisada à luz de pressupostos da política como: redução de danos, acolhimento e formas de abordagem para construção de vínculo. Os temas que mais se destacaram nos artigos encontrados foram nomeados pelos seguintes eixos temáticos: redução de danos como estratégia preferencial de cuidado; cuidado representado por controle de doenças e agravos à saúde; encontro com o outro, trabalho vivo em ato. A redução de danos foi apontada na literatura investigada como estratégia prioritária de cuidado e abordagem utilizada pelo dispositivo Consultório na Rua às pessoas em situação de rua, em consonância com os pressupostos trazidos pela Política Nacional de Atenção Básica, atualmente ameaçada pela conjuntura política, pois pressupõe ampliação de ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo. A pesquisa teórica revelou que o cuidado em saúde precisa incorporar saberes, experiências e cultura das pessoas envolvidas nesse processo prezando pela autonomia e corresponsabilização dos sujeitos, construindo uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário de forma gradual, baseada na construção de vínculo, acolhimento e escuta qualificada. Para os autores, o cuidado produzido pelas equipes de consultório na rua confronta a racionalidade biomédica, rompendo com modelos protocolares e aposta na potência do cuidado em ato quando realizado para além das unidades de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Produção de cuidado em saúde. Consultório na rua. População em situação de rua. Redução de danos.

ABSTRACT

The present dissertation intends to deepen the reflections about the interfaces between the care, the Street Clinical Office and the homeless population. Under the legal framework of the National Primary Care Policy, the study aimed to analyze, from the Brazilian scientific production, the contribution of the work that relates production of care to health care of the population living in the street. The studies indicate that this is a poor population, mostly black and mixed race, male, adult, with low schooling, a history of fragile insertion in the formal labor market, fragile or interrupted family ties, and the recurrent harmful consumption of alcohol and other drugs, registered in part of this population. The work was elaborated from a qualitative perspective, of the exploratory-descriptive type, using as its method a non-systematic bibliographic review, in addition to the documentary research. The theoretical framework considers concepts such as social exclusion, vulnerable populations and structural racism. The production of health care was analyzed in the light of policy assumptions such as: harm reduction, reception and ways of approach for long-term bond building. The themes that stood out most in the articles found were named by the following thematic axes: harm reduction as a preferential care strategy; care represented by disease control and health problems; meeting with the other, live work in act. The damages reduction was pointed out in the literature investigated as a priority strategy of care and approach used by the Street Clinical Office to the homeless population, in line with the assumptions brought by the National Primary Care Policy, currently threatened by the political conjuncture, since it presupposes care offerings within a democratic and participatory scenario. The theoretical research revealed that health care needs to incorporate knowledge, experiences and culture of the people involved in this process, emphasizing the autonomy and co-responsibility of the subjects, building a relationship of trust between the health professional and the patient, in a gradual way, based on a bond building, reception and qualified listening. For the authors, the care produced by the teams on the street confronts the biomedical rationality, breaking with protocol models and invests on the power of care when performed in addition to the health units.

Keywords: Primary Health Care. Health care production. Office on the street. Homeless population. Harm reduction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fernanda, moradora de rua	14
Figura 2	Fluxograma do processo de seleção dos artigos	55
Figura 3	Distribuição dos municípios com equipes de CnaR.....	59
Figura 4	Técnicas metodológicas utilizadas nas publicações sobre o tema	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos artigos científicos, segundo título, autores, ano, base, tema, delineamento do estudo e cidade, entre 2012 e 2018.....	56
Tabela 2	Estratégias de apoio à implantação e implementação do Consultório na Rua..	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas
CAPS-i	Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento à Infância e Adolescência
CIAMP-Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGGAB	Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CR	Consultórios de Rua
CT	Comunidades Terapêuticas
CTAD	Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas
DAB	Departamento de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eCdeR	Equipe de Consultório de Rua
eCnaR	Equipe de Consultório na Rua
eESF	Equipe da Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GEM	Grupo Executivo Municipal
GT	Grupo de Trabalho
GTEP	Grupo de Trabalho de Educação Permanente

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LSD	Ácido Lisérgico
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAID	Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PAIUAD	Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PBDA	Programa De Braços Abertos
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Programa de Troca de Seringas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
SAB	Superintendência de Atenção Básica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúd

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1.1 Notas sobre minha trajetória profissional	17
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
1.1 População em situação de rua: reflexões sobre o debate conceitual.....	21
1.2 SUS como política pública com foco na Atenção Primária à Saúde	30
1.3 As políticas de saúde para população em situação de rua	33
1.4 A instituição do dispositivo Consultório na Rua: marco legal	39
1.5 Uso de substâncias psicoativas na sociedade contemporânea e a redução de danos	43
1.6 A Redução de Danos na atenção básica: o papel do consultório na rua	46
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	50
2.1 Descrevendo meu universo de análise	50
2.2 Etapas.....	53
2.3 Cenário, amostra e critérios de inclusão e exclusão	54
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
3.1 Coleta e organização dos dados	56
3.2 Notas sobre o cuidado em saúde em situações precárias	63
3.3 O desafio do cuidado em saúde prestado a população em situação de rua.....	68
3.4 Redução de danos como estratégia preferencial de cuidado.....	70
3.5 Como a Redução de danos aparece na literatura destacada.....	72
3.6 Cuidado representado por controle de doenças e agravos à saúde	76
3.7 Encontro com o outro, trabalho vivo em ato	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

1. INTRODUÇÃO

*“O sonho é um tempo onde ‘as mina’ não tenha que ser tão forte”
(Emicida)*

Nesta seção, pretendo apresentar ao leitor meu caminho de aproximação com o tema da pesquisa e a forma de organização deste trabalho.

Em novembro de 2017, o jornal Folha de S. Paulo apresentou a história de Fernanda, *moradora de rua*, com a seguinte manchete: “Morta em Copacabana, moradora de rua se destacava por porte nobre.”, e ilustrou a matéria com sua foto, exposta na Figura 1 a seguir:



Fonte: Jornal Folha de S. Paulo (2017)

Figura 1 – Fernanda, moradora de rua.

Segundo a matéria, assinada pela colaboradora Kelly Lima, Fernanda Rodrigues dos Santos de 40 anos, “falava três línguas, não aceitava dinheiro de qualquer um e vivia sempre maquiada, se destacando dos demais colegas, por *porte nobre*”. Segundo Daniel Rosa, delegado responsável pelo caso, o estudante de medicina Rodrigo Gomes Rodrigues, 24, e o lutador de MMA Cláudio José Silva, 37, confessaram ter matado Fernanda a tiros, após terem sido identificados por câmeras de lojas. O crime teria sido cometido após um “bate-boca” com outro morador de rua. Rodrigues foi até casa do lutador onde pegou a arma de fogo e voltaram juntos ao local. Ainda pelo relato, o outro morador de rua não estava mais lá e Fernanda dormia enrolada em cobertas. O lutador teria atirado nela por engano. A reportagem do jornal F. São

Paulo foi a Copacabana e ouviu vizinhos, trabalhadores do bairro e moradores de rua que conviveram com Fernanda em algum momento. Grifo meu para os seguintes trechos:

— “*Ela era diferente dos demais*”.

— “*Não fumava, não bebia, não usava drogas e nem sequer pedia esmolas.*”.

— “*Escolhia alimentos saudáveis e pagava sem mendigar.*”.

— “*Tomava banho diariamente no Posto 2, da Avenida Atlântica. Passava creme hidratante, protetor solar e maquiagem rosa.*”.

— “*Cuidava da esquina onde vivia como da própria casa, limpava todos os dias o lugar e tinha um urinol que colocava uma sacola plástica.*”.

— “*Nunca acompanhada e por vezes falando sozinha.*”.

A reportagem traz ainda a informação de que circulava pelo bairro a hipótese de Fernanda ter sido secretária executiva, altamente capacitada, casada com um homem francês que a deixou e levou embora seus três filhos.

Trago essa reportagem como pano de fundo para se pensar a complexidade da temática que pretendo apresentar nesse trabalho. A reportagem em questão traz elementos e representações que retratam a sociedade em que vivemos, deixando claro que algumas vidas têm valor e outras não. Determinadas atitudes são legitimadas ou não pelo Estado com apoio da sociedade, e de acordo com o poder aquisitivo e cor da pele de quem pratica. Algumas mortes causam impacto e comoção e outras não, independente da forma como tenham ocorrido. Minha tarefa aqui não é desconstruir essa visão, mas problematizá-la.

Nas palavras de Foucault, *matar* não significa apenas o assassinato, mas tudo o que pode ser considerado como extermínio indireto. Para o filósofo, “o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição.” (FOUCAULT, 2016, p. 216).

Rui (2012) vai mais longe quando discute em sua tese os cenários de uso e comércio de *crack* e recupera o conceito trazido por Butler (2002a; 2002b) para definir “aquele cuja vida não é considerada legítima e, portanto, é quase impossível de se materializar, como abjeto”, com a qual compartilho a ideia.

No decorrer do trabalho, pretendo retomar o diálogo com essa reportagem a fim de confrontar algumas verdades historicamente construídas pelo senso comum, com achados da produção científica acerca da temática no que tange à produção de cuidado em saúde a uma população que, segundo a reportagem, é composta majoritariamente por usuários de álcool e outras drogas, com hábitos alimentares pouco saudáveis, destituídos de vaidade, que possuem

hábitos de higiene duvidosos tanto no que diz respeito ao próprio corpo, quanto com o espaço em que habitam e que recorrem à mendicância para sobreviver.

Dito isso, os desafios que estão colocados para o atendimento a grupos específicos — como o caso de pessoas que vivem em situação de rua — serviram como estímulo para que houvesse um aprofundamento do tema, com vistas a dar visibilidade a uma população heterogênea, repleta de estigmas, que carrega consigo a marca do preconceito e da violação de direitos.

Tem se tornado cada vez mais evidente que um sistema de saúde coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS) é mais efetivo, tem custos menores e promove maior satisfação ao usuário, mesmo em contextos de grande iniquidade social (STARFIELD, 2002; WHO, 2008); entretanto, configura-se como grande desafio a efetivação desse novo modelo de atenção primária, ancorada em seus atributos básicos, quais sejam: primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade da atenção e coordenação do cuidado. Somado a esse desafio, existe a grande dificuldade encontrada pelos serviços de atenção básica no manejo à população em situação de rua e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

O dispositivo Consultório na Rua estendeu-se recentemente à política nacional, ampliando o seu número de equipes em funcionamento — de 80 equipes no ano de 2012 para 178 equipes no ano de 2017, representando um crescimento de 98,75%. Dessas, 117 são habilitadas, ou seja, financiadas pelo Ministério da Saúde, e 42 não habilitadas, o que faz com que funcionem com financiamento das gestões estaduais e municipais (BRASIL, 2017). Essa expansão recente permite pensar sobre a forma como o processo de implementação tem se dado, na prática, no cotidiano dos serviços.

A inclusão de políticas para populações vulnerabilizadas não pressupõe, contudo, abdicar de análises críticas acerca dos contextos nos quais ocorrem a formulação e indução de estratégias e de como essa política é de fato operacionalizada no cotidiano dos serviços de saúde. Para tanto, pretende-se realizar uma revisão não sistemática da produção científica relacionada às políticas públicas voltadas às populações vulneráveis, no que tange à atenção à saúde da população em situação e os modos de abordagem do dispositivo relacionados à produção do cuidado.

É relevante compreender esse novo dispositivo de atenção à saúde que se propõe a dar acesso às pessoas em situação de rua, tendo em vista o caráter inovador desse modelo de atendimento no país, que propõe a busca do contato com o usuário *in loco*, o estabelecimento de vínculo e a identificação das demandas dessa nova clientela com características tão peculiares. O presente trabalho poderá contribuir para dar visibilidade a essa temática nos

espaços ampliados de formação, fortalecendo, assim, a construção de modelos inovadores de assistência à saúde, com vistas ao fortalecimento de políticas públicas destinadas à população em situação de rua.

1.1 Notas sobre minha trajetória profissional

Pode ser curioso pensar sobre o que levou uma profissional de saúde graduada em Nutrição, até então habituada a lidar com tabelas nutricionais, composição dos alimentos, elaboração de cardápios, prescrições dietéticas e educação nutricional a se aventurar por *mares nunca dantes navegados*.

Talvez eu não seja capaz de elaborar uma razão específica, mas penso que esse trabalho é fruto de inquietações trazidas a partir da realização da especialização nos moldes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) no ano de 2013. Naquela ocasião, fez parte da minha formação em serviço integrar uma equipe de saúde de uma Clínica da Família, no município do Rio de Janeiro, pelo período de dois anos, acompanhando e realizando atividades em conjunto com essa equipe.

Essa foi a primeira vez em que tive contato com a realidade e cotidiano de um complexo de favelas. Pude entrar nas casas das pessoas, conhecer suas histórias, ver de perto a pobreza extrema, e o tanto que ter direitos básicos negados causa adoecimento. Um dos maiores aprendizados dessa experiência diz respeito à potência do trabalho em equipe e, com isso, tive a possibilidade de ampliar meu olhar a partir dos saberes de outras categorias profissionais e perceber a multiplicidade de atuações possíveis no âmbito da saúde pública para além da atuação clínica.

Essa unidade fica bem próxima a uma grande cena de uso¹ de *crack*, conhecida como cracolândia. Era muito comum encontrar pessoas em situação de rua nos arredores da unidade, ou mesmo utilizando o espaço físico da unidade, já que esta conta com uma Equipe de Consultório na Rua² a ela vinculada. Tive, então, minha primeira aproximação com essa temática. Pude participar de inúmeras reuniões com todos os profissionais da unidade em que

¹ Bastos e Bertoni (2014) utilizam o termo ‘cenas de uso’ para designar espaços utilizados, com frequência e permanência variáveis, por grupos de pessoas para o uso do *crack* e outras drogas consideradas ilícitas.

² A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, a fim de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional *in loco* (BRASIL,2012).

o trabalho prestado por essa equipe de Consultório na Rua foi divulgado, numa espécie de “prestação de contas”, com apresentação de dados e indicadores de saúde, por vezes melhores que o das outras equipes da unidade que acompanhavam pessoas domiciliadas. A equipe compartilhava casos de experiências exitosas — como adesão ao tratamento de tuberculose — ou de pessoas que deixaram a rua após serem acolhidas e iniciarem seus primeiros cuidados em saúde. Chamou-me a atenção a particularidade do trabalho realizado, bem diferente de tudo o que eu havia visto até então. Pessoas em situação de rua não passavam despercebidas por mim, porém esse convívio quase diário, ainda que com certa distância, trouxe a mim uma série de questionamentos e inquietações que me motivaram a querer me aprofundar mais no assunto.

Ingressei, então, na Especialização em Gestão da Atenção Básica, na ENSP/FIOCRUZ, que recebe apenas alunos egressos da residência multiprofissional que acabara de concluir. A especialização teve duração de um ano e me permitiu acompanhar estratégias desenvolvidas para gestão, implantação e consolidação da Política Nacional de Atenção Básica nas três esferas de governo, com ênfase no dispositivo “Consultório na Rua”. Por se tratar do meu tema de interesse, tornou-se assim meu objeto de estudo em serviço e trabalho de conclusão de curso.

No âmbito estadual, fiquei alocada na Superintendência de Atenção Básica do RJ (SAB/SES/RJ), dentro da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como apoiadora institucional das regiões Centro-sul e Médio Paraíba, trabalhando na articulação entre municípios, estado e Ministério da Saúde, para construção de redes de saúde — com ênfase na Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e programas como “Mais Médicos” e Consultório na Rua.

No âmbito Federal, minha atuação se deu no Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), na Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica (CGGAB), junto à equipe responsável pelo Consultório na Rua, realizando apoio institucional aos estados, com ênfase na implantação, monitoramento e qualificação dos profissionais que atuam nessas equipes.

Por fim, no âmbito municipal, estive inserida na Secretaria Municipal de Saúde do RJ (SMS/RJ), atuando junto à Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), inserida na área técnica de Doenças Transmissíveis e Populações Vulneráveis (que inclui o Consultório na Rua), realizando atividades de planejamento, regulação, monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Tive a oportunidade de acompanhar o trabalho de uma equipe de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro no período de um mês, participando de todas as atividades programadas por essa equipe, tanto no que diz respeito ao planejamento de ações quanto às atividades e atendimentos realizados em consultório e na rua.

Após esse período, fui convidada a fazer parte de um grupo de estudos idealizado pela professora Roberta Gondim, ainda nessa escola, que pretendia se debruçar sobre a atenção à saúde de populações vulnerabilizadas, à luz de autores decoloniais. Esses encontros se desdobraram em um grupo de pesquisa, no qual estou inserida até hoje acompanhando o trabalho de outra equipe de consultório na rua do município e refletindo sobre suas práticas.

Esse foi o caminho que me trouxe até aqui, desde a graduação. Debruçar-me sobre tais temas representa uma mudança significativa na forma de encarar o mundo, que vem se colocando como escolha acertada para além da formação profissional, já que pensar sobre populações vulnerabilizadas confronta diretamente meu lugar de privilégio nessa sociedade e minhas práticas cotidianas enquanto cidadã, mulher branca, filha, trabalhadora do SUS, pesquisadora e toda a infinidade de lugares e posições que ocupamos (e ocuparemos) ao longo da vida.

Esse trabalho foi produzido a partir de informações apreendidas ao longo desses dois anos cursando o mestrado, juntamente com a coleta de alguns materiais da imprensa acerca do assunto, além de observação empírica. Busquei produzir as minhas reflexões confrontando as teorias acadêmicas com aquilo que vi, ouvi e senti durante esses dez anos de aprendizado que separam minha graduação dessa pós-graduação, uma vez que os “dados” ou “achados” recebem o tratamento subjetivo e singular com que o pesquisador consegue acessá-los.

Cabe destacar que não há um único autor ou única teoria que sustente todo o trabalho, e sim um conjunto de autores com quem dialogo durante o esforço de caracterizar a população em situação de rua no Brasil e descrever o surgimento de uma política pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que pretende ampliar o acesso desses usuários à rede de saúde.

Dividi o trabalho em três capítulos, além da introdução e considerações finais. Na introdução, ofereço ao leitor o histórico da minha trajetória e o caminho percorrido até chegar à população em situação de rua propriamente dita, assim como o debate conceitual em que está ancorada, trazendo alguns elementos como exclusão social e conformação do estado brasileiro.

Em seguida, trago o SUS como política pública com foco na Atenção Primária à Saúde, a formação de políticas públicas para a população em situação de rua e o surgimento do dispositivo Consultório na Rua. Na sequência, ofereço um histórico sobre o uso de substâncias psicoativas na sociedade e a política da redução de danos.

Posteriormente, abordo o desafio da produção de cuidado em saúde para populações vulnerabilizadas ancoradas na produção de Ayres, que traz o termo para saúde coletiva a partir do advento da AIDS. Por fim, discorro sobre aspectos metodológicos que desencadearam em

resultados e as discussões, recuperando os autores e conceitos anteriormente abordados no referencial teórico.

A presente dissertação tem a intenção de aprofundar as reflexões sobre as interfaces entre cuidado, o dispositivo Consultório na Rua e a população em situação de rua. Nesse sentido, pretende-se mapear, sistematizar e problematizar, a partir da produção científica, a contribuição de estudos que relacionam políticas públicas voltadas às populações vulneráveis, no que tange à atenção à saúde à população em situação de rua. A produção de cuidado em saúde pelos trabalhos publicados foi discutida tendo em vista algumas dimensões, quais sejam: redução de danos, acolhimento e formas de abordagem para construção de vínculo.

O estudo evidencia a carência de produção científica acerca da temática, por se tratar de um dispositivo de cuidado recente, do ponto de vista histórico. Dessa forma, busco responder as seguintes perguntas: O que vem sendo produzido sobre a temática? Quais as principais bibliografias utilizada nessas produções? Os artigos se propõem a descrever o dispositivo? O que a composição das equipes fala sobre a proposta de cuidado? Existem abordagens referentes ao processo de trabalho desenvolvido?

Tal recorte justifica-se pela oportunidade de poder discutir e analisar a forma como a produção científica vem discutindo o cuidado, bem como apresentar os limites, potencialidades e desafios do dispositivo CnaR por meio dessas narrativas.

CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta sessão, pretendo apresentar ao leitor uma breve discussão conceitual acerca da população em situação de rua, trazendo termos utilizados no Brasil e em outros países para descrevê-los, citando suas principais características descritas na literatura, em diálogo com conceitos como exclusão social e vulnerabilidade. Em seguida, faço um breve resgate da história do SUS como política pública, e ao surgimento de políticas de saúde para população em situação de rua, como a instituição do dispositivo Consultório na Rua, sobre a qual se ancora esse trabalho. Por fim, apresento o desafio que está colocado para o cuidado em saúde prestado a essa população, trazendo a redução de danos como uma das principais estratégias de cuidado.

1.1 População em situação de rua: reflexões sobre o debate conceitual

A existência de pessoas vivendo em situação de rua perpassa um longo período histórico. De acordo com Simões Júnior (1992, p. 19-20), há registros de grupos habitando as ruas e vivendo da mendicância desde a antiguidade, durante as civilizações grega e romana, durante a Idade Média e, por fim, na era industrial, onde houve maior repressão ao crescimento de atividades que fazem relação com a mendicância. O termo “população em situação de rua” (PSR) é recente, e vem sendo utilizado para se referir a um grupo populacional bastante heterogêneo, sobretudo se forem consideradas as diferentes realidades nacionais e internacionais (ADORNO; VARANDA, 2004). No caso do Brasil, o termo tenta abarcar a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas à “ausência de moradia”, como outros países utilizam.

Ferreira (2005) destaca a definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ao classificar a população em situação de rua de Belo Horizonte como “grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular”.

Nos Estados Unidos da América (EUA) eles são conhecidos como *homeless* e classificados como aqueles que vivem em condições de habitação precária, e não necessariamente aqueles que não têm moradia. No caso do Brasil, alguns autores tentam construir uma definição mais apropriada a nossa realidade, já que a definição adotada pelos EUA ampliaria significativamente o número de pessoas a serem incluídas nessa classificação. Assim, optou-se por considerar população em situação de rua aquela que utiliza o espaço

público como local de moradia e como forma de sobrevivência, como é o caso dos catadores de papel, lavadores e guardadores de carro — conhecidos como flanelinhas —, entre outros. Há também aqueles que não conseguem pagar por moradia próxima ao seu local de trabalho, exemplificados pelos trabalhadores da construção civil, vigilantes e ajudantes de serviços gerais, além dos que não desempenham atividades consideradas socialmente produtivas e vivem na mendicância ou cometem pequenos delitos (VIEIRA *et al.*, 1992; VIEIRA, 1992).

Esses mesmos autores adotam diferentes categorias para a classificação das pessoas em situação de rua, em virtude das razões que os levaram a morar na rua e do seu tempo de permanência, além de levar em consideração seu grau de vínculos familiares (mantidos ou interrompidos). Assim, “ficar na rua” diz respeito a uma situação de migração recente ocasionada por desemprego ou a alguma outra circunstância que resulte em não ter onde morar. O contato familiar é mantido na maior parte das vezes, assim como algum projeto de vida. O “estar na rua” se caracteriza por um tempo maior de permanência nas ruas, e as relações mais estreitas são estabelecidas com pessoas que estão na mesma situação; os laços familiares estão menos fortalecidos, mas ainda existe um projeto de saída das ruas. O “ser da rua” é o que talvez melhor defina a população estudada, já que a rua passa a ser utilizada como seu lugar de referência e espaço de construção de relações. Para o autor, o acesso restrito a alimentos, insumos de higiene, bens e serviços — associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas — pode modificar a estrutura física e psíquica do indivíduo (VIEIRA *et al.*, 1992).

Esse agrupamento de diferentes contextos reitera a heterogeneidade do campo a ser explorado e as múltiplas trajetórias nele contidas, tanto quanto pode promover maior clareza em relação à complexidade do tema, chamando a atenção para as diferentes necessidades que essa população demanda, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas que têm como base uma forma mais ampla de pensar o processo saúde-doença, além de permitir que os serviços de saúde possam planejar melhor suas ações.

Snow e Anderson (1998) realizaram um estudo de caso sobre a “população de rua”, realizado em Austin, Texas, a partir de um trabalho de campo desenvolvido em meados dos anos 80. Nesta ocasião, os autores apresentaram um breve panorama histórico, trazendo apontamentos ao tratamento social dado à mendicância desde a Idade Média até a Idade Contemporânea. Na pesquisa etnográfica realizada no universo urbano de Austin foi possível identificar uma multiplicidade de pessoas ocupando as ruas, classificadas como: recém-deslocados; vacilantes regulares e irregulares; andarilhos tradicionais e andarilhos *hippies*; mendigos tradicionais e mendigos *redneck* (tipo regional do sul dos EUA) e, ainda, doentes mentais.

Ao viver o cotidiano das ruas por pelo menos dois anos naquela ocasião, os autores vivenciaram também as estratégias de sobrevivência adotadas pelos diversos tipos de moradores de rua ali inseridos. Desta maneira puderam identificar uma subcultura de vida na rua, exemplificada por um conjunto padronizado de comportamentos, rotinas e formas de vida criadas por eles, com vistas à adaptação das restrições institucionais, políticas, ecológicas e morais a que estão inseridos (MAGNI, 2004).

Outro achado bastante interessante dessa pesquisa diz respeito à dinâmica da falta de moradia e os caminhos que conduzem às ruas. Os autores identificaram uma junção de fatores estruturais que convergem com um amplo contexto histórico — além de fatores biográficos — que englobam uma série de carências pessoais e ausência de apoio familiar. Os fatores comuns identificados nessas trajetórias dialogam com restrições impostas pelo meio, assim como as maneiras criativas que as pessoas em situação de rua encontram para contorná-las. Trata-se de um "conjunto de obstáculos que estão inter-relacionados e incluem uma combinação de deficiências de recursos, dinâmicas institucionais, laços sociais e fatores cognitivos" (SNOW e ANDERSON, 2008, p. 473). Dessa forma, os autores verificaram que quanto maior o tempo de vida nas ruas, mais difícil é a possibilidade de se libertarem desse modo de vida (MAGNI, 2004).

A presença da população em situação de rua incomoda, desconcerta e compõe o trinômio oriundo do termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação. Assim, os problemas sociais foram enunciados como exclusão, em contraponto ao antigo emprego do termo utilizado para se referenciar a grupos historicamente marginalizados (pessoas em sofrimento psíquico, alcoolistas e todos aqueles que deveriam beneficiar-se das políticas específicas de proteção social). A nova pobreza transformava em excluídos, desintegrados socialmente desfilados, as pessoas de baixa qualificação em função da precarização econômica e social dos chamados novos excluídos (DONZELOT, 1991; CASTEL, 2008).

A utilização do termo “exclusão social” de forma banalizada, assim como seus limites explicativos sobre as expressões da questão social na atualidade, remete à necessidade de desenvolver melhor essa perspectiva teórica, de modo a aprofundar o debate relacionado aos processos de fragilização e rupturas de vínculos sociais. Por outro lado, sua utilização recorrente aponta para um consenso: “a constatação da existência empírica do fenômeno e sua relevância em termos quantitativos e qualitativos” (ZIONI, 2006, p. 27).

Fleury (2007, p. 1422-1423) defende que, em sua maioria, os processos de exclusão partem da exposição de sujeitos e grupos às vulnerabilidades econômicas e às precariedades no que diz respeito à proteção social, às expressões sociopolíticas do processo produtivo capitalista

contemporâneo, assim como seus efeitos na sociedade. Para a autora, “o combate à exclusão não se reduz à dimensão econômica que, apesar de ser a dimensão fundamental, não existe isolada do contexto sociocultural que a legitima e a reproduz”.

Para o cientista social Castel (1998), o termo “exclusão social” está relacionado à ruptura de relações familiares e afetivas; à ruptura total ou parcial com o mercado de trabalho, e com a não participação social efetiva. Por essa perspectiva, pessoas em situação de rua podem ser caracterizadas por alguns autores como resultado de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (MARTINS, 2003). Os problemas sociais provenientes da precarização e vulnerabilidade crescente da classe trabalhadora, assim como a fragmentação dos sistemas de proteção social fundados e uma sociedade tão desigual, imprimem uma nova face de excluídos desfilados, sobrantes, inúteis ao mundo (DONZELOT, 1991; ROSANVALLON, 1998; CASTEL, 2008).

Nesse sentido, Castel (2008) afirma que há uma transformação da questão social, a partir da crise da sociedade salarial, gerando instabilidade e demissão de grandes contingentes de trabalhadores, mudanças na forma de se relacionar, fragilizando os suportes protetores, e culmina no processo de isolamento social dos novos excluídos.

Para Escorel (1999, p. 81), o processo de exclusão social abarca trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade, e até ruptura dos vínculos, levando em conta cinco dimensões da existência humana em sociedade: (1) econômico-ocupacional; (2) sócio familiar; (3) política; (4) cultural; e (5) da vida. Dessa forma, o conceito de exclusão social se caracteriza não só pela extrema privação material, mas, especialmente, pelo fato desta mesma privação material “desqualificar” seu portador, no sentido de lhe retirar a qualidade de cidadão, de sujeito e de ser humano, portador de desejos, vontades e interesses legítimos que o identificam e diferenciam.

Para a autora, “a compreensão da categoria exclusão social como estado e processo possibilita perceber a heterogeneidade das histórias de vida de pessoas que, no limite, na situação polar negativa, na condição de excluídos, são jogadas numa ‘vala comum’ que homogeneíza sob um estigma, a pluralidade e a diversidade humana e de grupos sociais” (ESCOREL, 2000, p. 141-142). A autora também identifica processos de ruptura de vínculos em várias dimensões, observados no limite da condição do excluído que, segundo ela, podem ser justificados por uma gama de situações de não pertencimento social e não suprimento das necessidades vitais que induzem as formas de sobrevivência singulares e desumanizadoras, marcadas pela falta de suportes de vida estáveis, materiais e simbólicos. Assim, o cotidiano dos excluídos é permeado por um misto de violência e hostilidade.

Castel (1991; 2008) propõe uma matriz teórica com o objetivo de analisar as mudanças da questão social, na qual os processos de exclusão social passam a ser discutidos a partir de dois eixos analíticos de integração e desfiliação: o mundo do trabalho e o mundo das relações sócio familiares. Eixos esses que dão origem a quatro zonas diferentes: (1) zona da integração — onde os indivíduos possuem trabalho estável e forte inserção relacional; (2) zona de vulnerabilidade — que associa trabalho precário à manutenção dos apoios relacionais; (3) zona da desfiliação — marcada pela ausência de participação em qualquer atividade produtiva e isolamento relacional; (4) zona da assistência social — limitada aos inaptos para o trabalho, inválidos de todo tipo como idosos, doentes sem recursos, crianças abandonadas, miseráveis, entre outros, com frágil inserção social e dependentes de mecanismos e programas de assistência social (ESCOREL, 1999).

Paugam (1997) destaca as transformações atribuídas à condição de exclusão, na perspectiva da identidade social dos indivíduos e dos vínculos familiares, por meio de um processo que o autor denomina como “desqualificação social”, iniciado pela fragilidade conferida por uma ruptura inicial que desencadeia a quebra de novos laços sociais e culmina na percepção de uma ausência de utilidade social e de sentidos atribuído à vida pelo próprio indivíduo. O autor propõe três tipos de classificação, de acordo com o momento em que os sujeitos se encontram, frente aos serviços de assistência pública. São eles: (1) fragilizados (localizados no ponto de partida em função de desemprego, dificuldades de inserção profissional, perda de moradia etc.; são sujeitos que mantêm distância dos serviços); (2) assistidos (atingiram o *status* de trabalhador e passam a depender dos serviços); e (3) marginalizados (momento em que os vínculos sociais são rompidos).

No Reino Unido, por exemplo, até a década de 60 as explicações sobre os motivos que levavam à falta de moradia davam ênfase à patologia individual, muitas vezes com foco na dependência de substâncias e/ou doenças dessas pessoas; no entanto, após esse período, o debate acadêmico passou a englobar a relevância de fatores macro-estruturais, para além dos individuais em suas hipóteses, já que estamos tratando de um tema complexo, heterogêneo e não linear.

Para Neale (1997), o foco das explicações individuais se refere a características pessoais e diz respeito especialmente ao comportamento das pessoas. Por outro lado, no que se refere aos fatores macro-estruturais, as causas da falta de moradia podem estar relacionadas a estruturas sociais e econômicas mais amplas, tais como a presença ou ausência de habitação permanente e condições do mercado de trabalho, proteção social reduzida, níveis crescentes de

pobreza e crescente fragmentação familiar, corroborando com as afirmações de outros autores apresentados anteriormente.

Neale (1997) defende, ainda, que existe uma tendência à subjetividade, à relatividade e à irracionalidade que limita o potencial de aplicação prática por meio de políticas sociais como alternativa. Para ela, o foco na agência individual pode nos levar menosprezar o poder das estruturas macrosociais. A autora, portanto, corrobora com a teoria da construção de Giddens (1984) quando aposta em uma alternativa mais promissora para sair do debate estrutura-versus-agência. A teoria de Giddens baseia-se na ideia de "dualidade de estrutura", onde as estruturas sociais são constituídas por uma agência humana que pode, ao mesmo tempo, possibilitar e restringir nossa ação social. Os agentes humanos tomam decisões divergentes e reflexivas dentro da gama de opções que lhes permitem as estruturas existentes no meio em que estão inseridos; no entanto, suas ações também têm consequências não intencionais (FITZPATRICK, 2005).

Nessa perspectiva, Neal (1997) conclui que há forças operando para que seja possível que algumas pessoas fiquem desabrigadas e outras não, em qualquer conjunto de circunstâncias a que forem submetidas. Como as circunstâncias pessoais não são pré-determinadas e as estruturas operam nos indivíduos em diferentes níveis, existem várias formas dessas circunstâncias efetuarem mudanças para as vidas das pessoas.

Ressalta-se que *exclusão* social é termo que, referido a fenômenos com origem, processos e bases fundamentais significativamente diferentes, causa uma impressão generalizante acerca desses fenômenos, sem oferecer suporte para diferenciação e aprofundamento de suas determinações, especificidades históricas, econômico-sociais e políticas. Assim, ao invés de se constituir como dispositivo do pensamento para conhecimento da realidade, contribui para ofuscar as relações de exploração e dominação que sustentam os fenômenos nomeados sustentando as formulações neoliberais que tomam corpo concreto nas políticas públicas contemporâneas (FONSECA, 2014).

Nesse sentido, Santos (1999) afirma que a capilaridade da globalização neoliberal tem recolocado a pobreza extrema em patamares críticos na geopolítica mundial, contrapondo narrativas que naturalizem os processos de geração de riqueza e da distribuição dos produtos, colocando países colonizados no mesmo bojo dos colonizadores.

Apesar das diferenças consideráveis existentes entre os países periféricos e os países desenvolvidos, no que diz respeito à cultura, costumes, economia, fatores socioeconômicos, entre outros, é possível perceber alguma semelhança no que diz respeito a estratégias de adaptação e sobrevivência desenvolvidas em cada contexto para viverem nas ruas; todavia, os

motivos que levam as pessoas a viver nas ruas guarda relação com a nossa construção enquanto nação de base colonialista.

Iamamoto (2013) analisa o grau de concentração de propriedade no Brasil e refere que este se mantém praticamente inalterado desde 1985. Tendo como base os valores do 10º Censo Agropecuário (2006), o mais recente disponível, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Índice de Gini³ — indicador da desigualdade da propriedade fundiária — registra 0,854 pontos, patamar próximo aos dados verificados nas duas pesquisas anteriores. Para a autora, a desigualdade está intimamente ligada ao processo de “modernização produtiva” e da inserção do país no competitivo mercado mundial de commodities agrícolas, reafirmando sua condição histórica de economia agroexportadora. Somado a isso, temos um crescimento intensivo da internacionalização do território brasileiro, fomentado pela compra de terras por parte dos grandes conglomerados financeiros mundiais, sem fiscalização pública, colocando em disputa a produção de produtos agropecuários para exportação, o controle por recursos naturais como água, minerais e nossa biodiversidade (IAMAMOTO, 2013).

Em termos geográficos, a atividade econômica em terras brasileiras no início do século XIX era dividida entre o campo e cidade. Nessa imensidão territorial produzia-se basicamente agricultura de subsistência, extrativismo, agricultura de exportação (sobretudo cana-de-açúcar, algodão e ouro). Havia também uma pequena concentração urbana especializada em serviços, no comércio e na atividade manufatureira, com destaque em Recife, Salvador e Rio de Janeiro (COSTA, 1985, p. 234).

Durante a primeira metade do século XIX, a força de trabalho nos núcleos urbanos consistia, majoritariamente, em trabalhadores escravos. Soares ressalta que os escravos eram responsáveis inclusive pelos serviços de limpeza urbana, iluminação de vias públicas, transporte de cargas e passageiros, entre outros (SOARES, 2007, p. 160-175).

Havia também os trabalhadores chamados livres e/ou libertos, geralmente negros e mulatos, que exerciam serviços de toda natureza. A transição entre o trabalho escravo e o trabalho livre ocorreu de forma desordenada. Medidas anteriores ao fim da escravidão colocaram a população livre e pobre em uma situação de completa exclusão em termos de acesso à terra; o acesso à instrução tão pouco fora garantido por políticas públicas, não havendo

³ Índice de Gini: uma das medidas mais conhecidas do grau de concentração de renda varia de zero a um, este último valor correspondendo à desigualdade máxima. É derivado por meio da curva de Lorenz, gráfico que representa os percentuais acumulados de renda por decis da população (HAMMOND & MCCULLAGH, 1978).

sequer menção à garantia de direitos na Constituição Republicana de 1891 (THEODORO, 2005, p. 91-126). Nas palavras de Kowarick, aconteceu assim:

Exploração do tipo compulsória, de um lado, e massa marginalizada de outro, constituem amplo processo decorrente do empreendimento colonial-escravocrata, que iria se reproduzir até épocas tardias do século XIX. Sistema duplamente excludente, pois a um só tempo cria a senzala e gera um crescente número de livres e libertos, que se transformam nos desclassificados da sociedade (KOWARICK, 1994, p. 58).

Esse processo caracteriza-se tanto pela ausência de políticas públicas em favor dos escravos e da população negra livre, como pela implementação de iniciativas que corroborassem para que as possibilidades de inserção dos ex-escravos ficassem restritas apenas às posições subalternas da sociedade. A abolição da escravidão, por si só, jamais colocou a população negra em situação de igualdade política e civil em relação aos demais cidadãos; pelo contrário, as ofertas de inclusão para essa população foram quase nulas ou extremamente limitadas. O racismo, que nasce efetivamente no Brasil associado à escravidão, consolida-se após a abolição, com base nas teses de inferioridade biológica dos negros, e difunde-se no país como matriz para a interpretação do desenvolvimento nacional. As interpretações racistas, largamente adotadas pela sociedade nacional, estiveram presentes na base da formulação de políticas públicas que contribuíram efetivamente para o aprofundamento das desigualdades no país (THEODORO, 2005).

Para Mbembe (2014), foi a partir do colonialismo que a raça passou a servir como fundamento de dominação. Para o autor, o Estado age em constante estado de exceção e estado de sítio, reproduzindo e legitimando guerras, homicídios, políticas de repressão e suicídio. Almeida (2018), ancorado por Mbembe, complementa dizendo que o racismo encontra-se institucionalizado no imaginário nacional brasileiro, legitimado por estudos a respeito da desigualdade racial que buscaram justificar a “inferioridade” negra, sem fazer qualquer crítica a respeito da condição do negro na sociedade. Qualquer negro é diretamente ligado à África, sendo considerado evoluído apenas a partir da miscigenação com brancos. Mbembe (2014: 56-58) ressalta que alguns pesquisadores afirmaram que os negros americanos eram mais evoluídos do que os africanos porque tiveram mais contato com os brancos.

Ter a estrutura social racista significa dizer que todos os espaços da sociedade são compostos por negros em condição subalterna, ora por ausência de direitos (violência estrutural), ora por violência cultural (suposta incapacidade ou incivilidade) (cf. GALTUNG, 1990) e ora por força institucional (controle policial) (ALMEIDA, 2018, p. 160).

As justificativas para manutenção do elemento raça como fator de inferiorização dos negros são constantemente modificadas; todavia, até o momento, nunca foram efetivamente eliminadas, uma vez que as manifestações do racismo garantem manutenção do poder, pelo grupo dominante, adaptando-se às novas necessidades de mercado, destinando aos negros os setores menos privilegiados e mais precarizados da sociedade (ALMEIDA, 2018). Assim surge então o que Souza (2009), classificou provocativamente como “ralé”:

A sociedade brasileira construiu e reproduz até hoje, também, uma classe de abandonados e desclassificados sem qualquer chance de participação na competição social em qualquer esfera da vida. Existe uma “luta de classes” intestina e inegável, que permite que toda uma classe que não consegue, pelo abandono social e político, incorporar conhecimento útil para participar no mercado econômico competitivo, possa ser explorada como mão de obra barata – reduzida a dispêndio muscular pela ausência da incorporação de conhecimento valorizado pelo mercado competitivo – nas funções de empregada, faxineira, babá, zelador, prostituta, motoboy, porteiro, e todo tipo de trabalho, perigoso, sujo ou pesado, de modo a poupar tempo das classes média e alta para estudo e trabalho de funções prestigiosas e rentáveis (SOUZA, 2011, p. 33-41).

Em seu primeiro relatório sobre distribuição de renda na América Latina, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), afirma ser esta a região mais desigual do mundo (ONU-PNUD, 2010). Dos 15 países com maior desigualdade, dez estão na América Latina e no Caribe, sendo Brasil e o Equador com o terceiro pior Índice Gini: 0,56 (quanto mais próximo de 01 o coeficiente, mais desigual é o país), superados apenas pela Bolívia, Camarões e Madagascar com 0,60, e África do Sul, Haiti e Tailândia com 0,59. Os países da região com o melhor índice — inferior a 0,49 — são: Costa Rica, Argentina, Venezuela e Uruguai. Na média, o Índice de Gini da América Latina e do Caribe é 36% maior do que o dos países do Leste Asiático e 18% acima da África Subsaariana (IAMAMOTO, 2013).

Não por acaso, a população em situação de rua no Brasil, segundo dados do IBGE, se define da seguinte forma: 82% dos entrevistados são homens, 52% na faixa entre 25 e 44 anos de idade; destes, 67% se autodeclararam como negros e pardos. No que se refere ao grau de escolaridade, 74% sabe ler e escrever e 48% possuem o ensino fundamental. Foi identificado ainda, contrariando a percepção do senso comum, que 70,9% dos entrevistados exercem alguma atividade remunerada, e apenas 15,7 % tem a esmola como principal fonte de renda (MDS, 2008).

1.2 SUS como política pública com foco na Atenção Primária à Saúde

A forma como as políticas públicas são construídas, assim como sua evolução, guarda relação com a conformação política, social e econômica de cada contexto nacional. A Constituição Federal brasileira traz como prerrogativas fundamentais da República, para a construção de uma sociedade mais justa, a erradicação da pobreza e da marginalização, assim como o reconhecimento de moradia, transporte, lazer e segurança como direitos sociais, além de legitimar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor, classe social e demais formas de discriminação; no entanto, ainda é preciso percorrer um longo caminho para que esses direitos sejam efetivados de fato (BRASIL, 1988).

Para que esses direitos sejam garantidos, se faz necessária a formulação de políticas públicas, sociais e econômicas abrangentes, tendo em vista a redução de riscos de doenças, agravos e vulnerabilidades sociais. No que se refere especificamente à saúde, espera-se que elas sejam capazes de proporcionar acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (POLIGNANO, 2001); contudo, a carência e insuficiência de políticas públicas inclusivas que promovam cidadania e minimizem os efeitos da enorme desigualdade social existente no país condena grande parte da população a viver em condições precárias ou, ainda, promove o crescimento visível da população em situação de rua.

As políticas públicas constituem ferramentas para a atuação do Estado, e a Política Social é essencial para a regulação estatal (ELIAS, 2004). Paim *et al.* (2011), em análise sobre a organização e desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro, mostram que o movimento conhecido como reforma sanitária teve início em meados da década de 70. Essa proposta foi ancorada na luta pela redemocratização, num amplo movimento social que reuniu distintos setores da sociedade e abarcou desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos, assim como parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais.

A concepção política e ideológica do movimento proposto pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não apenas como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços biomédicos, e sim como questão social e política a ser desenvolvida no espaço público (PAIM, 2011).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe luz à discussão do conceito de saúde como direito universal, com base no apontamento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas instituíram as bases para a construção do SUS. O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde foi importante para que, em

1988, fosse elaborada e aprovada a nova Constituição Federal do país, chamada de “Constituição Cidadã”, que explicita em seu Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A Constituição de 1988 incorpora a proposta de criação do SUS, que passa a ser referendada na Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8080/90 e Lei 8142/90 — aprovada pelo Congresso Nacional em 1990 (BRASIL, 1990). A partir da Carta Magna de 1988, atribui-se maiores obrigações ao Estado para garantir o cumprimento desse direito por meio de políticas públicas que promovam ações e serviços destinados à recuperação da saúde, além da redução de risco de doenças, promoção e proteção da saúde.

De acordo com Teixeira *et al.* (2014), sendo o SUS uma política de Estado que tem por base uma noção ampliada de saúde, este passa a expressar-se por princípios (valores), diretrizes (políticas organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que guiam, esclarecem e determinam a direção das ações governamentais.

O SUS nasce com ideais reformistas, e representa um caminho para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde com equidade, sendo idealizado para ser implantado como modelo de assistência à saúde que funcione como mecanismo de cobertura social de apoio à superação da fragmentação característica da atenção à saúde prestada anteriormente (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O Sistema Único de Saúde é regido por princípios como a universalidade, integralidade e equidade. Estes expressam os valores do sistema que se deseja construir. A universalidade está relacionada com a garantia do direito à saúde para todos os cidadãos, mediante o acesso aos serviços de saúde oferecidos pela instituição, independente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento. A integralidade é vista como a garantia do acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, curativos e preventivos, individuais e coletivos (NORONHA *et al.*, 2014). A equidade complementa o princípio da igualdade, e reconhece a necessidade de “tratar desigualmente os desiguais”, de forma a dar prioridade no acesso aos grupos sociais considerados mais vulneráveis (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Com a intenção de contrapor os antigos modelos assistenciais, principalmente o médico-hospitalar — ou hospitalocêntrico —, devido a seu alto custo, baixa resolutividade e acesso restrito para a maioria da população, a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz, na

Conferência de Alma-Ata de 1979, a adoção da APS como atenção prioritária. Esta se caracteriza por ser um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas, através de uma combinação tecnológica apropriada e custo-efetiva (PAIM, 1999).

A APS passa a ser o primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária que integra a promoção, prevenção, a cura e a reabilitação, sendo orientada pela equidade, cujo acesso deveria ser universal, garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, com foco na proteção e promoção da saúde como direito humano. A APS aponta para a necessidade da abordagem dos determinantes sócio-políticos mais amplos da saúde e, a partir desta compreensão, se torna a porta de entrada do sistema em que a atenção à saúde deve estar o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Compreende-se no Brasil a importância da APS no processo de construção e consolidação do SUS, considerando-se que, por meio da adoção deste modelo, é possível obter maior satisfação dos usuários e menor custo ao sistema de saúde. Nesse sentido, usa-se neste trabalho o termo “Atenção Básica” de forma equivalente ao termo “Atenção Primária”, amplamente difundido no mundo, e que vem se expandindo de forma relevante no país com vistas ao fortalecimento do SUS.

A fim de dar continuidade a essa expansão, o Ministério da Saúde (MS) propõe o fortalecimento das ações de cunho preventivo com investimentos em programas de ações básicas, como parte do plano de reorganização do próprio modelo de atenção destinando uma atenção especial à promoção da saúde. Em dezembro de 1993 se materializa por meio da Portaria MS nº. 692 a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é reconhecido com precursor do PSF. Criado em 1991 em caráter emergencial, teve como principal objetivo dar suporte à assistência básica onde não houvesse meios apropriados para interiorização da assistência médica. Como norteador de suas ações, está a adscrição da população; a responsabilidade acerca de um determinado território; o desenvolvimento de práticas voltadas para a família; o foco em ações preventivas; a integração dos serviços com a comunidade; e uma abordagem em saúde mais ampla, não focado apenas na intervenção médica. O PACS teve como objetivo melhorar, por intermédio dos ACS, a prática da população em cuidar de sua própria saúde, por meio da transmissão de saberes e informação, sendo suas ações supervisionadas por um enfermeiro (PAIM, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se diferencia dos modelos assistenciais anteriores prioritariamente pela aposta no trabalho em equipe. Tem como princípios norteadores a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, o trabalho em equipe e a proposta de uma atuação que supere a lógica fragmentada de atenção à saúde, assim como a noção de território, família e domicílio, atributos estes que modelam a atenção primária. Acredita-se que o compartilhamento de saberes, o trabalho coletivo e a horizontalidade das relações de trabalho amplie a capacidade de cuidado de toda a equipe, proporcionando maior qualidade na atenção prestada às famílias (BRASIL, 2012a); entretanto, esses atributos modelares não são suficientes no sentido de alterar o pressuposto da exclusão relativa às populações que se encontram à margem desses recortes, em especial no que diz respeito a noções de família e domicílio.

1.3 As políticas de saúde para a população em situação de rua

Por toda a complexidade do tema apresentado anteriormente, é possível imaginar o grande desafio que está colocado ao se pensar em políticas públicas que sejam de fato efetivas e alcancem essas pessoas dentro da dinâmica que a rua comporta. O desafio sanitário de promover acesso e prestar atenção à saúde em um grupo tão heterogêneo, marcado por estigma, preconceito e dificuldade de acessar os serviços de saúde, está colocado.

Tem sido cada vez mais difundido pelos meios de comunicação que a população em situação de rua cresce exponencialmente em todas as cidades do mundo; no entanto, segundo Magni (1994, p. 34), os dados estatísticos existentes são muito pouco confiáveis e baseiam-se em diferentes critérios, o que dificulta a confiabilidade desses dados.

Segundo a ONU, estima-se a existência de 100 milhões de *homeless* no mundo. Com mudança de perfil nos países do norte, onde era prevalente a presença de homens sozinhos, tem se tornado cada vez mais comum a presença de famílias inteiras vivendo nas ruas.

Apesar de o Brasil realizar censos periodicamente, até 2008 a população em situação de rua não era contabilizada em estatísticas censitárias, dada a sua limitação de abrangência geográfica e nem aparecia no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica — o SIAB —, cuja unidade de análise é domiciliar.

A pressão dos movimentos sociais se fez fundamental para que as autoridades se debruçassem sobre o tema e pensassem em estratégias para contabilização dessa população. O I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, realizado em setembro de 2005, indicou como ação prioritária a realização de estudos que pudessem quantificar e permitir a sua

caracterização socioeconômica (BRASIL, 2008), de modo a orientar a elaboração e a implementação de políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua.

Nesse mesmo ano, o Ministério do Desenvolvimento Social realizou uma Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua em 71 municípios brasileiros, identificando 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua (crianças e jovens não foram contabilizados). Somavam-se a esse número 10.399, 916 e 888 adultos nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Recife, respectivamente, dos quais 70,9% desempenhavam algum tipo de atividade remunerada; 51,9% possuíam algum parente na cidade em que se encontravam; 19% relataram não se alimentar nem pelo menos uma vez por dia; 29,1% decidiram ir para rua devido a desavenças familiares; 35,5% por conta do uso de álcool e outras drogas, e 29,8% devido ao desemprego (BRASIL, 2008).

Depois de uma década, os resultados desses levantamentos começam a não mais refletir a dinâmica desta população no território. No município de São Paulo, o mais populoso do país, por exemplo, estima-se que a população de rua tenha crescido a uma taxa de 2,56% ao ano, entre 2009 e 2015 (FIPE, 2015).

Nesse sentido, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), instituído em conjunto com a Política Nacional para a População em Situação de Rua, via Decreto no 7.053/2009 (RICARDO, 2013), encomendou ao IBGE que incluísse a população de rua no Censo de 2020.

O IBGE, então, realizou um pré-teste no município do Rio de Janeiro em 2014 (IBGE, 2014), como etapa preparatória, a qual apontou vários fatores dificultadores em incluir essas pessoas no próximo censo. Ressalta-se, em especial, a dificuldade observada e reiterada pelo IBGE em realizar pesquisas com populações sem domicílio fixo, o que exige metodologias de amostragem, logística de campo e abordagem do entrevistado bastante distintas do padrão usualmente utilizado pela instituição.

Políticas públicas destinadas ao cuidado dessa população são recentes e, no âmbito da saúde, surgem na saúde mental, representada pelos Consultórios de Rua (CR). Essa proposta foi inspirada no primeiro CR criado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, em 1999, na cidade de Salvador, como uma tentativa de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas pelas crianças em situação de rua (BRASIL, 2010).

No Brasil há algum avanço no que diz respeito à construção de propostas intersetoriais para o cuidado da PSR. Experiências vividas nos grandes centros urbanos estão sendo aprimoradas e tiveram relevante contribuição no que diz respeito à criação de políticas voltadas para essa população, considerando determinados eventos e a atuação de certos atores em um

período de tempo. Entre as décadas de 1970 e 1980, o movimento de organização de pessoas em situação de rua tem início com a Pastoral do Povo da Rua (Igreja Católica), nos municípios de São Paulo e Belo Horizonte. Essas iniciativas de instituições religiosas tinham como objetivo implantar casas de assistência para as pessoas em situação de rua, principalmente os catadores de materiais recicláveis. Assim, houve um fortalecimento dos movimentos de representação popular de forma organizada, que permitiu a realização de eventos e mobilização social de cunho local (BASTOS 2003; CANDIDO, 2006).

A fim de integrar vários segmentos sociais que colaborassem com a elaboração de políticas públicas capazes de minimizar o crítico quadro de exclusão social da nossa sociedade, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte assume, em 1993, a agenda política das ações voltadas a essa parcela da população, por meio do PSR, e realiza o Fórum da População em Situação de Rua. Nesse fórum, buscaram identificar as instituições que exerciam algum tipo de apoio a essa população para que então fossem implementados programas em parceria com essas instituições, baseadas no perfil dessa população e na realidade da rua. Essa estratégia visava a capacitar tecnicamente os participantes na busca de alternativas para as demandas apresentadas (BRASIL, 2012).

Diante das demandas apresentadas no Fórum, foi verificada a necessidade de realização de um censo específico para população em situação de rua, que serviu de base para a proposta de reorientação e conformação dos serviços de saúde destinados a essa população. Desta forma, foi possível verificar que o trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família (eESF) não era suficiente para produção de cuidado em saúde no que se refere à população em situação de rua, já que estes apresentam como característica marcante a falta de moradia fixa, e as eESF possuem responsabilidade sanitária por uma população adscrita em determinada área geográfica (BRASIL, 2012).

A exclusão da PSR da rede assistencial fez com que a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantasse, em 2002, a primeira eESF exclusiva e específica para o atendimento da PSR, sem território de abrangência fixo, passando a ser o equipamento de saúde de referência para essa população, conhecido como Programa de Saúde da Família (PSF) sem domicílio, assumindo o papel de matriciar⁴ as demais eESF do município na sensibilização do cuidado à PSR, eventualmente presente nos territórios dessas equipes (REIS JUNIOR, 2011).

⁴ Matriciar: realizar Apoio Matricial. Constitui-se em um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde, com o objetivo de promover a articulação entre os equipamentos e facilitar o direcionamento dos fluxos na rede de saúde (BRASIL, 2008, p. 34).

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, incluindo os da saúde e orientados pela busca por políticas públicas mais equânimes, surge em 2004, no município de São Paulo, o projeto “A Gente na Rua”. Esse projeto piloto adotou o programa Saúde da Família como estratégia de atenção à saúde, implantando suas primeiras eESF para PSR, e propondo novas possibilidades de arranjos e abordagens, substituindo os conceitos de *domicílio*, que passa a ser “o lugar em que se costuma ficar na rua”, *família* “aquela constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (cadastro que contemple algumas particularidades e pistas de onde encontrar essas pessoas novamente — como a existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos), e substituindo o termo *visita domiciliar* por “visita de rua”. O projeto teve início em 2004 e contava com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que já haviam experimentado viver em situação de rua. No ano de 2008 foram formadas eESF vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que desenvolviam assistência *in loco*, diretamente nas ruas da região da Sé, Mooca e Pinheiros, na grande São Paulo (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Outros municípios como Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba também implantaram suas primeiras eESF para população em situação de rua. Além do município de Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre e Recife passaram a realizar censos municipais específicos para contagem e estudo desse grupo populacional.

Uma das experiências destacadas com grande contribuição para a formulação da política foi o trabalho iniciado pelos Médicos Sem Fronteiras (MSF), que se configura como a maior Organização Não Governamental (ONG) da área médica no mundo, e atua no Brasil desde o ano de 1991, inicialmente na região Amazônica e na cidade do Rio de Janeiro, atuando principalmente em áreas de vulnerabilidade social, como saúde indígena e população em situação de rua. Iniciam, nos anos 2000, o projeto que ficou conhecido como *Meio-Fio*. Este era composto por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e educadores de rua que percorriam as ruas do centro do Rio de Janeiro abordando as pessoas na própria rua e oferecendo assistência primária no local. O projeto *Meio-Fio* pautava seu trabalho na escuta diferenciada para as demandas desta população e no encaminhamento dos casos de saúde e psicossociais aos serviços públicos existentes, além de realizar atividades de sensibilização que desse visibilidade a essas pessoas (MSF, 2004).

Ao mesmo tempo em que buscou realizar um trabalho de sensibilização dos profissionais de saúde e dos gestores locais, o projeto MSF forneceu instrumentos para que a população em situação de rua pudesse ter ferramentas que lhe desse autonomia no processo de luta pelos seus

direitos, incentivando as pessoas a recorrerem ao sistema público para serem apoiadas e dependerem cada vez menos de ONGs. Entre outras atividades, o projeto organizou uma exposição fotográfica, inicialmente no Museu da República e depois em outros locais da cidade, como estações de metrô, para dar visibilidade a essa população e tentar sensibilizar, além dos profissionais, a sociedade como um todo, trazendo à tona as dificuldades enfrentadas pela PSR (MSF, 2004).

Neste contexto, foi estabelecido um grupo de trabalho (GT) no município do Rio de Janeiro, que lançava luz sobre a população em situação de rua. Esse GT era formado por gestores, profissionais de saúde, representantes de ONGs e movimentos sociais que se reuniram e elaboraram o projeto “Saúde em Movimento nas Ruas”. Este tratava da implantação de equipes de Saúde da Família e do projeto de Consultório de Rua na cidade. Em setembro de 2010 implantou-se o projeto Saúde em Movimento nas Ruas na área programática 1.0, com a contratação de profissionais para duas equipes mínimas de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), uma equipe de Saúde Bucal (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal), e profissionais de saúde mental previsto pelo Consultório de Rua, como: uma musicoterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social. Musicoterapeuta e terapeuta ocupacional atuavam por 20h semanais, e os demais profissionais atuavam 40 horas semanais (LOUZADA, 2015).

O projeto *Saúde em Movimento nas Ruas*, posteriormente conhecido como *PSF Pop Rua*, inaugura na cidade uma nova modalidade de serviço de caráter híbrido, fruto da junção da atenção básica representada pela Saúde da Família e Consultório de Rua, ligado à saúde mental (MACERATA, 2013). Assim, as ações previstas pela Saúde da Família seriam complementadas pelos recursos e diretrizes clínicas do Consultório de Rua, reforçando a necessidade de orientar as práticas de saúde a partir do território, e colocando a Redução de Danos como um eixo estruturante da atenção em saúde. A incorporação da Redução de Danos na atenção básica potencializa o cuidado prestado, elevando a atenção integral a outras dimensões da saúde; dimensões essas atribuídas anteriormente, exclusivamente, à saúde mental (MACERTATA, 2013).

O Estado costuma adotar práticas repressivas e violentas, muito comuns nos grandes centros, para tentar combater o consumo de drogas, como a utilização de bombas de efeito moral e balas de borracha. Uma dessas ações ficou conhecida como “Operação Sufoco”, onde policiais foram orientados a não mais tolerar o consumo público de drogas e estimulados a acreditar que por meio da dor e do sofrimento os consumidores de crack iriam procurar tratamento (FERRAZ, 2012). Essa operação gerou indignação e fez com que alguns

seguimentos da sociedade, como a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e a Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Vereadores, universitários e moradores da região central se posicionassem, culminando na abertura de inquérito civil pelo Ministério Público de São Paulo para apurar os possíveis abusos de poder e investigar os objetivos dessa operação (PORTAL VERMELHO, 2012a; 2012b).

Mais recentemente, o Programa De Braços Abertos (PBDA) foi uma das apostas desenvolvidas pela gestão do município de São Paulo quando entregou a coordenação dos programas relacionados à questão do uso abusivo de álcool e outras drogas para a SMS. Nas gestões anteriores, esses programas ficavam a cargo da Secretaria de Segurança. Essa mudança permite uma nova perspectiva de atuação sobre essa problemática, uma vez que a questão passa a ser encarada como problema de saúde pública (SÃO PAULO, 2014).

O PBDA foi inspirado em programas Canadenses e Suíços, que trabalham sob a perspectiva da redução de danos há pelo menos três décadas, foi coordenado pela SMS e fazia interface com várias outras secretarias como Assistência e Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Cidadania, Trabalho e Empreendedorismo, Habitação, Desenvolvimento Urbano, Esporte e Lazer, Cultura, entre outras (SÃO PAULO, 2014).

O programa foi construído de forma participativa, levando em consideração as principais necessidades dos usuários de drogas frequentadores da região da Luz e Campos Elísios. Naquela ocasião, a gestão assumiu o compromisso de respeitar o direito à participação social.

No ano de 2013, o Grupo Executivo Municipal (GEM) do “Programa *Crack*, é possível vencer”⁵, se aproximou da região a fim de identificar e compreender as necessidades da população que ocupava as ruas próximas à estação de trem Júlio Prestes. Isso foi feito em parceria com alguns movimentos sociais, sendo possível perceber que as necessidades identificadas vão muito além do consumo de drogas, como ter um lugar seguro para dormir e realizar as refeições, ter acesso aos serviços de saúde e uma fonte de renda (BONDUKI, 2014).

⁵ O decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas, com objetivo de articular, estruturar e integrar as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas, promovendo ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Pelo decreto as ações do Plano deverão ser executadas de forma integrada e descentralizada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

1.4 A instituição do dispositivo Consultório na Rua: marco legal

No ano de 2004, a partir dessas experiências, o Consultório de Rua (CR) foi vinculado a um equipamento que compõem a área de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), inaugurando esse dispositivo na rede institucional. O Ministério da Saúde reconheceu os CR por meio da portaria GM/MS nº1. 190, de 04 de junho de 2009, como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD (BRASIL, 2009).

A proposta de Consultório de Rua, anteriormente ligado à Coordenação Nacional de Saúde Mental (SM), passa a ser denominada Consultório na Rua (CnaR), sendo agora uma modalidade de equipe da Atenção Básica (AB). Essa mudança ocorreu de forma gradual, e sua motivação vem da luta dos movimentos sociais que trouxeram à tona muitas outras necessidades de saúde da população em situação de rua, para além do uso de drogas e transtornos mentais, reforçando a necessidade de os sujeitos receberem cuidado integral (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015, p. 27).

O MS absorveu essa nova configuração e, com isso, abriu-se uma nova perspectiva de cuidado, pois apostaram em experiências exitosas tanto de equipes de Consultório de Rua (eCdeR) vinculadas à SM, como equipes da Estratégia de Saúde da Família (eESF) que apostavam em outras formas de fazer saúde, com destaque para em Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro.

Assim, os CnaR nascem da junção de experiências exitosas de AB, destinadas à população em situação de rua nas cidades de Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que a cidade de Salvador, em parceria com a saúde mental, prestava cuidado específico às pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas. Um edital para seleção de projetos foi promovido pela Coordenação de Saúde Mental, e essa experiência foi replicada em mais de 50 municípios (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015, p. 27).

Para ampliar o acesso desses usuários à rede, os CnaR são instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011, e passam a integrar o componente Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos pela PNAB. Os CnaR são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua *in loco* (BRASIL, 2012).

Esse dispositivo compõe a Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial, deve contar com uma equipe multiprofissional e suas ações devem estar integradas às UBS, CAPS,

Serviços de Urgência e Emergência e demais pontos de atenção que se fizerem necessários. Como prevê a Política Nacional de Atenção Básica (2012),

a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para atenção básica. Em situações específicas com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2012a, p. 62)

As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBS, com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde da população em situação de rua. Os CnaR lidam com problemas diversos e se propõem a acompanhar as necessidades de saúde dessa população, inclusive na busca ativa de cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos CAPS, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. Para compor as equipes de CnaR, conta-se com os seguintes profissionais: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma categoria, seja ele de nível superior ou médio. O agente social, quando houver, se equivale ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social “o profissional que desempenha atividades que visam a garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2012).

É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para trabalhar junto a usuários de álcool, *crack* e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, sobre o uso prejudicial e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensar insumos de proteção à saúde; articular encaminhamentos/mediação para Rede de Saúde e intersetorial; e acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Recomenda-se, ainda, que este profissional tenha, preferencialmente, experiência prévia em atenção às pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua (BRASIL, 2012a, p.14).

As equipes dos Consultórios na Rua podem ter três modalidades:

- Modalidade I – 4 Profissionais (2 Nível superior) + (2 Nível Médio)

- Modalidade II – 6 Profissionais (3 Nível superior) + (3 Nível Médio)
- Modalidade III – Modalidade II + Profissional Médico

As portarias do Ministério da Saúde nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, estabelecem as diretrizes de organização e funcionamento das eCnaR. Em 6 de junho de 2014 é publicada a portaria 1.238, que fixa o valor do custeio referente às equipes de CnaR nas três modalidades, triplicando o valor de repasse pelo MS. Os valores de custeio atuais são: Modalidade I: R\$ 19.900; Modalidade II: R\$ 27.300; Modalidade III: R\$ 35.200. Esse ajuste no repasse fez com que o número de equipes em funcionamento no ano de 2012 passasse de 80 para 133 em 2014, em 106 municípios diferentes e um total de 148 equipes até outubro de 2015. Hoje, de acordo com o (CNES, 2018), existem 165 eCnaR no Brasil, funcionando com carga horária mínima de 30h semanais, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

Na tentativa de produção de prática de cuidado mais abrangente e adequada à realidade de cada usuário de saúde e seu contexto social, o MS configurou uma rede de atenção psicossocial, integrando serviços especializados de saúde e de assistência social. São eles: Centros de Referência Especializada de Assistência Social, Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); CnaR, Centros de Atenção Psicossocial (para usuários de álcool e outras drogas — CAPS-ad — e para atendimento à infância e adolescência — CAPS-i); unidades de acolhimento e serviços residenciais terapêuticos, além das comunidades terapêuticas — todos potencialmente matriciados (apoiados colaborativamente) pelos CAPS-ad, com equipe multiprofissional e especializada, com funcionamento ininterrupto (CAPS-ad iii).

De acordo com a portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua, essas equipes deverão utilizar o espaço e instalações da UBS, assim como compartilhar o cuidado com essas unidades com os CAPS e outros pontos de atenção que compõem a RAPS. A adequação dessa equipe para uma das três modalidades deverá ser construída conjuntamente entre coordenação de AB e SM do município.

No caso dos municípios que receberam incentivos para modalidade de Rua, também foi necessário que a equipe fosse incluída no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e vinculada a uma UBS para garantir a identificação formal e facilitar a posterior habilitação e custeio pelo Departamento de Atenção Básica. Somente após 12 meses de funcionamento e utilização integral dos valores repassados por meio da seleção prevista no

edital de CdeR, além da adequação para uma das três modalidades de equipe de CnaR, esses poderão então ser habilitados e custeados conforme portarias 122, 123.

Para tanto, a SMS precisa enviar o relatório final do recurso repassado para o CdeR, para a Coordenação Nacional de Saúde Mental do MS, juntamente com um ofício ao GTEP/DAB/SAS/MS, solicitando a habilitação do CdeR para uma das modalidades de CnaR, realizar o cadastro no CNES e vincular-se a uma UBS, caso ainda não tenha sido feito e, em seguida, o DAB publicará uma portaria de credenciamento, após avaliação, garantindo repasse mensal do incentivo de custeio na competência do mês subsequente ao cadastramento dos profissionais no CNES.

A portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012 define os critérios para o caso de municípios com população de 100 a 300 mil habitantes. Nesse caso, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos censitários.

Além do texto da política propriamente dito, alguns outros documentos diretivos são elaborados para nortear o processo de implementação e implantação desse dispositivo, como o Plano Operativo de Ações para saúde da População em situação de Rua, elaborado pelo MS e pela Comissão Intergestores Tripartite, que define estratégias e diretrizes que orientem o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS (BRASIL, 2012c). Outro instrumento elaborado com intuito de reforçar a dimensão “cidadã” da política recebeu o nome de “Saúde da População em situação de Rua: um direito humano” com objetivo de combater o preconceito em relação a essa população no SUS e garantir seu acesso aos serviços de saúde com atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2014:5). No que se refere mais especificamente ao debate conceitual do dispositivo como forma de apoiar essas equipes na organização do seu processo de trabalho, com vistas à qualificação da implantação do CnaR, elaborou-se o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a população em situação de rua (BRASIL, 2012b).

Essa publicação pretende orientar as equipes, trazendo as diretrizes que guiam os sentidos do trabalho, como intersetorialidade, não somente do dispositivo CnaR com as equipes de SF, como também os outros níveis de atenção, assim como os com os demais equipamentos sociais do território. Destaca, ainda, a importância das práticas políticas e terapêuticas estarem ancoradas nos atributos essenciais da atenção primária à saúde como acolhimento, acesso e vínculo, possibilitados pela escuta atenta e qualificada. O diagnóstico situacional do território também é trazido como questão central para que o desenvolvimento do trabalho — locais de maior concentração de pessoas, faixa etária, comorbidades mais prevalentes, violência,

coexistência de transtorno mental, prostituição, uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012b).

Outro sentido destacado nesse manual se refere à noção de singularidade do sujeito, que pode ser entendido como bagagem, ou por “aspectos subjetivos que contribuem para construção da identidade do sujeito, sua historicidade e o lugar que ocupa na sociedade, enfim, o contexto de vida.” (BRASIL, 2012b:36). A redução de danos, enquanto estratégia de cuidado é o último ponto abordado pelo manual. Como o uso abusivo de álcool e outras drogas acomete parte significativa das pessoas em situação de rua nas grandes cidades, adota-se um conjunto de medidas que possam minimizar as consequências desse uso abusivo prejudicial de álcool e outras drogas (GONDIM, 2018).

1.5 Uso de substâncias psicoativas na sociedade contemporânea e a redução de danos

Para maior compreensão da relação do ser humano com as substâncias psicoativas é necessário entender a historicidade desta relação nos âmbitos social, econômico, político e cultural. Nesse sentido, assim como existe transformação da sociedade ao longo do tempo, as formas de consumir drogas também vão se modificando. Seu caráter milenar guarda relação com o conhecimento e utilização de plantas e substratos de origens vegetal e animal para produzir alterações no estado de consciência (GOMES; VECCHIA, 2016).

O uso de substâncias com o intuito de alterar a consciência é um fenômeno intrínseco à história humana, presente em quase todas as civilizações. Há registros do uso medicinal do ópio por povos asiáticos datados de 8000 anos A.C. No decorrer da história, muitas outras substâncias foram sintetizadas, descobertas ou tiveram seu uso, que antes era restrito a culturas particulares, utilizada por outros povos, como a cocaína. Comumente utilizada na América do Sul em sua forma natural, a folha de coca é utilizada para amenizar os males causados pela altitude. Pode-se citar também os derivados da *Cannabis sativa* (canabinóides), como a maconha e o haxixe, provenientes da Ásia Central. O consumo de álcool etílico, socialmente aceito e presente em diversas culturas há milênios, perpassa a história do homem. Com o incremento da tecnologia, novas substâncias foram sintetizadas, como o ácido lisérgico (LSD) e as anfetaminas, no século XX (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Observando a história da convivência com essas substâncias, temos exemplos das relações sociais e dos diferentes impactos que seu uso dessas gera nas populações. Os indivíduos souberam conviver com o uso de drogas nos seus mais variáveis níveis de relação comunitária de forma harmônica, seja por motivos místicos, terapêuticos, de prazer ou lúdicos

(PAES, 2008, p.74); todavia, convivências consideradas como desarmônicas aparecem na década de 80, em registros como o do movimento internacional, liderado pelos EUA, denominado “guerra às drogas”, em que se adota o modelo de repressão ao uso, tendo adesão inclusive no Brasil.

A primeira Conferência Internacional do Ópio, ocorrida em Haia no ano de 1912, é considerada um marco fundador da ordem proibicionista internacional; contudo, seu plano de ação foi abandonado no período entreguerras. Somente em 1961 os EUA e a ONU aprovam a Convenção Única sobre Entorpecentes, estabelecendo as bases para o paradigma vigente. O objetivo dessa Convenção é colocar em vigor a aplicação de duras sanções penais a quem comercializa substâncias psicoativas. Essa abordagem tem caráter prioritário à redução da oferta, incentivando assim a escassez dos produtos, associado à veiculação de informações pautadas no amedrontamento e no apelo moral de slogans tais como “Diga Não às Drogas” (FONSECA, 2012).

Fiore (2012) acredita que ainda que não seja possível atribuir o aumento do consumo de drogas ilegais somente à proibição, deve-se admitir que ela falhou fortemente em seus objetivos, seja de erradicá-lo, seja de contê-lo. Para o autor, há grande equívoco em acreditar que um fenômeno de tamanha complexidade possa ser contido por um marco regulatório tão simplório que divide drogas entre permitidas e proibidas.

O autor acrescenta, ainda, que as ciências sociais trazem importante contribuição no que se identifica como controles sociais informais. Quando o Estado traz para si questões que não caberiam a ele — tais como a definição de quais drogas são ilícitas e quais são permitidas —, ignora a diversidade dessas substâncias e a existência de controles sociais informais, como regras, convenções e tabus inerentes a dinâmica do indivíduo *versus* sociedade. Essas dinâmicas de controle social carregam princípios morais e, portanto, não podem ser vistos em generalidade como positivos ou negativos. O autor acredita que deveria caber ao Estado a regulação da produção e do comércio dessas substâncias, a difusão de informações, o atendimento e atenção quando necessários e, principalmente, a difusão e a promoção de princípios civilizatórios consensuais, como liberdade, dignidade e solidariedade. Acrescenta, ainda, que se não olharmos com responsabilidade necessária os contextos que se relacionam com o consumo de drogas, incluindo o uso problemático, sem pensar em formas inteligentes e realistas de regulação que envolvam a prevenção e o cuidado, cairemos no mesmo simplismo do paradigma proibicionista que já está comprovado que não funciona (FIORE, 2013).

Nesse sentido, as pessoas que fazem uso de drogas são compreendidas sob duas perspectivas: a moral/criminal e a da doença. O processo de estigmatização em virtude destas

duas únicas perspectivas cria barreiras para a inclusão social e também para o próprio cuidado, ao passo que o rótulo atrelado a essas pessoas, dificulta, por exemplo, o acesso às instituições de saúde (ALVES, 2009).

Passos e Souza (2011) retomam Deleuze (1988, 1996 *apud* PASSOS; SOUZA, 2011) e Foucault (1993 *apud* PASSOS; SOUZA, 2011) para elucidar que a escolha da abstinência como opção do Estado tem relação com a justiça, com a psiquiatria e com a moral religiosa, estando a saúde submetida à concepção desses três campos.

As pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas são vistos ora ligados ao campo da psiquiatria — quando são considerados dependentes químicos —, ora como infratores da lei, ora são vistos como pecadores. Assim, suas possibilidades se resumem à internação em manicômios, encarceramento na prisão, ou “ir para o inferno”, que é para onde se acredita que vão os pecadores, após sua morte, segundo a moral cristã (PASSOS; SOUZA, 2011).

Em linhas gerais, a psiquiatria tradicional, a justiça, e grande parte das religiões enxergam a abstinência como a única possibilidade de salvação, e assim contribuem para a exclusão e a marginalização de quem faz uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas, que vivem como foragidos e são taxados de “loucos”, criminosos e pecadores, agravando consideravelmente as consequências desse uso (PASSOS; SOUZA, 2011).

No que se refere mais especificamente à população em situação de rua, geralmente, os fatores que os levam a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas são os mesmos que os fizeram ir para as ruas. Fatores estes relacionados às dificuldades de afirmação no mercado de trabalho e experiências desestruturantes de vida, como a violência familiar, trabalho infantil, abandono e prisão. Segundo Varanda (2009), existe a interpretação equivocada de que essas pessoas foram para as ruas por conta do vício; porém, na maioria dos casos, ocorre exatamente o contrário: as pessoas passam a fazer uso abusivo como forma de sobrevivência, justamente por estarem em situação de rua.

1.6 A Redução de Danos na atenção básica: o papel do consultório na rua

O Programa Nacional de Atenção Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi implementado pelo Ministério da Saúde em reconhecimento à problemática do uso prejudicial de substâncias, apresentando como proposta à ampliação do acesso ao tratamento como direito, instituindo abordagem centrada na Redução de Danos (RD).

A estratégia teve início no Reino Unido em 1926, com respaldo do Relatório Rolleston, recomendando aos médicos a prescrição de heroína e morfina para pessoas que não reuniam

condições de interromper o uso, sendo o primeiro registro da indicação oficial de uma prática de RD. A administração dessas drogas era monitorada com dosagens prescritas legalmente pelos médicos responsáveis, visando possibilitar uma vida mais estável e produtiva (FONSECA, 2012); no entanto, somente a partir da década de 1980 a RD passou a ser considerada como estratégia a ser adotada em sistemas de atenção à saúde. Sua viabilidade foi comprovada pelas inovações e importantes resultados obtidos, inicialmente na prevenção e controle da epidemia de AIDS, que acometia principalmente os usuários de drogas injetáveis (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2015).

Cabe destacar o protagonismo dos *junkie bonds* na Holanda durante o processo de implantação dos programas — entidades auto-organizadas pelos próprios usuários que ofereciam serviços de troca de seringas e informações à comunidade-alvo. Os programas foram sendo progressivamente aprimorados com a prescrição monitorada de drogas injetáveis como heroína e cocaína com qualidade e dosagem controlada para indivíduos altamente dependentes, associado à inclusão no trabalho e moradia, e tratamento para a dependência com vistas à desintoxicação (QUEIROZ, 2001).

A RD além de ser atraente do ponto de vista humano no que se refere ao cuidado, é também menos custosa e mais eficiente quando comparada às abordagens tradicionais, tornando-se um movimento internacional (QUEIROZ, 2001). Em alguns programas de RD são ofertados serviços de informação e aconselhamento não só para o usuário, mas também para a família e cônjuges, além de grupos de ajuda mútua, assumindo uma dimensão de caráter comunitário. Campanhas de vacinação contra as Hepatites A e B e ações de informação sobre direitos à saúde estão previstas para serem realizadas junto a pessoas em situação de vulnerabilidade, como pessoas trans, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua e homens que fazem sexo com outros homens, além dos usuários de drogas injetáveis (FONSECA, 2016).

Em meio ao movimento de “guerra às drogas”, também na década de 1980 houve a primeira tentativa de implantar o Programa de Troca de Seringas (PTS) no Brasil, em 1989, inicialmente na cidade de Santos e em seguida no Rio de Janeiro e Salvador, como estratégia de RD inspirado nos países da Europa que já realizavam essa prática, devido aos altos índices de transmissão de HIV e sua associação com o uso de drogas injetáveis. A proposta de trocar seringas usadas por novas (estéreis) foi interpretada como estímulo ao consumo de drogas, tendo sido embargada judicialmente pelo Ministério Público do Estado de São Paulo. No Brasil, somente em 1995 foi efetivado o PTS, em Salvador, por meio de uma parceria entre o Centro de Estudos e Tratamento em Atenção ao Uso de Drogas (CETAD), a Escola de Medicina e a

Universidade Federal da Bahia, apoiados pelos governos estadual e municipal (ELIAS; BASTOS, 2011, p. 427).

Em meados da década de 1990, o Brasil incluiu a redução de danos como estratégia de saúde pública. Em 1997 surge a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), e em 1998 surge a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) (FONSECA, 2012).

No ano de 2003 o Ministério da Saúde reconhece as experiências exitosas em redução de danos e incorpora seu conceito na Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD). Essa Política preconiza ações preventivas e de redução de danos, bem como a interlocução das iniciativas de RD com os serviços do SUS, principalmente com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de atenção básica à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O documento reforça que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado. A redução de danos está vinculada à direção do tratamento e entende que tratar significa aumentar o grau de liberdade e de corresponsabilidade, valorizando a autonomia daquele sujeito que está se tratando. “Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.10).

Conte (2004) defende a não obrigatoriedade de abstinência, inclusive para casos severos de uso abusivo, pela possibilidade de estabelecer vínculo terapêutico baseado na confiança e no respeito, produzindo, assim, uma ressignificação do uso prejudicial da substância psicoativa, benefícios essenciais para a população em situação de rua, uma vez que se trata de indivíduos historicamente estigmatizados, desassistidos e excluídos.

Talvez o grande diferencial dessa prática seja colocar em pauta a singularidade dos sujeitos e seus direitos enquanto cidadão. Os programas de Redução de Danos trabalham considerando questões éticas e humanitárias, preconizando promoção da saúde e os direitos humanos (COELHO; SOARES, 2014). A promoção da saúde, por sua vez, ancora-se no protagonismo dos atores sociais em sua qualidade de vida e saúde, trazendo um contraponto à medicalização da assistência, visando à autonomia e emancipação dos sujeitos. A ideia é que indivíduos e grupos sejam capazes de constituir meios para identificar seus desejos e necessidades e, a partir deles, possam modificar favoravelmente suas condições de vida, saúde e trabalho. Esse conceito foi trazido pela Carta de Ottawa, proveniente da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986 (COELHO; SOARES, 2014).

A RD tenta romper então com o abandono e a discriminação de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, que apresentam insucesso no que se refere à impossibilidade de abstinência imediata, ou que ainda não se veem em condições de aderir a um tratamento (COELHO; SOARES, 2014). A aposta que se faz é de colocar o usuário como sujeito de direitos, trazendo à tona a responsabilidade individual e penal, a liberdade de escolha, autonomia, o autocuidado e a pluralidade terapêutica como elementos fundamentais da conquista de direitos humanos e de cidadania. Busca-se qualificar a interlocução entre saúde, justiça, esporte, lazer, cultura e trabalho, para que seja possível atuar sobre os fatores (ou a falta deles) que predispõem ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, podendo intervir de forma ativa, incluindo a dinâmica social tanto no auxílio às pessoas que vivem problemas quanto nas ações preventivas. As práticas de prevenção propostas pela RD abrangem a adoção de medidas prévias ao surgimento e/ou agravamento da situação, a fim de eliminar ou diminuir a probabilidade de ocorrência de danos individuais e coletivos (NARDI; RIGONI, 2009).

Nardi e Rigoni (2009) destacam que apesar da indiscutível consolidação da RD como estratégia de cuidado, ancorada na produção de aportes teóricos e na divulgação de inovações no âmbito técnico-assistencial e de gestão, enfrenta-se ainda grande dificuldade na transferência de conhecimento e/ou aprendizagem em políticas públicas, uma vez que existem recursos escassos para sua elaboração. É importante caracterizar os programas de RD levando em conta a situação política de implementação, o financiamento, seu histórico, relações de trabalho envolvidas, contexto legal, atividades desenvolvidas, parcerias, distribuição geográfica, entre outros. A seguir, serão apresentados alguns dos autores que serão utilizados para problematizar o cuidado em saúde, para além da redução de danos.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

2.1 Descrevendo meu universo de análise

Para responder à pergunta da pesquisa *Como cuidado em saúde aparece nas publicações referentes ao programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – pela literatura brasileira?*, foi realizada uma pesquisa com abordagem quantitativa, utilizando-se como estratégia metodológica a revisão integrativa que se encontra detalhada a seguir.

Um estudo de revisão utiliza a literatura sobre determinado tema como fonte de dados. Esse tipo de pesquisa disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a um tema específico ou à estratégia de intervenção, obtidas por meio da aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada. Isso significa dizer que a revisão vai depender necessariamente da qualidade da fonte primária acessada. A utilização da revisão integrativa como metodologia de pesquisa é particularmente útil para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada estratégia de cuidado/intervenção, para analisar políticas, ou estudos que fizeram análises de políticas que podem apresentar resultados conflitantes e ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam ser melhor explorados, auxiliando na orientação para investigações futuras e contribuindo para formulações de políticas públicas (SAMPAIO, MANCINI 2006). Assim, este método de pesquisa pressupõe a síntese de múltiplos estudos publicados acerca de determinada temática e possibilita reflexões e apontamentos a seu respeito (MENDES *et al.*, 2008).

O trabalho em questão foi elaborado a partir de uma perspectiva qualitativa do tipo exploratório-descritiva, da literatura nacional acerca do tema “cuidado em saúde”, prestado pelo dispositivo “consultório na rua”, utilizando como método a revisão bibliográfica integrativa e a pesquisa documental. A pesquisa qualitativa ancora-se em questões únicas, difíceis de ser quantificadas, por tratar do universo dos significados, desejos, crenças, valores e atitudes (GOMES, 2013). A elaboração de um trabalho a partir dessa metodologia traz elementos da realidade humana, sendo, portanto, destituída de neutralidade na condição de pesquisa, pois apresenta a relação do pesquisador com o contexto temático, ou seja, entre o real, a realidade que ele conhece e suas questões como sujeito da pesquisa (MINAYO, 1999).

Para a elaboração da revisão em questão, foi definido o objetivo específico juntamente com as questões de investigação, para posteriormente realizar a busca visando identificar e

coletar o maior número de pesquisas relevantes a seu estudo e que estivessem adequadas aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (MENDES *et al.*, 2008).

Os artigos foram avaliados por meio de leitura criteriosa de seus títulos e resumos, para selecionar aqueles que seriam incluídos e os que seriam excluídos, resultando assim em determinado número de artigos trabalhados ao final da revisão. Esses achados foram então analisados posteriormente de forma não sistemática, prosseguindo assim para a discussão dos dados, sintetizações e conclusões a partir da reflexão suscitada pelos trabalhos incluídos. Becker (1994) acredita que, em se tratando de pesquisa qualitativa, os achados das pesquisas bibliográficas de trabalhos já publicados contribuem na medida em que possibilita que o pesquisador relacione seus dados de análise com os achados de outros estudos.

O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de fevereiro a março de 2019, utilizando para a busca algumas palavras-chave, também conhecidas como descritores. A combinação destes descritores se deu a partir do cruzamento de pares, utilizando o operador booleano AND que permite que apareça apenas os artigos que contenham todas as palavras chaves digitadas entre aspas e dentro de parênteses (“ ”) restringindo assim a amplitude da busca por meio da delimitação de proximidade conforme descrito na tabela, a seguir.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos completos e disponíveis na íntegra, em língua portuguesa, inseridos nas bases de dados nacionais e abordagem quantitativa e qualitativa, que tratavam do cuidado em saúde da PSR. Para os critérios de exclusão, textos em outra língua que não o português; publicações anteriores a 2012 em decorrência da alteração do nome do programa Consultório de Rua para Consultório na Rua, e posteriores a 2018, em função do ano de 2019 ainda estar em curso; editoriais; textos incompletos ou indisponíveis, assim como teses e dissertações, devido ao curto tempo em que uma dissertação de mestrado é produzida e por ter menor alcance e circulação na utilização prática de quem efetivamente produz cuidado no cotidiano dos serviços. A busca foi restrita a artigos em português, em função do interesse pela temática do CnaR, por se tratar de um dispositivo nacional. Ainda que existam experiências parecidas em outros países, são realidades muito diferentes da nossa e pouco contribuiriam para discutir o cuidado prestado por esse dispositivo no Brasil. Um segundo levantamento bibliográfico foi realizado no site do Ministério da Saúde, a fim de identificar diretrizes normativas — leis, decretos, portarias e cartilhas — que pautam a operacionalização do cuidado em saúde da População em Situação de Rua e do CnaR. Por fim, foi realizada uma busca no portal brasileiro de publicações científicas em acesso aberto do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), no mesmo período do

levantamento dos artigos, com os mesmos descritores, utilizando os mesmos critérios de inclusão e exclusão dos artigos para identificar os que se adequavam ao escopo deste estudo.

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

Considerando leis e portarias referentes à política do CnaR, a análise se deu a partir de uma leitura aprofundada desse material, a fim de confrontar os pressupostos da política com os achados dos artigos selecionados pela pesquisa bibliográfica, associados à memória experimentada no campo vivencial, extraindo, assim, categorias para a realização de uma análise descritivo-reflexiva a partir da contextualização local da experiência, destacando os estigmas e preconceitos oriundos da vivência na rua e os dilemas que se colocam às práticas interprofissionais para produção de cuidado.

O percurso desse trabalho segue, portanto, a direção de alguns autores que afirmam que é preciso ir além do que é descrito, realizando uma espécie de “decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas” (GOMES, 2013, p.80). A análise do conteúdo foi realizada então com o objetivo de obter conhecimento relativos à temática (GOMES, 2013), por meio de descrição e interpretação dos achados. A interpretação do que foi encontrado é uma etapa que ocorre após a análise, onde se busca encontrar o sentido das ações, a fim de chegar a uma explicação razoável para determinado fenômeno (GOMES, 2013).

Assim, este estudo buscou identificar como as possibilidades de cuidado ofertadas pelas equipes de CnaR vem sendo tratadas na literatura científica. Quais os pontos de contato entre as diferentes experiências; quais os impactos para a produção de cuidado, e quais lacunas foram identificadas. Diante da carência de informações e produções acadêmicas sobre essas equipes que são recentes, do ponto de vista histórico, acredita-se que a pesquisa em questão trará subsídios para que se tome contato com o que vem sendo produzido e aponte caminhos para qualificação do cuidado em saúde produzido por essas equipes.

Como fontes de pesquisa, foram consultados artigos científicos atuais sobre a temática. A busca foi realizada na página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne as principais bases de dados como Scielo, Pubmed, Scopus, Lilacs. Foram utilizados os seguintes descritores: cuidado OR "cuidado em saúde" OR "atenção primária a saúde" OR "atenção básica" OR acolhimento OR vínculo OR "estratégia de saúde da família" OR "consultório a céu aberto") AND ("consultório na rua" OR "vulnerabilidade social" OR "população de rua" OR "pessoa em situação de rua" OR "sem moradia" OR "sem teto" OR "morador de rua" OR "população

marginalizada" OR "pessoas sem lar" OR "pessoas sem abrigo" OR "populações vulneráveis"), Optou-se pela busca ampla, por se tratar de um dispositivo recente. Foram encontrados 450 trabalhos em português na busca inicial; desses, apenas 87 abordavam a população em situação de rua como tema principal. Dos 87 trabalhos selecionados, 63 eram artigos. Descartamos então 24 trabalhos que não cumpriam o primeiro critério de inclusão. Fazendo uma leitura criteriosa dos seus títulos e resumos, foram descartados 47 deles, por estarem incompletos, duplicados ou não se adequarem aos objetivos do estudo e critérios de inclusão pré-definidos anteriormente, e que serão detalhados a seguir, restando para análise 16 artigos. Realizou-se a leitura de todo o material encontrado, de modo a avaliar a sua adequação aos critérios de inclusão.

Na busca realizada no portal brasileiro de publicações científicas em acesso aberto com os mesmos descritores, foram encontradas 1348 publicações em português, dessas sendo 355 artigos. Dentre os artigos selecionados, 70 abordavam especificamente como tema pessoas em situação de rua. Desses 70, foi feita a leitura criteriosa dos títulos e resumos e, após essa leitura, 42 artigos foram eliminados por não se relacionarem ao objetivo do estudo, restando 28 selecionados pelos critérios de inclusão; porém, excluindo os que já apareciam na primeira busca e os que apareciam duplicados ou incompletos, restaram apenas 4 novos artigos que se somaram ao escopo do estudo para análise.

2.2 Etapas

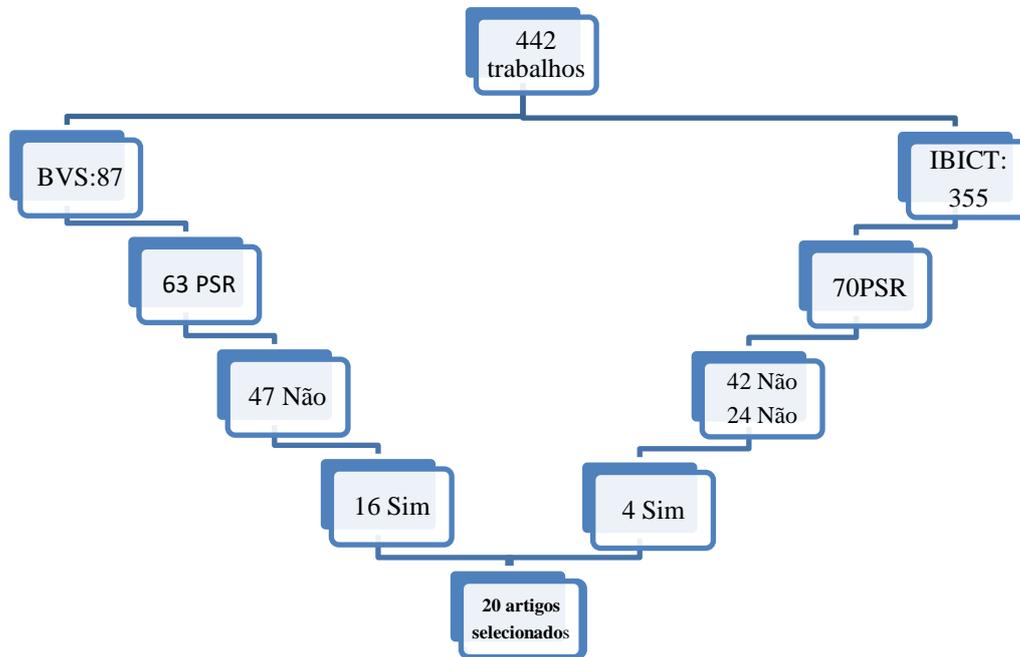
Em um primeiro momento, houve a escolha do tema “Produção de cuidado em saúde desenvolvida pelo dispositivo ‘consultório na rua’”. Na sequência, elencamos as perguntas que direcionaram nosso olhar na pesquisa como: quais os elementos essenciais que estão presentes nas práticas de cuidado à População em Situação de Rua, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, e a escolha das palavras-chave e descritores em saúde. Na segunda etapa, foram estabelecidos os locais que ocorreram as buscas e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Na terceira etapa, a partir de leitura criteriosa, foram estabelecidos pontos de convergência e divergência entre os estudos, emergindo eixos temáticos para análise. Na quarta etapa apresento a análise desses dados e a discussão dos resultados.

2.3 Cenário, amostra e critérios de inclusão e exclusão

A busca dos estudos compreendeu o período de 2012 a 2018. Optou-se em utilizar somente artigos científicos, objetivando-se como critério de exclusão publicações que estivessem no formato de teses, dissertações e outros materiais que estivessem nas bases. A seleção dos artigos foi realizada em dois momentos: utilizando-se critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente, foram incluídos artigos publicados entre 2012 a 2018 que estivessem disponíveis *online* (acesso aberto) e em versão completa, apenas em português e que abordassem produção de cuidado (selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos dos estudos). Os critérios de exclusão foram: práticas de cuidado vinculadas exclusivamente à abordagem da Saúde Mental e/ou Atenção Hospitalar, assim como artigos que utilizassem as práticas do dispositivo “consultório de rua”; artigos que abordassem práticas de cuidado realizado por outros atores que não o dispositivo consultório na rua; artigos que não estivessem em conformidade com os objetivos do estudo, além dos duplicados, repetidos ou em mais de uma base de dados. Depois da primeira exclusão, os artigos foram retomados na íntegra, e após a leitura do material, foram excluídos os que, pelos motivos destacados acima, não se encaixavam nos objetivos do estudo. Para o corpo da análise, foram selecionados então 20 artigos científicos que discutem práticas de atenção à saúde de pessoas em situação de rua realizadas pelo dispositivo consultório na rua.

A seguir, é apresentado pelo Fluxograma (Figura 2) o processo de seleção dos artigos, cuja busca foi realizada em duas bases de dados: BVS e IBICT.

Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pela autora

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Coleta e organização dos dados

Os artigos em versão impressa foram inseridos em uma tabela, a fim de organizar e dar visibilidade aos dados e informações referentes a cada um deles. Entre as produções encontradas, foram selecionados 20 artigos científicos que passaram pelo crivo dos critérios de inclusão e exclusão, baseados na temática “produção de cuidado em saúde à População em Situação de Rua”. Estes artigos foram apresentados na Tabela 1 a seguir, contendo as características de publicação (ano, periódico, autores, título, cidade e delineamento do estudo).

Tabela 1 – Distribuição dos artigos científicos, segundo título, autores, ano, base, tema, delineamento do estudo e cidade, entre 2012 e 2018.

TÍTULO	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	BASE	METODOLOGIA	TEMA	CIDADE
Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde	Hino; Santos, Oliveira; Silva.	2018	MEDLINE	Revisão integrativa da literatura	Produção de cuidado em saúde	São Paulo
A implantação do Consultório na Rua na Perspectiva do cuidado em saúde	Candido; Vago; Koopmans; <i>et al.</i>	2018	MEDLINE	Relato de experiência.	Implantação do CnaR	Rio de Janeiro
Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto	Santos; Ceccim,	2018	LILACS	Cartografia do trabalho	Atendimento, escuta, cuidado e tratamento	Porto Alegre
Habitar invisível: produção de vida e cuidado na experiência urbana	Silva, Diogo; Belloc,	2018	LILACS	Relato de experiência	Encontro com o outro. Trabalho vivo em ato.	Porto Alegre
Por um devir bicicleta no apoio à rede de saúde	Londero, Francis; Paulon, Mainieri.	2018	LILACS	A pesquisa-intervenção cartográfica	Problematiza o cuidado a luz do biopoder	Porto Alegre
Atuação da Terapia Ocupacional no Consultório na Rua	Prodócimo	2018	Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional	Abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas	Estratégias de cuidado para além de ações preventivas e curativas	São Paulo
Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão	Silva, Albuquerque	2018	Cadernos de Saúde Coletiva	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. entrevistas semiestruturadas	Acesso e cuidado na saúde bucal	Recife

Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil.	Borysow; Conil; Furtado, <i>et al.</i>	2017	MEDLINE	Estudo múltiplo de casos que tem a comparação como recurso analítico	Experiências exitosas em saúde	São Paulo
O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal	Araújo; Santos; Tavares, <i>et al.</i>	2017	BDEF	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	Cuidado no pré-natal	Maceió
Ressignificando vidas: reflexões acerca da construção do cuidado em saúde do consultório na Rua	Silva	2017	Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional	Pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, com levantamento bibliográfico e pesquisa documental, que inclui o uso do diário de campo com registros.	Importância do vínculo para o cuidado; valorização do saber do usuário	Rio de Janeiro
Redução de Danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro	Machado, Simas	2017	Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional	Relato de experiência	Redução de danos como estratégia de cuidado	Rio de Janeiro
Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no consultório na rua	Kami; Larocca,; Chaves, Nolasco;	2016	MEDLINE	Pesquisa qualitativa e exploratória; entrevistas com roteiros semiestruturados	Processo de trabalho	Curitiba
Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua	Alecrim; Mitano; Reis <i>et al.</i>	2016	MEDLINE	Pesquisa qualitativa, roteiro de entrevista semiestruturada	Cuidado em TB	São Paulo
Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	Engstrom; Teixeira,	2016	LILACS	Análise qualitativa das práticas de uma eCnaR referencial, atributos essenciais da APS.	Práticas de cuidado como atributo essencial da APS	Rio de Janeiro
Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social	Ferreira; Rozendom; Melo,	2016	LILACS	Pesquisa de abordagem qualitativa, a coleta de dados com entrevista semiestruturada	Potencialidades e desafios do trabalho do CnaR	Maceió
Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua	Tilio	2016	Index Psicologia – (Periódicos técnico-científicos)	Estudo qualitativo, exploratório e transversal; dados coletados por meio de entrevistas;	Fortalecimento do CnaR	Uberaba
Consultório na Rua: visibilidades,	Hallais; Barros	2015	MEDLINE	Observação participante	Qualificação do cuidado	Campinas

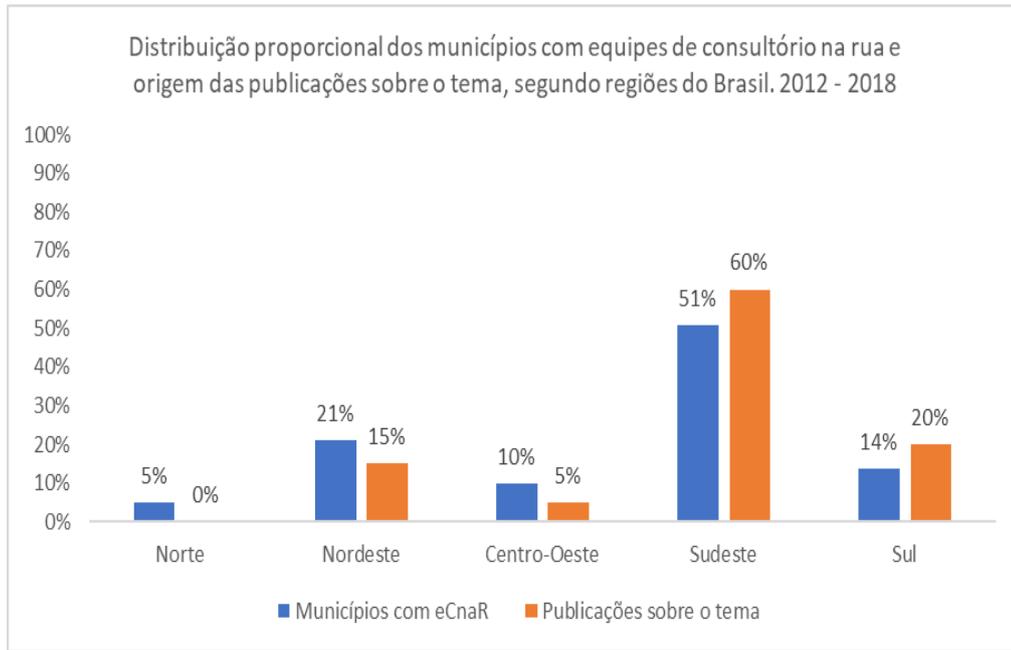
invisibilidades e hipervisibilidade						
Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas	Lima; Santos; Seidl, Fleury.	2015	LILACS	Abordagem qualitativa; aplicação de roteiros semiestruturados de entrevista; análise de conteúdo.	Redução de danos como estratégia de cuidado	Goiânia
O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro	Matraca; Araújo Cremonini; et al	2015	LILACS	Relato de experiência	Palhaçaria promovendo cuidado	Rio de Janeiro
Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua	Macerata; Soares; Neves; Ramos.	2014	LILACS	Relato de experiência	Apoio como ferramenta de gestão e cuidado;	Rio de Janeiro

Fonte: Elaborado pela autora

Essa categorização facilitou o agrupamento dos estudos que apresentavam características em comum, permitindo assim a construção de eixos temáticos. Por meio da análise da revisão bibliográfica sobre os aspectos relacionados ao cuidado em saúde das pessoas em situação de rua, foram identificados três eixos temáticos desenvolvidos a seguir, quais sejam: (1) Redução de danos como estratégia preferencial de cuidado; (2) Cuidado representado por controle de doenças e agravos à saúde; (3) Encontro com o outro, trabalho vivo em ato.

Em relação a essas publicações nacionais que apresentam experiências de cuidado produzidas pelo dispositivo consultório na rua, divididas por regiões do Brasil, percebe-se que 60% das publicações são da região Sudeste, provenientes dos estados de São Paulo (São Paulo e Campinas), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) e Minas Gerais (Uberaba). Na região do Nordeste do país constataram-se três publicações (15%), com os estados do Alagoas (Maceió) e Pernambuco (Recife); da região Sul, quatro publicações (20%), com os estados do Rio Grande do Sul (Porto Alegre) e do Paraná (Curitiba), e a região Centro-Oeste, com 5% das produções, representado pelo estado de Goiás (Goiânia).

Figura 3 – Distribuição proporcional de município com equipes de consultório na rua e origem das publicações sobre o tema, segundo regiões do Brasil entre 2012-2018.



Fonte: Elaborado pela autora

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES, 2018), existem 41 municípios com eCnaR na região Sudeste; 17 municípios na região Nordeste; 11 na região Sul; 8 na região Centro-Oeste e 4 municípios na Região Norte. Esses números podem nos fornecer um panorama da distribuição das publicações encontradas. A região Sudeste, além de apresentar o maior número de equipes implantadas, e por isso maior capilaridade que pode gerar maior interesse pelo tema, comporta também o maior número de Universidades e Instituições de Ensino quando comparado a outras regiões do país. Nota-se que o maior número de produções acadêmicas está concentrado entre 2016 e 2018 (80%), acompanhando o tempo necessário para que a efetivação da política se colocasse em prática e permitisse as primeiras publicações.

O crescimento do número de eCnaR implantadas, assim como quantitativo de municípios que implantaram o programa, pode estar relacionado com algumas estratégias de apoio à implementação realizadas pelo Ministério da Saúde ao longo dos últimos anos. Foram realizadas oficinas de qualificação das equipes e de sensibilização para gestores dos municípios elegíveis para a implantação, seminários para discussão dos temas relacionados à saúde da população em situação de rua, além da publicação de materiais de apoio e a realização de um curso para auxiliar os profissionais na prática cotidiana do cuidado a essas pessoas. O desenvolvimento de atividades de monitoramento da implantação das eCnaR pactuadas por meio do Programa “Crack é possível vencer” e o aumento do financiamento federal também configuraram como estratégias de apoio à implementação.

O programa “Crack, é possível vencer” foi criado em 2013 com o objetivo de ampliar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de álcool e outras drogas, elevar as ações de prevenção ao uso e enfrentar as organizações relacionadas ao tráfico de drogas ilícitas. Inicialmente coordenado pela Casa Civil da Presidência da República da época, em parceria com os Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, o programa foi estruturado em três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. O eixo prevenção inclui atividades nas comunidades, nas escolas e de interlocução com a população. O eixo cuidado compreende a ampliação e a qualificação da rede de atenção à saúde voltada aos usuários, incluindo a implantação de equipes de Consultório na Rua. No eixo autoridade, o foco é a realização de policiamento ostensivo nos pontos de uso de drogas nas cidades, a revitalização desses espaços e a integração de inteligência e cooperação entre Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais. Na figura abaixo reunimos as atividades desenvolvidas ano a ano para apoiar a implantação das equipes selecionadas durante a pesquisa documental:

Tabela 2 – Estratégias de apoio à implantação e implementação do Consultório na Rua

ANO	Estratégia de Apoio à Implantação do Consultório na Rua
2012	Publicação das Portarias nº 122 e 123 Publicação do Manual para o Cuidado junto à População em Situação de Rua.
2013	Lançamento do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (34); Realização do Seminário Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica e Consultórios na Rua (com a participação de mais de 500 gestores de municípios acima de 200 mil habitantes); Criação de um espaço virtual para compartilhamento de experiências exitosas pelo DAB-Comunidade de Práticas; Realização de seminários sobre o uso de Álcool e Drogas e outros promovidos pelas áreas técnicas de Tuberculose e HIV/AIDS do Ministério da Saúde; Monitoramento dos municípios que pactuaram implantação de eCR mediante adesão ao Programa “Crack é possível vencer”, por meio do preenchimento de formulários específicos, contato telefônico e por <i>e-mail</i> .
2014	Publicação da Portaria n. 1.238, de 6 de junho de 2014, que redefiniu o valor do incentivo para as eCnaR; Realização de seminários sobre o uso de Álcool e Outras Drogas e outros promovidos pelas áreas técnicas de Tuberculose e HIV/AIDS do Ministério da Saúde; Continuidade do monitoramento dos municípios que pactuaram implantação de eCR mediante adesão ao Programa “Crack é possível vencer”, por meio do preenchimento de formulários específicos, contato telefônico e por <i>e-mail</i> ; Publicação de: “As Diretrizes, Metodologias e Dispositivos de População de Rua/eCR/RJ” Construído pela Equipe Pop Rua 2012/2013 & Grupo de Pesquisa) pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense

2015 a 2019	Formação de 380 profissionais pela conclusão do curso “Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nos Consultórios na Rua”, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); sendo duas edições nacionais concluídas entre 2014 e 2016 e uma edição em andamento.
-------------	---

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre a distribuição dos artigos quanto ao eixo temático, todos estão ligados à área de Saúde Pública, ainda que alguns artigos tenham sido publicados em revistas da área de Terapia Ocupacional, Psicologia e de Enfermagem. Em relação à opção metodológica, 20 artigos são qualitativos (100%). Em relação ao desenho, doze (60%) são pesquisas de variados desenhos (estudo de caso, sistematização de experiências) com uso de entrevistas e/ou Grupo Focal e/ou diário de campo e/ou observação participante; cinco deles (25%) apresentam relatos de experiências; dois deles (10%) se propõe a fazer uma discussão ou reflexão teórica sobre a temática; um artigo (5%) do tipo revisão sistemática.

Figura 4 – Escolhas e técnicas metodológicas utilizadas nas publicações sobre o tema entre 2012-2018.



Fonte: Elaborado pela autora

Os estudos encontrados apresentam um conjunto diversificado de enfoques/recomendações para a formulação de políticas públicas, intervenções positivas para os usuários e condutas profissionais favoráveis e desfavoráveis relacionadas ao cuidado como forma de

fortalecer a atenção primária à saúde. Problematizam algumas formas de produção de cuidado, destacando vantagens e desvantagens, dessas escolhas. Apontam lacunas e limitações de seus estudos para dar subsídios a publicações futuras.

A partir da leitura cuidadosa do corpus dos artigos, analisando seus resultados e discussões, ficou evidente que a construção do vínculo é uma potente ferramenta de cuidado junto a PSR, assim como outros atributos essenciais da APS destacados nos artigos, como acesso e integralidade do cuidado. Optou-se não separar os artigos em tabelas de análise por eixo, uma vez que as reflexões trazidas por eles se encaixam em mais de um eixo temático.

O eixo que chamamos de *Redução de danos como estratégia preferencial de cuidado* traz os artigos que abordam a redução de danos como principal estratégia de cuidado. Apenas dois artigos dos selecionados dedicaram sua produção exclusivamente a essa temática; no entanto, esse é um tema que atravessa todas as publicações destacadas aqui. Nesse sentido, seu destaque se justifica por ter sido citado como estratégia prioritária de cuidado em todos os artigos, ainda que não fosse o tema central da discussão proposta.

Em seguida trazemos o *Cuidado representado por doenças e/ou agravos à saúde*, representado pelos artigos que abordam o cuidado utilizando doenças ou agravos específicos como, por exemplo, a tuberculose ou acompanhamento de gestantes em situação e rua. A articulação entre eles utiliza-se da discussão sobre processo de trabalho e práticas de cuidado como atributo essencial da APS, considerando abordagem, articulação da rede de saúde intersetorial, potencialidades e desafios do trabalho para fortalecimento do dispositivo CnaR.

Por fim, temos o eixo enunciado como *Encontro com o outro, trabalho vivo em ato*, agrupando os artigos que abordam o cuidado de forma menos protocolizada e mais emancipadora, lançando mão do resgate de tecnologias leves como proposto por Merhy para produção do cuidado por meio do encontro com o outro. Propõe reflexões sobre acolhimento, escuta qualificada, abordagem territorial destacadas nos artigos.

Os elementos identificados nesses artigos científicos podem colaborar para a construção e fortalecimento de políticas públicas, além de servir para que se reflita sobre a forma como o cuidado vem sendo produzido no cotidiano dos serviços. Os delineamentos metodológicos estruturados trouxeram para esta revisão elementos reais que consolidam as práticas de cuidado, assim como identifica formatos de produção de cuidado que precisam ser repensados ou qualificados para que estejam em consonância com o que se almeja alcançar como política pública.

3.2 Notas sobre os desafios do Cuidado em Saúde em situações precárias

Para Pires (2000), trabalho em saúde é

[...] um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES 2000, p.85).

A autora também aponta que atualmente o trabalho em saúde, em linhas gerais, ocorre de forma coletiva, porém compartimentalizada. Ou seja, cada grupo profissional se organiza e presta a parte da assistência que lhe cabe separada dos demais, duplicando esforços, aumentando tensões, muitas vezes tomando medidas e condutas contraditórias (PIRES, 2000).

Para Campos (1997), o trabalho em saúde sofre forte influência da linha taylorista. O autor aponta como principais problemas em saúde pública no Brasil a fragmentação do cuidado, linhas de intervenção que não fazem articulação com os sistemas de informação, e a burocracia. Segundo o autor, os entraves se acentuam nas duas propostas de cuidado adotadas atualmente: a do cuidado generalista e aquele baseado na especialização. Os resultados do modelo médico-centrado, baseado em profissionais especialistas, gera um olhar reducionista sobre os problemas de saúde e eleva consideravelmente os custos para o cuidado. Os tratamentos se tornaram cada vez mais duradouros e exaustivos, envolvendo muitos profissionais especialistas, aumentando o sofrimento e promovendo a perda da visão integral do sujeito que necessita de cuidados em saúde.

Como forma de romper um pouco com essa lógica, a Estratégia de Saúde da Família, que funciona como porta de entrada para o sistema de saúde, preconiza que seja realizado um conjunto de ações integradas direcionadas ao indivíduo, família e comunidade adstrita num determinado território com a finalidade de promover a saúde, prevenir doenças, ofertar tratamento e reabilitação de acordo com necessidades coletivas e individuais. A base para o desenvolvimento dessas práticas está pautada no trabalho de equipes multiprofissionais norteadas por um projeto assistencial comum (SOUZA, 2014).

Após essa tentativa de reorganização do sistema não se investiu, entretanto, em políticas que produzissem outro significado às práticas de saúde na atenção especializada dos hospitais que operam na lógica hegemônica e de organização do trabalho em saúde. Os valores provenientes do modelo médico-hegemônico são predominantes nessa sociedade, uma vez que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS, interferindo na possibilidade de sua consolidação efetiva (FEUERWERKER, 2005).

Cabe destacar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais na ESF, por si só, não garante a ruptura com o modelo médico-centrado. Para tanto, há de se pensar diariamente no agir desses profissionais e numa nova lógica de se produzir o cuidado em saúde, lançando mão de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2007).

O cuidado em saúde vem se tornando um tema muito estudado inclusive no campo da gestão em saúde, por diversos autores, que habitualmente se dedicavam mais especificamente às políticas de saúde, sistemas de saúde, planejamento em saúde e organização e gestão das redes e serviços, por considerarem peça chave para qualificação do cuidado que vem sendo ofertado.

Melo e Mattos (2018) definem cuidado em saúde como prática social, sem atrelar a palavra “cuidado” à noção de valor. Para os autores, a expressão *práticas de cuidado* guarda relação com determinados arranjos e práticas sociais, que são modificadas ao longo do tempo e podem ser consideradas boas ou ruins, a depender dos valores que sustentamos. As práticas de cuidado não se limitam àquelas efetuadas pelos profissionais de saúde, dentro dos serviços. Esses encontros se conectam, se prolongam e se desdobram em outras ações cuidadoras na vida social, incluindo outros agentes, como é o caso das prescrições/recomendações sobre mudança de hábitos, que repercutem no dia a dia dessas pessoas, para além dos serviços de saúde. Nesse sentido, não se pode perder de vista os efeitos da atuação dos profissionais e os impactos dos modos de prestação de cuidado sobre as vidas das pessoas.

A gestão do cuidado em saúde é entendida por Cecílio (2011, p.589) como o “provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.”.

Essa afirmação tensiona o senso comum de que as decisões dos profissionais de saúde devem derivar somente de protocolos constituídos com base na melhor evidência científica. Esses protocolos não consideram as singularidades dos sujeitos no momento de sua elaboração, tampouco na sua utilização. Outro aspecto importante nesse modo de compreender a gestão do cuidado diz respeito à evidenciação dos valores que orientam suas práticas, quais sejam, autonomia, segurança, bem-estar e felicidade. Nesse sentido, espera-se para além de trabalhar para que não haja omissões e negligência; evitar, ainda, iatrogenias clínicas, incluindo práticas que ameaçam o bem-estar e estabelecem tutelas abusivas, dificultam a autonomia e comprometem a possibilidade de uma vida mais feliz (MELO; MATTOS, 2018).

Cecílio (2009) compreende a gestão do cuidado de forma bem abrangente, por diferentes dimensões: a individual (relativa ao cuidado em si); a organizacional; a sistêmica; e a societária, reconhecendo assim que a gestão do cuidado perpassa pelo cuidado que cada um de nós tem consigo, passando por familiares, amigos e vizinhos, chegando, finalmente, aos cuidados prestados pelos profissionais e pelas equipes de saúde, proposto pelos gestores responsáveis pelos serviços e sistemas de saúde. Para Melo e Matos (2018), a gestão do cuidado deve considerar o agenciamento de recursos, saberes, sujeitos e processos necessários para produção de vidas mais felizes.

Outrossim, esses autores destacam que existem lógicas que orientam as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais que organizam os serviços de saúde, baseados nos seguintes elementos: a doença em si; o risco de adoecer; a pessoa em sofrimento ou adoecida; e a pessoas em sua potência de vida (MELO; MATTOS, 2018).

O modo tradicional de cuidar que trata mais a doença do que o sujeito, sem levar em conta o contexto de vida e a subjetividade das pessoas, tem sido alvo recorrente de críticas. Campos (2003) busca superar essa perspectiva reducionista comum nas práticas cotidianas em saúde, quando propõe o conceito de *clínica ampliada*, a fim de construir uma forma de cuidado que seja integral.

Cabe ressaltar que o que vem sendo denominado aqui como *cuidado* a priori não tem caráter bom ou ruim. São consideradas todas as práticas operadas nos cotidianos dos serviços, por sujeitos que afetam e são afetados, onde há conexão e mistura entre saberes, desejos, prioridades, relação de poder, controle, afeto, raiva, pena, culpabilização dos sujeitos e muitas outras trocas.

O rearranjo proposto pela gestão do cuidado na Atenção Básica envolve o uso técnico adequado no que diz respeito ao conhecimento das doenças, de suas formas diagnósticas, e às técnicas terapêuticas que se pretendem mais adequadas, com base em estudos epidemiológicos, elaboração de protocolos, diretrizes e de medicina baseada em evidência. Busca-se também ampliar a clínica de modo que sejam considerados, de fato, os sofrimentos, as subjetividades, os contextos, as particularidades e modos de vida dos sujeitos. Além disso, envolve ainda o manejo do conhecimento adquirido sobre riscos e estilos de vida, assim como o sofrimento causado em decorrência das ofertas de mudança de vida pelos profissionais (MELO; MATTOS, 2018).

As políticas de saúde pública, no Brasil, têm sido propostas com base em metodologias de planejamento em saúde ancoradas em problemas prevalentes, que conformam seu desenho e matriz de implantação. Por se tratar de um país extremamente desigual, a ESF tem sido

privilegiadamente implantada nos territórios brasileiros mais precarizados, onde vivem as populações mais desfavorecidas, já que, em função disso, estas apresentam os piores indicadores de qualidade de vida e saúde. Cada dispositivo opera de diferentes formas a depender do estrato social em que se localiza, o que no contexto social brasileiro se traduz em recortes tanto econômicos como étnico-raciais, dada a vinculação entre pobreza e raça/cor, refletida nos territórios mais vulneráveis que apresentam maior concentração de pretos e pardos (GONDIM, 2018).

A vinculação da pobreza a desigualdades raciais está retratada em vários recortes quais sejam: educação, saúde, habitação, emprego, renda, entre outros. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica (IPEA, 2005), de 53 milhões de brasileiros que viviam na pobreza, 63% são negros. Dos 22 milhões de brasileiros que viviam abaixo da linha da pobreza, 70% são negros (Domingues, 2005, p.165). Se levarmos em consideração que cor/raça é autodeclarada no Brasil — ou seja, as pessoas são perguntadas sobre sua cor de acordo com as seguintes opções: branca, preta, parda indígena ou amarela, e respondem de acordo com sua percepção influenciada pela política de branqueamento em curso desde o colonialismo —, esse número tende a ser ainda maior do que aquele revelado pelas pesquisas.

Existem tensões e contradições nas dimensões do campo da saúde coletiva que podem ser exemplificadas em termos de delimitação, abrangência, cobertura, racionalidade diferenciada da saúde pública e privada, seus desenhos e distribuição; do padrão de formação profissional, especialmente das escolas médicas voltadas para uma medicina liberal individual; na potência da participação social, além de outras dimensões que compõem esse campo contraditório, onde as noções de direito e inclusão convivem com as noções de diferenciação e discriminação (GONDIM, 2018).

A expansão da ESF nas últimas décadas criou um vasto campo de experimentações sociais. Nesse amplo território de práticas, convivem posturas conservadoras que reproduzem práticas de cuidado hegemônicas, médico-centradas e medicalizadoras, juntamente com posturas inovadoras que pretendem novas formas de praticar cuidado por meio de experimentação e produção de novas práticas, que apostam na capacidade reflexiva dos sujeitos que compõe as equipes.

Merhy (2007) reafirma que os atuais arranjos tecnológicos são responsáveis por oferecer novos rumos para os atos produtivos em saúde e estão no campo do “trabalho vivo”. Para tanto, faz-se necessária a reestruturação produtiva que provoque mudança substancial nas configurações dos processos de trabalho em saúde, alterando a composição da força de trabalho

para que se possibilitem novos produtos. Essa mudança está no campo das “tecnologias não-equipamentos”, denominadas pelo autor como tecnologias “leves” e “leve-duras”.

O autor destaca também a existência das tecnologias duras, que são aquelas representadas por aparelhos, máquinas e exames como tomógrafo, estetoscópio, ultrassonografia e todos esses que compõe uma caixa de ferramentas tecnológicas. Já as tecnologias leve-duras podem ser exemplificadas como algo que foi aprendido por meio de estudo, como a clínica médica e epidemiologia. Sem o ator pensante, não se fecha um diagnóstico, nem há reflexão sobre qual conduta optar. Por último e não menos importante temos as tecnologias leves que são da ordem da relação entre trabalhador e usuário, e só se torna concreta no ato (MERHY, 2007).

O uso de tecnologias leves tem sido muito utilizado para desenvolvimento de estratégias criativas para produção de cuidado afetivo em perspectiva de clínica artesanal e cartográfica (LANCETTI, 2008). Experiências exitosas dessa produção de cuidado são encontradas em maior número no campo da saúde mental, da redução de danos, da reabilitação e, especialmente, nas equipes de consultório na rua (MELO; MATTOS, 2018).

O que pude observar, enquanto residente e trabalhadora do SUS no cotidiano dos serviços, foi a enorme precarização do trabalho, a falta de mediação de conflitos, os sentimentos de insegurança e medo gerados por vínculos empregatícios inconsistentes e desvalorização profissional. Os profissionais estão inseridos em uma lógica de mercado que avalia o trabalho a partir da quantificação, em detrimento de realizar as ações de prevenção e promoção da saúde no território em questão. Assim, a sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF, associada ao seu entendimento acerca das metas estabelecidas pela SMS, a cobrança para seu cumprimento e a falta de uma rede de saúde articulada, gera uma sensação de impotência. Isso causa estresse e frustração nos profissionais, afetando assim todo o processo de trabalho e as relações que nele se estabelecem e faz com que se perca a potência do uso das tecnologias leves.

3.3 O desafio do cuidado em saúde prestado à população em situação de rua

O embate entre as vulnerabilidades características de quem vive nessa situação e a insuficiência dos recursos obtidos por meio da rede de serviços de saúde, prestados tanto por grupos organizados da sociedade civil, ou por grupos patrocinados pelo poder público, são indicadores de que a situação da saúde das pessoas em situação de rua não mudou de maneira significativa nos últimos anos (VIEIRA e col., 1994; CASTELVECCHI, 1985).

As reflexões de José Ricardo Ayres a respeito do conceito de vulnerabilidade guarda relação com a garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos. O conceito emerge do surgimento da epidemia de AIDS nos anos 1990 e dialoga com superação do preconceito inspirado na culpabilização individual que acompanhava a focalização nos comportamentos de risco uma vez que esses grupos de risco foram identificados. O autor defende a ideia de que é necessário pensar em ações de saúde de forma coletiva, tendo em vista um conjunto de relações sociais e o que se precisa modificar nas relações raciais, relações de gênero, relações entre cidadãos para termos uma sociedade mais justa. O autor compreende o conceito de vulnerabilidade como dinâmico, não cristalizado. Considera fundamental o saber popular e a participação daqueles que vivem os problemas no cotidiano, não apenas dos técnicos e cientistas, podendo ser compreendido por “situações sistemáticas de desrespeito que levam a maior exposição a danos à saúde e, em sentido inverso, o reconhecimento recíproco entre os sujeitos como capacidade de resposta social diante dos agravos de saúde” (AYRES, 2018).

Estar em situação de rua também significa desenvolver estratégias de compensação para lidar com as perdas, aprender a utilizar outros recursos e novas formas de organização que ressignifiquem a relação estabelecida com a cidade e com a sociedade. Esse outro modo de vinculação ao contexto urbano de forma precária e deficiente é o que os tornam visíveis. Eles podem ser observados em grupos sob viadutos e calçadas, muito marcados pela solidão, além de serem identificados por carência de afeto e cuidado. Não são notados por quem passa, e quem nota, na maioria das vezes, sente medo ou desprezo. Essa concepção de descarte social aproxima essas pessoas do lixo urbano. Há grande proximidade entre o recolhimento do lixo urbano e a "remoção" de pessoas para espaços "coletivos", com prestação de serviços assistenciais que comportam centenas de pessoas de forma insalubre (VARANDA; ADORNO, 2004).

A insuficiência de políticas públicas que dialoguem com o processo de exclusão e vulnerabilidades não significa somente falta de vontade ou incapacidade do estado em lidar com o problema da população em situação de rua, mas funciona como penalização do indivíduo pela condição em que ele se encontra (VARANDA; ADORNO, 2004).

Como já foi dito anteriormente, há diferentes formas de lidar com questões tão subjetivas quanto o sentido de saúde. O ‘estar na rua’ pode produzir uma certa resignação em relação às condições de saúde, sendo o serviço de saúde acionado nos casos de extrema necessidade - sintomas agravados, ou acumulação de vários quadros/sintomas, ou reincidência de doenças mal tratadas ou não curadas. As doenças mais comuns são tuberculose, dermatoses

e doenças sexualmente transmissíveis. Após se instalar, o quadro tende a agravar-se lentamente, em função da debilidade física e baixa imunidade associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas (GREGIS, 2002).

As pessoas em situação de rua dependem fortemente de sua energia física para se locomover, fugir da violência das ruas vivida quotidianamente, para busca de alimentos e para a realização de “pequenos bicos” que promovem seu sustento. A perda de vínculos familiares e amorosos, entre outros, são fatores que interferem na percepção do adoecer, no cuidado, assim como na procura e no acesso a serviços adequados. Sentir-se doente, “a leitura dos sinais da doença” e a percepção de corpo um saudável, é um fenômeno que se apresenta de forma muito particular e varia muito de acordo com a percepção individual. Para aqueles que se valem do trabalho informal para sobreviver, os sinais de doença podem ser constantemente contidos ou minimizados por questões de necessidade e sobrevivência (BERLINGUER, 1988).

Entre outros fatores relacionados ao uso de drogas, pode-se destacar o frio, a compensação do estresse ocasionado pela vida na rua e da degradação dessa situação, e até mesmo para a sociabilização com outras pessoas na mesma situação, por questões de sobrevivência e segurança. De acordo com o autor,

Alguém que precisa carregar uma carroça pesada cheia de sucata, revirar latões de lixo em frente a outras pessoas, competir com carros e motos por espaço e tem essa como a única alternativa de sustento está mais suscetível a usar álcool e drogas como forma de suportar e enfrentar essas situações. (VARANDA, 2009).

Ainda de acordo com Varanda (2009), a causa é multifatorial. Em alguns casos, o principal problema é o uso da substância psicoativa, mas em sua maioria, não. O autor defende a ideia de que se estas pessoas tivessem melhores oportunidades de trabalho e acesso a condições de sobrevivência mais humanas, possivelmente não fariam uso prejudicial dessas substâncias. Sua aposta é pautada nas várias situações, acompanhadas por ele, em que não houve nenhuma intervenção diretamente relacionada à saúde, mas sim relacionadas às condições de vida dessas pessoas, e essas foram suficientes para elas deixarem de fazer o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

3.4 Redução de danos como estratégia preferencial de cuidado

A condição de estar em situação de rua e fazer uso abusivo e/ou prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas pode ou não estar associada entre si; porém, ambos são produtores de estigma tanto para a PSR e quanto para os usuários de álcool, *crack* e outras drogas de

determinada classe social. Fonseca (2012) ressalta que apenas em 2003 a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAID) ampliou a abordagem da temática para o âmbito da saúde pública e o SUS começou a se estruturar para o atendimento desses sujeitos, buscando formas alternativas para o cuidado, ancorados pela lei 10.216 (MS, 2002). A política propõe práticas alinhadas com as premissas da Reforma Psiquiátrica e utiliza a Redução de Danos (RD) como estratégia principal de acesso e ação junto às populações em situação de vulnerabilidade.

A Pesquisa Nacional Sobre o Uso do *Crack* (BASTOS, 2014) revelou que quase metade dos usuários de crack e/ou similares relata ter trocado sexo por drogas e/ou dinheiro nos 30 dias anteriores à pesquisa, como forma de obter meios para financiar a droga para consumo próprio, na maioria das vezes sem uso de preservativo. A pesquisa revelou ainda que mais de 70% dos usuários referiram ter feito uso de drogas compartilhando apetrechos para utilização do *crack* e/ou similares nos 30 dias anteriores à pesquisa. Verificou-se que cerca de 40% dos usuários de *crack* encontrados nas cenas de uso nos centros urbanos encontra-se em situação de rua. A PAID prevê que, para ter a eficácia que se pretende, ela deve ser operada de maneira a promover a ampliação do acesso ao usuário, mediada pela RD, criando pontos de referência para o cuidado, viabilizando o acolhimento aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas nos equipamentos de saúde. Nesse sentido, a distribuição de insumos aos usuários pelas equipes de CnaR — como preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau e canudos para inalação de cocaína —, em suas ações territoriais, caracterizam-se como estratégia de Redução de Danos (RD) e são um meio potente de produzir acesso ao cuidado em saúde e também utilizados como forma de aproximação e abordagem inicial nos territórios.

A entrega dos insumos de RD deve ser acompanhada por ações de educação em saúde que dialoguem com a prevenção de doenças como tuberculose (TB), HIV, sífilis e Hepatite C, que possuem maior prevalência entre a PSR que faz uso de *crack* (BASTOS, 2014). A Redução de Danos (RD) não é um conceito de consenso na literatura ou entre os profissionais técnicos que a operacionalizam. Andrade (2004) reconhece o conceito como um conjunto de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou aumentadas pelo uso/abuso de álcool e outras drogas sem necessariamente requerer, para tanto, a redução ou fim do consumo de tais substâncias.

Para o autor, as ações devem ser orientadas por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. A RD é pragmática por ter como principal objetivo a preservação da vida das pessoas expostas a infecções durante o consumo de drogas seguida pela alteração de consciência propiciados pelo uso, e que não desejam, ou se desejam não conseguem,

abandonar o seu consumo, utilizando-se dos recursos habitualmente disponíveis, que normalmente operam na ordem da abstinência (ANDRADE, 2004).

Ao distribuir preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau e canudos para uso de cocaína, as equipes de CnaR garantem o princípio do pragmatismo proposto pelo autor prevenindo o surgimento de algumas infecções como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente no que se refere à prática de sexo inseguro e ao compartilhamento de apetrechos para uso de drogas.

A tolerância consiste no respeito aos usuários de drogas por parte dos profissionais de saúde pelo direito às suas escolhas individuais (ANDRADE, 2004). Tive a oportunidade de participar da abordagem juntamente com eCnaR em algumas cenas de uso que ocorreram sempre de maneira cuidadosa e respeitosa, em que os profissionais de saúde identificavam-se, ofertando possibilidades de cuidado, sem observar qualquer menção ou repressão ao uso da droga. Essa abordagem é baseada na construção de vínculo anterior, adquirido por meio do estabelecimento de relação de confiança. Foi possível observar ainda que grande parte dos usuários interrompia o uso espontaneamente durante a chegada dos profissionais de saúde e afirmavam fazê-lo “em sinal de respeito”.

No que se refere princípio da diversidade, Andrade (2004) aponta que consiste nas práticas diversas de RD em função das múltiplas possibilidades de atuação junto aos usuários, de acordo com recursos técnicos possíveis e disponíveis. Depende, ainda, das diferentes formas de abordagem de acordo com a categoria profissional e capacitação técnica e sensibilidade individual, assim como do uso variado de drogas por parte dessas populações, que prevê abordagens diferentes de acordo com cada uma.

3.5 Como a Redução de Danos aparece na literatura destacada

Os principais achados relacionados à redução de danos nos artigos explorados trazem a RD como principal estratégia inovadora e norteadora do cuidado que se pretende de forma integral.

Um estudo realizado Uberaba com a população em situação de rua atendida pelo CnaR em 2014 identificou os motivos que levam essas pessoas a viver nas ruas relacionando seu contexto de vida com o tempo em que se encontra em situação de rua, descrevendo o tipo de substância psicoativa utilizada e número de interações relacionadas ao uso de drogas. Cada participante revelou uma trajetória que o levou à situação de rua; no entanto, três motivações foram elencadas como principais para os entrevistados: problemas familiares (desavenças com

esposas, mães, pais, padrastos) foram os principais motivadores para abandonarem suas casas (TÍLIO; OLIVEIRA, 2016).

De acordo com os resultados apresentados, por esse estudo, o envolvimento dessas pessoas com o uso prejudicial ou a dependência de substâncias psicoativas — lícitas ou ilícitas — muitas vezes é adotada como estratégia para suportar a situação de rua e a exclusão social (TÍLIO; OLIVEIRA 2016). Nesse sentido, se torna evidente a necessidade de repensar e questionar argumentos advindos tanto do senso comum quanto de gestores e profissionais de saúde que tratam o assunto a partir de uma única perspectiva: o da proibição e a abstinência do uso dessas substâncias.

Assim como a ineficácia de ações truculentas, como a internação compulsória para o cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, a aposta do autor é de que não há necessidade de alteração das políticas públicas já existentes para essa população, e sim o cumprimento integral do estabelecido para o CnaR que ancora seus pressupostos na política de redução de danos, a fim de melhor qualificar os profissionais que operam o cuidado para que consigam fazer uma boa articulação com outros profissionais e serviços (TÍLIO; OLIVEIRA 2016).

Um estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado na favela de Manguinhos entre 2011 e 2013, considerando como arcabouço teórico os atributos essenciais da APS, sistematizando as concepções de cuidado previstas na PNAB, revela a percepção das autoras ao analisar as práticas de saúde realizadas pela equipe de CnaR. Essa análise aponta a redução de danos como estratégia norteadora do cuidado, propondo um novo paradigma ético, clínico e político (PASSOS; SOUZA; 2011). Em suma, uma estratégia do MS que oferta cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo os prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas, já que o cuidado deixou de ser pautado na abstinência como o único caminho a ser seguido (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

As autoras acreditam que a instituição do cuidado com qualidade, em consonância com os atributos da APS organizado a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do ordenamento da APS, seja uma alternativa efetiva a essa população historicamente marginalizada, que sofre sucessivas violações de direitos em meio ao recolhimento e à internação involuntária, dos usuários de *crack* e das pessoas em situação de rua, que dialoguem com as políticas públicas inclusivas, como a de Promoção da Saúde (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Considerando essa lógica de cuidado, a atenção às pessoas em situação de rua e usuários de álcool, *crack* e outras drogas tem como objetivo não apenas o controle sobre sua

sintomatologia, mas o exercício de cidadania e o apoio social, conforme definido por Valla (1998), como um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Outro estudo realizado na zona norte do município do Rio de Janeiro entre 2012 e 2013 teve como objetivo apresentar e discutir outras possibilidades para abordagem e cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas em cenas de uso, por meio da análise da prática dos profissionais. Nesse sentido, identificou-se que a entrega de insumos para redução de danos à saúde das pessoas que faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas, como preservativos, gel lubrificante, manteiga de cacau e canudos de silicone para uso da cocaína inalada, mediava a aproximação dos profissionais da equipe (MACHADO; SIMAS, 2017).

As ações desenvolvidas *in loco* pelas equipes de CnaR apresentam grande complexidade no que se refere ao trabalho realizado nas cenas de uso e demandam sensibilidade, disponibilidade e postura destituída de julgamento e preconceito. A abordagem da PSR se configura como parte essencial do trabalho e encontra algumas barreiras, já que muitos usuários são resistentes à aproximação de desconhecidos em um primeiro momento (SIMAS; CRUZ, 2015). Para tanto, se faz necessário ouvir atentamente suas demandas e compreender as necessidades de cada usuário para que seja possível a construção do vínculo, posto que esse se constitui como essencial para a produção do cuidado. Após a presença frequente da equipe, em determinada cena de uso, começou a haver recusa dos insumos por parte dos usuários com a alegação de já terem os itens de redução de danos em quantidade suficiente para seu consumo.

A partir desta recusa, os profissionais, responsáveis por esse estudo propuseram aos demais membros da equipe de CnaR que a aproximação aos usuários fosse mediada pela oferta de materiais para experimentações estético-artísticas. A aposta consistiu em utilizar este recurso enquanto tecnologia sociocultural produtora de vínculo e como possibilidade de insumos visando a produção de cuidado. Apesar do estranhamento de alguns profissionais, acrescentou-se à bagagem de insumos de RD cartolinas, tintas, pincéis, giz de cera, canetinhas, lápis de cor, violão, pandeiro e chocalho com excelente aceitação pelos usuários (MACHADO; SIMAS, 2017).

Os resultados relacionados ao cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade apontam que é fundamental que se tenha um ambiente no território para a prática de um cotidiano ocupacional que possa ser terapêutico e funcione como projeto de existência social, ou seja, o território deve promover ações diárias, nas quais se possibilite uma comunidade “ocupada”, atuante e viva. Não se trata apenas da ocupação como norma moral,

mas como envolvimento social de encontro, troca, de atividades lúdicas, de esporte, de trabalho e de aprendizagem de habilidades (SILVA *et al.*, 2014, p.151).

Um estudo de Albuquerque (2014), realizado junto à população em situação de rua no município de Campinas, acompanhou profissionais do CnaR em suas atividades e teve como proposta a investigação das práticas de cuidado desses profissionais, por meio de observação participante e conversas do cotidiano. Nesse estudo, identificou-se que esse CnaR também utiliza a perspectiva de redução de danos para efetuar o cuidado de modo itinerante, e inclui fatores de vulnerabilidade nas intervenções propostas pela equipe. Albuquerque concluiu em sua pesquisa que a oferta de insumos de redução de danos pode ser um aliado para facilitar o acesso e construir vínculo entre profissionais e usuários. Para o pesquisador, o modo de aproximação, quando se dá por meio de conversas informais, demonstra empatia a partir do momento em que se considera as histórias individuais e os fatores de vulnerabilidade dessas pessoas. Tais práticas permitem a distribuição de insumos e acaba funcionando de maneira eficaz para acessar os usuários e incluí-los no processo de cuidado em saúde de forma integral, privilegiando a produção de vínculo.

A naturalização do estigma reforça as classificações que acabam por produzir rotulações distorcidas da realidade, facilmente introjetadas nos sujeitos e aceitas sem nenhuma cautela ou debate. A grande mídia tem papel fundamental nesse processo, apresentado as pessoas em situação de rua como um grande problema urbano. Não raro, esse grupo de pessoas é associado às chamadas “cracolândias”, conhecidas como um espaço degradante das grandes cidades brasileiras. O reforço dessa perspectiva inviabiliza a condição de maior vulnerabilidade, fazendo com que as pessoas em situação de rua sejam identificadas como causadoras de insegurança e violência urbana, o que interfere no reconhecimento desses indivíduos como sujeitos detentores de direitos (HALLAIS; BARROS, 2018).

Em total desacordo com os achados da literatura nacional e internacional, o Ministério da Saúde vem apresentando modificações nas políticas tanto de atenção básica quanto na Política de Saúde Mental entre 2017 e 2018, após *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. A nota técnica N° 11/2019, recém-aprovada, prevê entre outros pontos, a internação compulsória em hospitais psiquiátricos, financiamento para máquinas de eletrochoques, possibilidade de internação de crianças e adolescente, abstinência como a principal estratégia para o cuidado de usuário de álcool e outras drogas, e financiamento público para comunidades terapêuticas que possuem cunho essencialmente religioso. Essa medida desconsidera experiências exitosas descritas na literatura que coloca o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial existente, integrado com ações da assistência social, educação e saúde como estratégia mais

eficaz. A abstinência como única opção de tratamento desconsidera a singularidade dos sujeitos e seus contextos de vulnerabilidade.

A proposta das Comunidades Terapêuticas no Brasil foi incorporada pelo Ministério da Saúde na “Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, e regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela RDC 101/2001, dando forma e conteúdo oficial ao modelo que se propunha diferenciado de tratamento (BRASIL, 2003; ANVISA, 2001).

Entretanto, as CT vêm sofrendo severas críticas ao longo da última década, após receber denúncias oriundas de fiscalizações, como a realizada em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que se deparou com incontáveis práticas desumanas e iatrogênicas, que em muito se assemelhavam às práticas dos primeiros Hospitais Psiquiátricos, combatidos pelo movimento primitivo da Reforma Psiquiátrica, assim como pelo Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil (CFP, 2011).

As Comunidades Terapêuticas (CT) são instituições que funcionam por meio de recursos públicos e privados e que se atribui a missão de “proporcionar ao ser humano oportunidades para viver com dignidade, livre dos transtornos decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas”. Para tanto, utiliza-se da metodologia dos “Doze passos”, comum a muitas comunidades anônimas, e muitas delas não possuem profissionais de saúde no seu corpo técnico. No espaço, de maneira geral, não há uso de medicamentos, apenas a administração de remédios receitados por médicos particulares dos que recebem o tratamento (RUI, 2012).

O cenário político atual que está colocado é bem preocupante, promete incerteza e retrocessos, tanto no que diz respeito à manutenção e fomento de políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, quanto no que se refere ao incentivo à pesquisa em todas as áreas, em virtude do afrouxamento do Estado, com priorização do fator econômico sobre o social. Vivemos a ascensão de pautas conservadoras e autoritárias com apelo religioso que pouco dialogam com o pequeno avanço conquistado nos últimos anos e com o que entendemos por produção de cuidado. Assim, resta aos profissionais de saúde e outros setores da sociedade desenvolverem sua capacidade de resistência e resiliência com a esperança de avançar e nos fortalecer por meio de mudanças produzidas pela micropolítica.

3.6 Cuidado representado por controle de doenças e agravos à saúde

Nesse eixo abordaremos o cuidado do ponto de vista mais normativo, que é como aparece em vários dos artigos destacados. Os temas extraídos para ilustrar esse cuidado que

segue diretrizes protocolares são: organização do processo de trabalho das equipes para produção de cuidado; cuidado à pessoa com tuberculose em situação de rua; cuidado prestado durante o pré-natal; acesso à saúde bucal ou serviços específicos.

Nos serviços de saúde, a institucionalização e normatização do cuidado se limitam quase que exclusivamente à cura de doenças. São adotadas técnicas e práticas de saúde que dificilmente dialogam com especificidades da pessoa cuidada por, muitas vezes, não respeitar o contexto social, cultural e econômico no qual o indivíduo está inserido.

A fim de contemplar as especificidades dessas pessoas e/ou grupos específicos, o Ministério da Saúde tem elaborado programas e políticas destinados a grupos populacionais específicos, a exemplo de crianças e adolescentes, mulheres, homossexuais, idosos, pessoas em situação de rua, dentre outros. Outra estratégia adotada é a elaboração de manuais destinados a problemas de saúde predominantes na população em geral, com destaque para hipertensão, diabetes, tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis (IST) (SANTOS, 2017).

A literatura aponta que as condições e os modos de vida da população em situação de rua determinam o processo de saúde-doença e sua relação com o cuidado de forma diferenciada, apresentando especificidades. Verifica-se que esse grupo está mais suscetível a alguns agravos. Buscando investigar os significados e práticas associadas ao processo de saúde-doença de pessoas em situação de rua. Aguiar e Iriarte (2012) identificaram que os principais problemas de saúde desse grupo são: o uso abusivo de substâncias psicoativas; a infecção pelo HIV/AIDS; os transtornos mentais; e os problemas odontológicos, dermatológicos e gastrintestinais. A saúde foi associada à capacidade de resistir ao cotidiano de adversidades, enquanto a doença foi compreendida como um estado de debilidade que compromete a luta pela sobrevivência.

Em estudo realizado por Kami (2016) e colaboradores realizado por meio de entrevista com os profissionais e usuários do CnaR de Curitiba, visando compreender sua percepção sobre o cuidado prestado, verificou-se que o olhar do profissional é um olhar biologicizado do cuidado; que a maneira como se vive na rua contribui para o estado de saúde da PSR, e que a população em situação de rua vê suas necessidades de forma distinta desse profissional.

Esse mesmo trabalho apontou a necessidade de investimento em profissionais capacitados, com formação em Saúde Mental e Saúde Coletiva; a constante capacitação das equipes que atuam nos CnaR; e a necessidade de implementação de práticas que corroborem com a modificação de antigas práticas de saúde que incidam nos processos de qualificação da produção de cuidado (KAMI *et al.*, 2016).

Em pesquisa realizada na região central do município de São Paulo com profissionais do CnaR, visando conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa em

situação de rua com tuberculose, verificou-se que eles não dispunham de conhecimento prévio para realização desse cuidado, revelando a fragilidade dos profissionais de saúde em lidar com esse grupo populacional que vive em condições de precariedade, exclusão e invisibilidade social. Esse estudo reforça o que já havia sido destacado anteriormente: as ações de saúde do Estado e da sociedade civil, para esta população, geralmente ocorrem sob uma ótica assistencialista ou de políticas higienistas. Indica ainda que atuar nesse cenário desafiador, muitas vezes, pode não ser uma escolha profissional, mas uma eventualidade. O desafio em atuar em contextos angustiantes e encontrar-se com histórias de vida mais complexas exigem um exercício singular que passa pela construção e desconstrução de valores para que seja possível a efetuação do cuidado (ALECRIM; MITANO; REIS; ROOS; PALHA; PROTTIZANATTA, 2016).

A tuberculose é um grave problema de saúde pública que acomete especialmente populações vulnerabilizadas e compõe o rol do que chamamos de doenças negligenciadas, “aquelas que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países” (BRASIL, 2010).

Ainda que exista financiamento para pesquisas relacionadas às doenças negligenciadas, o conhecimento produzido não se reverte em avanços terapêuticos como, por exemplo, novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas, devido ao baixo interesse da indústria farmacêutica nessa temática, justificado pelo reduzido potencial de retorno lucrativo, uma vez que a população atingida é de baixa renda e presente, em sua maioria, nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Um dos grupos mais vulneráveis à TB tem sido o da população em situação de rua, em decorrência do contexto de vida, associado à pobreza extrema, baixa escolaridade, falta de emprego formal, falta de informação sobre a doença, coinfeção por HIV, ausência de residência fixa, baixa imunidade, imigração e do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2014). Por todos esses fatores, essa população tem entre 48 a 67 vezes mais chances de adoecer por TB quando comparada à população em geral, ficando evidente que esse grupo é o mais acometido pela doença (AGUIAR; ARIARTE, 2014).

Outro estudo realizado em Recife, com o objetivo de analisar as principais necessidades e dificuldades relativas ao cuidado de saúde bucal dessa população, verificou o baixo acesso ao atendimento clínico odontológico pela PSR. A adesão ao tratamento foi citada como dificuldade pelos cirurgiões-dentistas. Essa, entretanto, justificada pela autora, tanto em virtude do preconceito existente nas práticas dos profissionais de saúde como pelo acolhimento precário

na consulta odontológica, conforme denunciado pelos trabalhadores do CnaR e pessoas em situação de rua (SILVA, MONTEIRO, ARAUJO, 2018).

A habitual dificuldade no acesso aos serviços é um dos reflexos do processo de exclusão e “invisibilização” que marca o cotidiano da população em situação de rua. Como destacado por Starfield (2002), existe forte relação entre disparidades sociais e desigualdade nos acessos aos serviços de saúde. Para Starfield, o acesso é ordenado por fatores estruturais que associam posições socioeconômicas díspares a condições desiguais no acesso aos serviços e na condição de saúde das populações. O desafio, portanto, não se dá somente no cumprimento da universalidade e da equidade, mas principalmente investindo na qualidade da atenção oferecida.

O trabalho realizado em Alagoas por Araújo, Santos, Lúcio *et al.* (2017) buscou investigar como ocorrem os cuidados de enfermagem diante da condição de risco relacionada ao período gestacional no contexto de situação de vulnerabilidade social de rua, efetuada pelo CnaR. Os resultados demonstraram que as orientações prestadas no período gestacional, em meio à condição de risco, não são efetivas e requerem o envolvimento maior do(a) enfermeiro(a) que desempenha suas funções.

Na visão dos autores, os desfechos perinatais podem ser influenciados por determinantes sociais, econômicos e culturais. Nesse sentido, a atenção pré-natal visa a controlar os fatores de risco que podem trazer complicações à gestação, além de permitir a detecção e o tratamento oportuno dessas possíveis complicações, contribuindo assim para que o desfecho do binômio mãe/bebê seja favorável. Portanto, o número insuficiente de consultas pré-natal é considerado fator de risco para a mortalidade tanto materna quanto neonatal, e a falta de intervenção no momento apropriado da gravidez pode ocasionar o nascimento prematuro e outros desfechos ruins (ROCHA; SILVA, 2012).

Porém, o número de consultas pré-natal por si só, por maior que seja, não garante que a assistência seja adequada. O que influencia o desfecho positivo em maior grau é a qualidade das consultas realizadas, segundo os princípios de humanização propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH), de 2000, que prevê a escuta da gestante, esclarecimento de suas dúvidas, explicação dos motivos das condutas adotadas, desenvolvimento de atividades, não apenas assistenciais como também educativas, proporcionando respostas às indagações da mulher e informações necessárias sobre a gravidez, bem como a execução de procedimentos essenciais, como exames laboratoriais básicos, imunização e teste rápido anti-HIV (OLIVEIRA; GONÇALVES; CLARO, 2016).

Um artigo que buscou relatar a experiência da implantação do dispositivo de produção de cuidado em saúde à População em Situação de Rua no município do Rio de Janeiro verificou,

entre outros achados, muitos casos de abandono ao tratamento de doenças e agravos à saúde, trazendo questionamentos sobre a complexidade do processo saúde-doença e entendendo que os ‘habitantes das ruas’ necessitam de privacidade, dignidade e de reconhecimento enquanto cidadãos. Foi necessário então que essa eCnaR remodelasse seu processo de trabalho reconstruindo seus saberes, advindos da Atenção Básica tradicional ou da experiência na Estratégia de Saúde da Família, entendendo, por exemplo, que o acesso por meio da demanda espontânea atende melhor as particularidades dessa população, diferente do que é preconizado pela ESF (PAULA; DAHER; KOOPMANS *et al.*, 2018).

Apesar de toda a reflexão destacada acima, o artigo conclui que é necessário que as práticas realizadas pelos profissionais de saúde contribuam para aumentar a resolutividade e efetividade do cuidado, apresentando casos complexos e orientando suas práticas pela perspectiva mais comum ao campo da saúde, que pretende intervir e prescrever a vida dos cidadãos.

Assim, torna-se evidente que, ainda que os autores que coordenaram esses estudos tenham identificado e problematizado o que estão chamando de cuidado, suas conclusões e resultados são em grande parte baseados exclusivamente na conclusão ou abandono do tratamento de tuberculose, um desfecho positivo do acompanhamento de uma gestação, ou pelo fato de o usuário conseguir estar presente para consulta no horário agendado, ou ter acesso a determinado tratamento específico.

No entanto, quando identificamos a qualidade do cuidado prestado, apenas pensando em ser efetivo ou resolutivo, estamos propondo uma visão da produção do cuidado oposta ao que se pretende como cuidado integral. Se considerarmos somente a cura, adesão ao tratamento ou às consultas de pré-natal, como referência para o cuidado realizado, apagamos os sujeitos e suas histórias. A literatura é unânime em apontar que o cuidado precisa incorporar saberes, experiências e cultura das pessoas envolvidas nesse processo. Deve-se prezar pela autonomia e corresponsabilização dos sujeitos e o fortalecimento dessa relação só é possível se for construída gradualmente, baseada na construção de vínculo, confiança, acolhimento e escuta qualificada.

Essas reflexões nos permitem concluir que o cuidado em saúde, especialmente para os mais excluídos e marginalizados, precisa romper uma abordagem meramente biologicista para que possa apostar em encontros e ações transformadoras e emancipatórias.

3.7 Encontro com o outro, trabalho vivo em ato

Esse eixo temático buscou agrupar os artigos que propuseram um olhar mais profundo para a produção de cuidado e que se permitiram escapar da racionalidade biomédica, rompendo com os modelos da vigilância epidemiológica, da clínica psiquiátrica ou do consultório médico (LANCETTI 2006), lançando mão do que autores como Santos e Ceccim (2018) denominam como “consultório a céu aberto”. Sua principal característica é a abordagem de pessoas nos locais onde elas se encontram, como calçadas, praças, becos, vielas, terrenos baldios, “quebradas”, linha do trem, embaixo de pontes ou viadutos, entre outros, para produção do que muitos autores denominam “cuidado em ato”.

Os textos da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, assim como as normativas da Política Nacional de Saúde Mental, nos deixam pistas sobre as expectativas que as políticas públicas atuais depositam nestes trabalhadores itinerantes quando do início de suas práticas, ou seja, trabalhar sob a lógica territorial, tentar manter uma relação com essa população do território baseada no acolhimento, no vínculo e na corresponsabilização dos sujeitos, assim como ter uma postura de busca ativa frente aos problemas de saúde dos territórios em questão (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c, 2005a, 2007).

A noção de território se tornou princípio organizador dos processos de trabalho nas atuais políticas de Saúde Mental e Atenção Básica. Essas duas políticas possuem como desafio produzir e estimular práticas de cuidado pautadas por uma lógica territorial e, dessa forma, adaptar as ações de saúde para mais perto do “mundo do usuário” e de seus modos de encarar a vida com cuidado (LEMKE; SILVA 2010).

Os operadores conceituais que guiam a formulação de políticas com referência na Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária com vistas à produção de cuidado, são a desinstitucionalização e a integralidade. Desinstitucionalização, trazida pelos autores como recusa do isolamento do usuário como método terapêutico e integralidade como proposição de rompimento com as ações reducionistas, estimulando a mudanças profundas nas práticas de saúde que não se aproximem das reais necessidades dos usuários e não sejam contextualizadas aos seus modos de vida. (LEMKE; SILVA 2010).

Para Rotelli (2001) a desinstitucionalização pressupõe relação com o território, deslocando a intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas. A ideia desse deslocamento proposta pelo autor sugere rompimento do controle e normalização, contrapondo com proposição de projetos de vida e sociabilidade que tornem possível a existência da diferença e que não ofertem a medicalização como estratégia única de cuidado.

A integralidade pressupõe uma postura de escuta ativa das dificuldades trazidas pelo usuário numa relação de troca entre os sujeitos. Ao definir que o objeto de trabalho em saúde é o sujeito em sofrimento em seu contexto de vida, produz-se a opção política de trabalhar numa lógica territorial e de incluir nas práticas, a dimensão da subjetividade que caracteriza os sujeitos sociais com suas inquietações, desejos e histórias singulares de vida. As intervenções não se restringem apenas ao indivíduo e seus sistemas biológicos, mas se direcionam a um sujeito em relação ao seu conceito de existência. Uma prática integral também implica na construção de campos de mediação, para além da demanda espontânea, que rompa com a atuação com base na queixa/conduita, construída historicamente (MATTOS, 2001; MERHY 2005; SILVA; STELET; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Esses conceitos apontam para uma concepção de território para além de um recorte geográfico. Apontam para dimensão existencial do território, assim como para o engajamento político nas práticas de cuidado (LEMKE; SILVA 2010). Na obra de Milton Santos, território é compreendido como “um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes [...] convidando a pensar processualmente as relações estabelecidas entre o lugar e a formação socioespacial e o mundo” (SANTOS, 2000, p.104 e 105). Ainda nas palavras do autor, “território usado é chão apropriado por um coletivo, sua morada, base da vida, do trabalho, das trocas materiais e espirituais”, “é o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence, pois território é o espaço habitado, percorrido e humanizado” (SANTOS, 2003, p. 96 e 97).

Ceccim e Merhy (2009) destacam a importância da micropolítica do trabalho em saúde como forma de oposição e resistência à macropolítica, dos protocolos, do gerenciamento, do controle, sendo contrários à política disciplinar, das racionalidades hegemônicas. O chamado “trabalho vivo”, o realizado em ato, no encontro, na interação com o outro, em oposição às práticas assistenciais restritas a ações e procedimentos pré-estabelecidos em protocolos. Apostam na micropolítica como forma de resistência, de criação e construção de uma relação. Trata-se mais de uma transversalização dos processos contra hegemônicos do que de algo que acontece de forma mais localizada/individual/particular (CECCIM; MERHY, 2009).

Para os autores, a atenção à saúde não se restringe as práticas normativas e/ou biomédicas, ela implica no encontro e sugerem que “a interação promove práticas de si” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 535). Assim, um agente interfere no outro, quando produzidas ações de cuidado. Esses encontros são caracterizados pela multiplicidade dos saberes envolvidos, assim como pela impossibilidade de prever seus efeitos, fazendo-se fundamental a abertura para essa interação, associada a postura acolhedora de ambos os lados. Vistas por esse

prisma, as consultas, os atendimentos, as abordagens entre profissionais e usuários se identificam como encontros e muito se diferenciam de um cuidado coordenado pelas normas e desejo de controle (CECCIM; MERHY, 2009, p.535),

Destacamos um outro trabalho realizado por Borysow, Conill e Furtado (2016) que descreve e analisa o quadro legal e normativo que busca melhorar o acesso e a continuidade dos cuidados em saúde de pessoas em situação de rua. Para essa análise, os autores utilizaram a análise comparada, por meio de revisão bibliográfica e documental de Portugal, Estados Unidos e Brasil, relacionando três categorias: contexto (demográfico, socioeconômico e epidemiológico); característica dos sistemas de serviços (acesso, cobertura, organização, gestão e financiamento); e das unidades de saúde (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2016).

A análise fundamentou-se na teoria da convergência/divergência entre os sistemas de saúde, pela perspectiva da equidade em saúde. Nesse sentido, os autores Borysow, Conill e Furtado (2016) concluíram que a melhoria do acesso, a abordagem do uso abusivo de substâncias psicoativas, busca ativa e o trabalho multidisciplinar mostraram-se comuns aos três países, com potencial para reduzir as iniquidades. Apesar das diferenças estruturais nas políticas de saúde dos países pesquisados, os três reconhecem como problema principal as barreiras no acesso das PSR aos serviços, implantando estratégias e recursos semelhantes de aproximação e cuidado (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2016).

A abordagem e oferecimento de cuidado frente às questões relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas também foi ação convergente reiterada pela alta prevalência no uso de substâncias psicoativas entre as PSR destacados pelos censos de PSR dos EUA e Brasil, incluindo a população geral dos três países estudados. Outro achado interessante desse estudo, como recurso convergente, diz respeito à constituição das equipes por meio da integração de profissionais de distintas graduações. Segundo os autores, o efetivo caráter multidisciplinar das equipes parece fazer face à complexidade de seu objeto, permitindo a articulação de distintas perspectivas para atuar junto aos problemas (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2016).

Identificou-se, portanto, que as estratégias de busca ativa e redução de danos, associadas ao recurso das equipes multiprofissionais favoreceriam a promoção da equidade ao adaptar a mobilidade e ampliar o alcance, o rol de ações e a composição das equipes para as necessidades essenciais da população, e atenuar as barreiras impostas pela desigualdade social, muitas vezes reproduzidas e reforçadas pela própria rede de saúde.

Entretanto, segundo os princípios dos SUS, considerando os conceitos trazidos pela desinstitucionalização e integralidade, destacados anteriormente, foi incorporado um novo

sentido relacionado à busca ativa que passou a ser entendida também como um movimento de ir contracorrente ao automatismo da demanda espontânea, na medida em que as necessidades de saúde, para além dos agravos de notificação compulsória, passam a ser consideradas (LEMKE; SILVA 2010). Trabalhar na lógica da busca ativa é uma das expectativas que se tem sobre a prática dos trabalhadores no território e citada como diretriz na legislação e nos textos técnicos de saúde, além de ser considerada uma atribuição de todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Já a redução de danos é referida na política como um dos objetivos do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, e aparece da seguinte forma:

Redução de danos – estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003, p. 27).

Um artigo que buscou analisar a implantação de uma equipe de CnaR sob a perspectiva do cuidado em saúde, utilizando-se de relato de experiência, propõe que se invista em novas formas de cuidado que busquem superar o modelo biomédico, focado prioritariamente no componente biológico do adoecer. Isto implica na remodelação de alguns aspectos ligados ao cuidado, como a escuta qualificada e o processo terapêutico interdisciplinar, reconstruindo o trabalho proposto em manuais normativos (PAULA; DAHER; KOOPMANS *et al.*, 2018).

Esse mesmo estudo apontou, ainda, que a realização do mapeamento prévio foi essencial para o reconhecimento da disposição desta população no território. A partir desta ação, foi possível perceber que o território se configura como espaço temporal e que a migração geográfica dessa população não era constante, o que permitia a localização dos indivíduos para a concretização do cuidar em saúde, sem perder de vista que a existência de um espaço físico permanente para alcançar a PSR é sempre desafiadora e nem sempre eficaz, devido à cultura migratória predominante nesta população (PAULA; DAHER; KOOPMANS *et al.*, 2018). Assim, o trabalho das eCnaR vem se construindo, contando também com a rede informal de pessoas que se sensibilizam e dão informações sobre os usuários que por algum motivo não se encontram mais nos locais habituais.

A valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo do conhecimento e das práticas da saúde coletiva e da clínica, ao buscar a construção compartilhada do cuidado entre usuários e profissionais (CAMPOS, 2000). Novas práticas tensionam e promovem mudanças na organização dos serviços, muitas vezes engessados a

antigas práticas pouco flexíveis (horários rígidos, exigência de documentos, vestuário, higiene etc.). A experiência da eCnaR tem demonstrado que o cuidado à saúde das pessoas é muito potente no território, onde a rede social e comunitária pode auxiliar no tratamento e alívio do sofrimento (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Um estudo cartográfico, realizado em Porto Alegre por Santos e Ceccim (2018), apontou que a clínica a “céu aberto” é a clínica dos encontros, e que esses encontros podem ser carregados de afetos ou de afecções, mas sempre a céu aberto. Os autores recuperam Teixeira (2005) quando remetem à clínica Spinoza, afirmando que não se trata apenas de eficácia, mas de potência, e a “potência é sempre em ato”, e são os afetos que a efetuam. Para os autores, a construção de redes de trabalho afetivas é fundamental que se tenha um olhar atento e uma escuta ativa, alcançando assim o estreitamento de vínculos. Destacam, além disso, que o trabalho realizado pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos ofertados para a produção de cuidado, desde que estejam sempre fletidos ao outro e não aos objetivos das regras e protocolos (SANTOS; CECCIM, 2018).

Estudo realizado por Hallais e Barros (2015) em Campinas, com o objetivo de identificar estratégias utilizadas para qualificação do cuidado, apontou o acolhimento como ferramenta fundamental. Os autores entendem acolhimento como cuidado emancipador, fundamentado no reconhecimento da diversidade e autonomia dos sujeitos, que permite, então, a transformação do sujeito paciente-passivo em agente participativo do seu processo de saúde, doença e cuidado (HALLAIS; BARROS, 2015). Reforçam, ainda, que tal condição possibilita e potencializa a aproximação e interlocução entre profissionais de saúde e usuários, reconfigurando relações médico-centradas em relações que preservam (e até resgatam) as histórias de vida e os saberes dos indivíduos em tratamento. Tuhiwai (2006) ressalta que a escuta qualificada deve ser utilizada como instrumento político, como forma de reconhecer e valorizar a autonomia e a diversidade de saberes e narrativas dos sujeitos nas ações em saúde, produzindo assim encontro potente entre trabalhadores da saúde e pessoas em situação de rua, optando por não focar exclusivamente na intervenção terapêutica medicamentosa para a melhora clínica.

Diante desse encontro, os resultados indicam que as “estratégias de aproximação” que a equipe do CnaR utiliza favorecem a criação de vínculos de respeito e confiança. Assim, os achados indicam que, ao mesmo tempo em que os profissionais do CnaR distribuem os apetrechos propostos pela RD, conversas são desenvolvidas e histórias são compartilhadas, favorecendo o conhecimento das redes sociais existentes entre as pessoas em situação de rua, suas preferências, fragilidades e desejos. É nessa interação que se estabelecem relações de

empatia, onde se elege qual membro da equipe será referência de cada usuário do serviço (HALLAIS; BARROS, 2015).

Como forma de potencializar a estratégia de acolhimento e cuidado, os autores sugerem ainda que os profissionais de saúde se apropriem do conceito de “interculturalidade”⁶ como contribuição para que ocorra uma mudança estrutural que supere distanciamento imposto pela discriminação social, que impede, além de outras coisas, a acessibilidade da população em situação de rua aos serviços do SUS (HALLAIS; BARROS, 2015). Os autores recuperam Carrons (2004) por concordarem que esse conceito, levado para o campo da saúde, possibilita condições mínimas de sobrevivência, quando as consequências do distanciamento causado pela dificuldade de interlocução entre pessoas de origens culturais distintas afetam a sua qualidade de vida.

Uma pesquisa realizada em Porto Alegre buscou trazer reflexões sobre as práticas de cuidado à PSR como articulador e apoiador da rede de saúde. Apoiado pelo conceito de “biopoder” trazido por Foucault⁷, o estudo analisa as formações disciplinares e a regulamentação da vida que atravessam a rede de cuidados. Essa regulamentação, construída ao longo dos séculos, pauta modos de operar o cuidado em saúde ao legitimar o que é normal/anormal, saudável/patológico, indicando no que se deve investir em termos de fazer viver ou, ainda, o que se deve fazer morrer para defender a sociedade daqueles que de algum modo possam trazer riscos (LONDERO; PAULON, 2018).

Como resultado, o texto aponta para a necessidade de se multiplicar, cada vez mais, trocas de experiências de apoio na rede de atenção para se abrir espaços de “desaprendizagem permanente”, conceito trazido por Merhy (2010, p. 35), entendido como incorporação de experiências que confrontem saberes já instituídos, questionando o que já está enrijecido, provocando a produção de atos de cuidados inventivos e desviantes do padrão excludente de diversas singularidades que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde (LONDERO; PAULON, 2018).

Cabe contextualizar que, segundo as publicações dos Cadernos de Atenção Básica (CAB) 27 e 39, o Apoio Matricial é apresentado como uma tecnologia de gestão complementar ao trabalho das equipes de referência, que não possui obrigatoriedade de relação direta com os

⁶ Cabe destacar que o conceito de interculturalidade trazido pelos autores denota “qualquer relação entre pessoas e grupos sociais de diferentes culturas, bem como as atitudes de pessoas e grupos de uma cultura em relação à outra” (CARRONS, 2004).

⁷ Esse conceito se dá a partir da construção de um saber/poder advindo da medicina e outras instituições, que regulamenta a vida ao desenvolver sobre ela estratégias de controle que visam a um “fazer viver” consoante às demandas de um ideal de produção e consumo (FOUCAULT, 1975-1976/2010).

usuários e sim com as equipes apoiadas (BRASIL, 2010). Segundo o CAB 27, "o conceito de apoio matricial tem uma dimensão alinhada ao conceito de Educação Permanente" (BRASIL, 2010, p. 12). Desta forma, cabe ao apoiador realizar processos educativos a partir dos desafios vivenciados pelos profissionais de saúde, compreendendo que essa é a forma de produzir conhecimento e qualificar o processo de trabalho cotidiano.

Outro trabalho realizado no município do Rio de Janeiro buscou analisar a oferta de cuidado do CnaR sob a perspectiva da integralidade e as contribuições da Terapia Ocupacional, identificando assim potencialidades e dificuldades enfrentadas pelo dispositivo. O artigo identificou que as equipes do CnaR vão além da oferta de cuidado tradicional, ampliando a assistência, por possuírem como diferencial o fortalecimento do vínculo, o aprimoramento da escuta qualificada, a compreensão da subjetividade do outro de acordo com o contexto em que ele se encontra (SILVA; TAKEITI; MACHADO, 2017).

O artigo aponta, ainda, a interdisciplinaridade das equipes como grande potência, por conjugar experiências tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde que passam a ser compartilhadas, afinando, assim, as intervenções que se realizam no espaço da rua. Para as autoras, o dispositivo CnaR se apresenta como uma "obra aberta", em que as cenas do cuidado e da atenção para com a população que habita a rua vão sendo tecidas a cada encontro, a cada palavra, a cada gesto, a cada acontecimento. Reforçam também a importância de estarmos atentos às dinâmicas urbanas e sensíveis para lidar com as narrativas da rua, para que as ações realizadas sejam condizentes com as necessidades dos usuários do CnaR (SILVA; TAKEITI; MACHADO, 2017).

Outro artigo produzido no formato de relato de experiência por Macerata, Soares e Ramos (2014) propõe a necessidade de que haja mudança nos sentidos das práticas no SUS. Para tanto, os autores sugerem que se estabeleça outra relação com os territórios que intervêm no que diz respeito ao acolhimento, acompanhamento e produção da política a partir de cada território.

Segundo os autores, o cuidado produzido nos indica que não basta saber dos protocolos, ou dominar a técnica e possuir os insumos necessários; o que será decisivo na capacidade de um serviço de saúde no cuidado com a PSR é o modo relacional que se estabelecerá entre serviços e usuários. Sua capacidade de articulação e conexão com os diversos elementos que compõem um território existencial singular estão para além do olhar ou objeto de trabalho mais protocolar da saúde (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Outro artigo publicado no formato de relato de experiência, no município do Rio de Janeiro traz o afeto como catalisador de transformações terapêuticas. Essa experiência foi

baseada na arte da palhaçaria como tecnologia social de potencial dialógico, convertida em ferramenta de produção de cuidado e saúde, com alegria, para pessoas em situação de rua. O projeto, conhecido como “PalhaSUS”, tem por objetivo transformar agentes de saúde em agentes culturais de saúde, fomentando a palhaçaria e reinserindo-os no sistema de saúde com essa nova perspectiva da dialogia do riso. Articula ciência, cultura e saúde, e visa ocupar técnica e politicamente o sistema de saúde para a construção coletiva da dialogia do Riso, conceito baseado na prática da Educação Popular e gestão participativa em saúde. Propõe uma aproximação com a arte do palhaço para a promoção da saúde e alegria como estratégia de promoção de encontros para compartilhar saberes entre as equipes do SUS e a população (MATRACA; ARAÚJO, 2015).

Assim, reunimos experiências que pretendem potencializar a produção do cuidado em saúde utilizando-se de ferramentas aparentemente simples, mas que na prática se traduzem na complexidade de romper com tudo aquilo que fomos ensinados a fazer. Os artigos que utilizaram como metodologia de pesquisa, ferramentas como observação participante, relato de experiência, cartografia e relatos do diário de campo conseguiram aprofundar as perspectivas de cuidado para além do caráter normativo dos protocolos de atendimento, aproximando-o do projeto de vida dos sujeitos, que perpassam os sentidos atribuídos à saúde.

Tendo em vista que a população em situação de rua apresenta nos desafia com a complexidade em suas demandas de saúde, é urgente que se invista na qualificação na formação dos trabalhadores para que seja possível, então, a articulação entre os equipamentos da rede para além do setor saúde, com abordagens que dialoguem com práticas menos carregadas de julgamento e preconceito.

Cabe destacar que não foi encontrado nessas publicações nenhum artigo que abordasse ou mencionasse um tema central para a discussão do cuidado em saúde e que se configura como nó crítico desde o surgimento do Sistema Único de Saúde, qual seja a formação dos profissionais de saúde, tanto para o SUS quanto para atuar em equipes de Atenção Básica, especialmente no que se refere aos profissionais que trabalham com populações específicas e, portanto, mais desafiadoras, como é o caso do consultório na rua. A ideia é que haja investimento na qualificação dos profissionais para o trabalho que funcione como educação permanente, estimulando a mudança atitudinal e empática dos sujeitos que ofertam e produzem cuidado.

Machado e Rabello (2018), em seu trabalho que pretendeu sistematizar competências necessárias para o trabalho nos” consultórios na rua”, concluiu que não há indicação de diretrizes para a organização do trabalho da eCR ou para a formação de profissionais voltados

para essa população. No que diz respeito a documentos oficiais, identificou-se que essa produção também é bastante reduzida, com apenas dois materiais disponíveis sobre o tema: o Manual de Cuidado à População de Rua (BRASIL, 2012c), e as Diretrizes, Metodologias e Dispositivos de População de Rua/eCR/RJ (UFF, 2014). No tocante à educação permanente e qualificação do trabalho, existe um denominado Curso de Cuidado à População em Situação de Rua, com ênfase nos Consultórios na Rua, realizado em parceria entre Ministério da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), com duas edições nacionais concluídas (2014 e 2016) e uma em andamento.

Nesse sentido, o grande desafio que está colocado se deve ao fato de os profissionais de saúde apresentarem fragilidades relacionadas à sua formação, independente da categoria profissional, que não os prepara para atuar e lidar com situações tão complexas e desafiadoras, somado à fragilidade dos vínculos empregatícios precários, com baixa remuneração e carga excessiva de trabalho em que grande parte desses trabalhadores se encontram no país e que impactam diretamente na possibilidade de construção de um processo de trabalho que esteja em consonância com as diretrizes propostas pela política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A primeira condição para modificar a realidade consiste em conhecê-la”
(Eduardo Galeano)*

O processo de produção desse trabalho foi marcado por uma conjuntura política devastadora, sendo este um marcador importante que se somou às inquietações já trazidas desde o início do processo, e que me exigiu muito mais esforço e dedicação para chegar até aqui. Em 2015, durante a realização da Especialização em Gestão da Atenção Básica, tive a oportunidade de estar em Brasília, alocada na sede do Ministério da Saúde, quando as primeiras medidas da chamada “reforma administrativa” — que consistiu no corte de oito dos 39 ministérios existentes à época, incluindo a mudança do comando de algumas pastas para tentar impedir a queda da então presidenta Dilma Rousseff —, começaram a ser colocadas em prática.

Presenciei a substituição do então ministro Arthur Chioro (médico sanitarista) por Marcelo Castro (médico psiquiatra), Deputado Federal pelo PMDB/PI, e assisti a seus discursos de despedida e posse, respectivamente. Naquela ocasião, foi possível perceber o profundo desconhecimento do ministro recém-empossado acerca dos princípios do SUS, da complexidade representada pela gestão da atenção básica, e o quanto isso poderia impactar negativamente na construção do que acreditamos e defendemos enquanto política pública.

Esse episódio culminou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice, Michel Temer à Presidência, ocasionando rápido fortalecimento de medidas antidemocráticas e autoritárias, atingindo direitos trabalhistas e previdenciários, assim como a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, ou “PEC da Morte”, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos negativos em diversos âmbitos, especificamente no financiamento do SUS, colocando em risco os direitos sociais e econômicos básicos de milhões de brasileiros, incluindo os direitos à alimentação, à saúde, à educação, ao mesmo tempo em que acentuam as desigualdades de gênero, raça e econômica.

A situação se tornou ainda mais alarmante quando o Presidente Jair Bolsonaro — declaradamente racista, misógino, preconceituoso e homofóbico, que demonstra profundo desprezo pela educação, cultura, ciência, direitos humanos, diversidade e a qualquer valor que seja caro à noção de cidadania — foi eleito. Eleição essa fomentada pela disseminação em massa de discursos de ódio e “*fake news*”, com apoio de setores ultraconservadores, incluindo igrejas neopentecostais que colocam em risco os princípios democráticos ainda pouco incorporados em nossa sociedade. O atual presidente, eleito com promessas de pôr fim a

corrupção no país, com o slogan "Brasil acima de tudo, Deus acima de todos", apesar de exaltar torturadores e defender a legalização do porte de armas, tem seu primeiro semestre de mandato marcado por escândalos de corrupção envolvendo integrantes da sua família, como lavagem de dinheiro, funcionários fantasmas, conexão com milícias, entre outros; adoção de medidas econômicas ultraliberais que favorecem o capital estrangeiro, aumentam o desemprego e acirram a desigualdade social; descumprimento de acordos pactuados internacionalmente pela preservação do meio ambiente e aceleração do aquecimento global; e, ainda, a liberação do uso indiscriminado de agrotóxicos proibidos em grande parte dos países do mundo.

É nesse cenário que este trabalho expressa um esforço de compreensão, a partir da produção científica, sobre como tem sido realizada a produção de cuidado junto à população em situação de rua, no cotidiano dos serviços. A contribuição dos artigos afeitos à temática proporcionou um aprofundamento teórico a partir do que emergiu dos achados desses artigos, com vistas a apontar alguns caminhos para qualificação do cuidado produzido a partir da literatura investigada. Cabe destacar que os sentidos produzidos a partir do que emergiu acerca da literatura pesquisada não são estanques, podendo variar de acordo com metodologia utilizada, assim como são influenciadas pelas motivações e pretensões do pesquisador ao fazer as escolhas do arcabouço teórico.

Os aspectos conceituais trazidos aqui se propuseram a lançar luz sobre os caminhos que operam esta produção. Reconhece-se a população em situação de rua como um segmento social cuja conformação tem relação direta com o desenvolvimento econômico globalizado e neoliberal, com o processo de urbanização e desenvolvimento de grandes cidades. Essa conformação relaciona-se, portanto, com fenômenos de pobreza urbana e exclusão social que ocorrem, entre outros motivos, em função desse desenvolvimento econômico (SCOREL, 1999; ROSA; 2005, HARVEY, 2014).

A partir de produções científicas que analisam a população em situação de rua nas grandes cidades brasileiras é possível identificar que se trata de uma população pobre, em sua maioria de cor negra e parda, masculina, adulta, com baixa escolaridade, histórico de frágil inserção no mercado de trabalho formal, laços familiares fragilizados ou rompidos, além do recorrente consumo prejudicial de álcool e drogas registrado em parte desta população (BRASIL, 2008; SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2015).

Entre os achados apresentados, identificamos questões relevantes a serem aprofundadas, no sentido de pontuar elementos que qualifiquem o debate sem pretensão alguma de trazer qualquer conclusão definitiva. A produção de cuidado em saúde dos trabalhos selecionados foi discutida à luz de dimensões do cuidado que constam na política como

essenciais para sua execução como: redução de danos, acolhimento e formas de abordagem para construção de vínculo. De modo geral, foi possível perceber que os artigos selecionados buscaram introduzir a temática contextualizando características relacionadas à população em situação de rua, assim como trazer uma apresentação breve sobre o dispositivo CnaR e sua inserção na política, facilitando assim a compreensão do leitor sobre a complexidade do tema tratado.

A redução de danos foi apontada na literatura investigada como estratégia prioritária de cuidado e abordagem utilizada pelo CnaR às pessoas em situação de rua, em consonância com as conjecturas trazidas pela política, estando completamente ameaçada pela conjuntura atual, pois pressupõe-se ampliação de ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo. Apresenta-se como método construído pelos próprios usuários de drogas onde eles são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado si subversivo às regras de conduta coercitivas (PASSOS; SOUZA, 2011).

No tocante à produção de cuidado representado pelo controle e acompanhamento de doenças e agravos à saúde, Aguiar e Iriarte (2012), identificaram que os principais problemas de saúde desse grupo são: o uso abusivo de substâncias psicoativas, a infecção pelo HIV/AIDS, os transtornos mentais e os problemas odontológicos, dermatológicos e gastrintestinais. Observou-se, portanto, que uma parte das produções encontradas buscou medir a qualidade do cuidado, utilizando como parâmetro a avaliação de efetividade, colocando em risco o compromisso com o cuidado integral que precisa, necessariamente, prezar pela autonomia e corresponsabilização dos sujeitos, buscando fortalecer a relação por meio da construção de vínculo, confiança, acolhimento e escuta qualificada.

Por fim, verificou-se nas produções científicas sucessivas menções à potência do cuidado realizado em ato, quando questiona a racionalidade biomédica e rompe com os modelos preconizados pela vigilância epidemiológica, clínica psiquiátrica ou do consultório médico (LANCETTI, 2006). O dispositivo CnaR é enunciado como “obra aberta”, em que as cenas do cuidado e da atenção para com a população que habita a rua vão sendo tecidas a cada encontro, a cada palavra, a cada gesto, a cada acontecimento. Reforçam, ainda, a importância de estarmos atentos às dinâmicas urbanas e sensíveis para lidar com as narrativas da rua, para que as ações realizadas sejam condizentes com as necessidades dos usuários do CnaR (SILVA; TAKEITI; MACHADO, 2017).

Nesse sentido, temos grandes desafios pela frente, considerando a aprovação da nova PNAB, em 30 de agosto de 2017, particularmente preocupante por apresentar mudanças que promovem a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das

equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política, indicando sérios riscos ao fortalecimento da atenção primária, além de reforçar a subtração de direitos e colocar em prática o processo de desmonte do Sistema Único de Saúde em curso no país (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O incentivo a outras estratégias de organização da Atenção Básica propostas pela nova PNAB põe em risco a presença do agente comunitário em saúde como componente das equipes, fortalecendo assim a racionalidade do binômio queixa-conduta, orientada pelo modelo biomédico e curativo, além de comprometer práticas educativas e de promoção da saúde que valorizam a concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde, enunciadas no decorrer do trabalho, antes mesmo que a Estratégia de Saúde da Família tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção (MOROSINI; FONSECA LIMA, 2018).

A necessidade de criação de um dispositivo como o Consultório na Rua para garantir que população em situação de rua tenha acesso, seja atendida e receba cuidados básicos de saúde nos mostra que os princípios do SUS como universalidade, integralidade e outras diretrizes da Política Nacional de Humanização deixam de ser cumpridos em grande parte do território brasileiro. Tendo em vista que o reconhecimento desses indivíduos como sujeitos sociais de direitos constitucionais não acontece, e que o processo de exclusão dessa população é reforçado institucionalmente por meio da burocracia imposta para que possam acessar aos serviços, eles, que são historicamente marginalizados, serão mais uma vez penalizados com o projeto de nação que está sendo colocado em prática.

Ainda que tenha sido criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua e outras políticas setoriais e intersetoriais, elas nem sempre garantem um cuidado integral para essa população, pois o imaginário social sobre a população em situação de rua influencia significativamente a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Não se pensou em medidas que atuassem simultaneamente à criação do dispositivo CnaR, mesmos em governos anteriores, que sensibilizasse e capacitasse os profissionais de saúde de maneira ampla e transformadora, para que não seja mais necessário que esses usuários sejam acompanhados ou tutelados pelo dispositivo CnaR para serem reconhecidos como sujeitos de direitos.

Sabemos que o SUS vem sendo construído por meio da luta de diversos setores da sociedade, especialmente os trabalhadores, mas não podemos continuar colocando sobre os mesmos a total responsabilidade pela implantação das políticas, sem que se repense o modo como ela vem sendo operada. Sem investir na qualificação de trabalhadores de todos os níveis

de formação que compõem as eESF e os outros níveis de atenção, dificilmente avançaremos. O que se observa na prática são profissionais de saúde exaustos, extremamente adoecidos e fragilizados, que assumem papel de cuidadores e militantes que pagam o preço com a própria saúde, afetados pelo cenário adoecedor em que estamos colocados.

Apesar dos artigos identificarem que a população em situação de rua é composta por população pobre, majoritariamente de cor negra e parda, observa-se uma lacuna no tocante à discussão do racismo como problema estrutural. Entender que as manifestações do racismo garantem manutenção do poder, destinando aos negros os setores menos privilegiados e mais precarizados da sociedade, é crucial para que seja incorporada como ferramenta teórico-metodológica que aborde a exclusão social considerando o colonialismo e o racismo como fundantes da nossa sociedade.

Foi possível perceber também que temas que atravessam tanto as pessoas em situação de rua como profissionais de saúde e guardam forte relação com a temática investigada, como estigma, barreiras de acesso, discriminação e questões relacionadas ao gênero, ainda são pouco exploradas pela literatura. Esses são elementos centrais para enriquecer o debate e fomentar mudanças de valores e atitude frente aos próprios sujeitos. Esta compreensão instiga a trabalhos futuros que abordem a população em situação de rua, incluindo esses conceitos ao debate, para que seja possível uma leitura mais fidedigna sobre essa população e a produção de cuidado destinado a ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. **Descartáveis urbanos**: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-45, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. (ANVISA) Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial da União* 2001; 31 de maio.

AGUIAR, M. M. , ARIART, J. A. B. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população de rua em Bahia, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(1):115-24.

ALBUQUERQUE, S. C. de. **Cuidado em Saúde frente às Vulnerabilidades: práticas do consultório na rua** [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP; 2014.

ALECRIM, T. F. A.; MITANO, F.; REIS, A. A.; ROOS, C. M.; PALHA, P. F.; PROTTI-ZATNATTA, S. T. **Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis**. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):808-815.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. EDUFBA, 2004; p.87-95.

ARAÚJO, A. S.; SANTOS, A. A. P. dos; LÚCIO, I. M. L. *et al.* **O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade**: seu olhar sobre o pré-natal. *Rev Enferm UFPE online*. Recife, 11(Supl. 10):4103-10, out., 2017.

AYRES, J. R. C. M. **Entrevista com José Ricardo Ayres**. *Saúde Soc*. São Paulo, v.27, n.1, p.51-60, 2018.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (organizadores). **Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-38. 26.

BARON, G.; MONNIER, E. **Une approche pluraliste et participative**: Cproduire l'évaluation avec la société civile. Informations sociales, 2003(110).

BASTOS, F. I. *et al.* Comportamentos de risco e prevalências para a infecção pelo HIV (vírus da AIDS), vírus da Hepatite C e Tuberculose na população usuária de crack e/ou similares no Brasil: Achados do inquérito nacional de crack. In: Bastos, FI; Bertoni, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?** quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BECKER, H. S. Estudo de praticantes de crimes e delitos. In: BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Editora Hucitec, 1994.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1988.

BONDUKI, N. **De braços abertos para a cidade**. Carta Capital. [Internet] 2014 set 18. [citado]. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/debracos-abertos-para-a-cidade-564.html>>

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **2º Censo da População e Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte**: meta10 – realização de ações de atendimento sócio assistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população de rua. Belo Horizonte: MDS, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. **O controle da tuberculose no Brasil**: avanços, inovações e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças negligenciadas: estratégias do ministério da saúde.** Texto de difusão técnico-científica do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Vol.1 - **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em situação de Rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em situação de Rua 2012-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jan. 2012a. Seção 1, p. 46.

_____. Portaria GM/MS nº 1029, de 20 de maio 2014. Amplia o rol das categorias que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, 2014.

BURSZTYN, M. (org.) **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores.** Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 139-171.

BUTLER, J. “**Como os corpos se tornam matérias:** entrevista com Judith Butler”. (Entrevista concedida a Prins, B. e Meijer, I.). Revista Estudos Feministas, ano 10, 1, 2002b.

_____. “**Cuerpos que importam: sobre os limites materiais e discursivos do sexo.** Buenos Aires. Paidós, 2002a.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp> Acesso em: maio 2019.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CANDIDO, N. A. **Ação pastoral da Igreja Católica Apostólica Romana face ao direito à inserção social de pessoas em situação de rua.** São Bernardo do Campo: UMESP. 2006.

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. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 611p.

_____. De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. In: DON ZELOT, J. (dir.). **Face à l'exclusion.** Paris, Ed. Esprit, 1991.p.137-168.

_____. **As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação.** Cadernos CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

_____. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELVECCHI, G. **Quantas vidas eu tivesse, tantas vidas eu daria!** São Paulo: Edições Paulinas, 1985.

CECILIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilicht, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado.** Interface, 13, supl. 1: 545-555,2009.

_____. **Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos, considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** Interface (Botucatu), 15(37): 589-599, 2011.

CECCIM, R. B; MERHY, E. E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas.** Interface, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. RELATÓRIO DA 4ª INSPEÇÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS: **locais de internação para usuários de drogas. 2ª Edição.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em 10 fev. 2019.

CORRONS, X. A. Interculturalidad y salud. In: Juarez, G. F., editor. **Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas.** Quito: Abya- Yala; 2004, p. 65-74.

COSTA, E. V. da. **Da Monarquia à República: momentos decisivos.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. **Care practices and homeless population: the street clinic case.** Saúde Debate, 2015.

DOMINGUES, P. **Ações afirmativas para negros no Brasil: o início de uma reparação histórica.** Revista Brasileira de Educação, (29): 164-176, 2005.

ELIAS, L. A.; BASTOS, F. I. **Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4721-4730, 2011.

ENGSTROM, M. B.; TEIXEIRA, M. B. **Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(6):1839-1848, 2016.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 275p.

FERREIRA, F. P. M. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, F. P. M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998-2005.** Belo Horizonte, 2005.

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo, 2015 – Resultados.** São Paulo: Fipe, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/8GFTnm>>. Acesso em 13 fev. 2019.

FLEURY, S. **Pobreza, desigualdades ou exclusão?** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.12, n.6, 2007, p. 1422-1425.

FONSECA, C. J. B. **Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética.** Psicologia & Saberes, Maceió, v.1, n.1, p. 11-36, 2012.

FONSECA, Z. **Exclusão-inclusão: circularidade perversa no Brasil contemporâneo.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 231-252, maio/ago. 2014.

FOUCAULT, M. (2009). **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1975).

_____. (2010). **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins fontes. (Original publicado em 1975-1976).

_____. **Em defesa da sociedade.** Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2016, p.216.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008, p. 575-624.

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 33ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GONDIM, R. Atenção Primária à Saúde e Populações Vulnerabilizadas: potencialidades e contradições da atenção à saúde de pessoas em situação de rua. In: MENDONÇA M.H.M, MATTÁ G.C, GONDIM R, GIOVANELLA L, organizadores. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. cap. 7, p. 197-229.

_____. **Doenças, corpos e territórios negligenciados - práticas de saúde sobre a tuberculose em espaços e pessoas vulnerabilizadas.** Tese (Doutorado na área científica de Sociologia do Programa de Doutorado em Governança, Conhecimento e Inovação)- Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2016.

GREGIS, C. **Fissura na rua: corpo e ritual de uso de droga injetável entre meninos de rua.** Porto Alegre, 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio grande do Sul.

HAMMOND, R.; McCULLAGH, P. S., 1978. *Quantitative Techniques in Geography: An Introduction*. Oxford: Clarendon Press, 1978.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504, jul., 2015.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. **People living on the street from the health point of view**. *Rev Bras Enferm*, 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População em situação de rua: relatório do teste-piloto**. Rio de Janeiro: IBGE, abr. 2014.

JACCOUD, L. (Org.). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005. p. 91-126.

JARDIM, D. F.; LÓPEZ, L. C. (Orgs). **Políticas da diversidade – (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica**. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2013.

KAMI, M. T. M.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; PIOSIADLO, L. C. M.; ALBUQUERQUE, G. S. **Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process**. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):440-447.

KOWARICK, L. **Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2006.

LIMA, K. Morta em Copacabana, moradora de rua se destacava por 'porte nobre'. **Folha de São Paulo**, Rio de Janeiro, 17 nov. 2017. *Cad. Cotidiano*. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1936067-morta-em-copacabana-moradora-de-rua-se-destacava-por-porte-nobre.shtml>>. Acesso em 03 dez. 2017.

LONDERO, M. F. P. E; PAULON, S. M. (2018). **Por um devir bicicleta no apoio à rede de saúde**. *Psicologia & Sociedade*, 30, e169755.

LENKE, 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, 1° quadrimestre de 2010.

LOUZADA, L. O. **Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do RJ:** caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. 2015. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. **Support as care for existential territory:** Primary Care and the street. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl 1:919-30.

MACHADO, K. S.; SIMAS, R. S. **Redução de danos, insumos e experiência estética:** uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* (Rio de Janeiro). 2017; 1(1): 67-83.

MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E. L. **Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280413, 2018.

MARTINS, J. de S. **Exclusão social e a nova desigualdade.** 2 ed. São Paulo: Paulus, 2003.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.39-64.

MATRACA, M. V. C.; JORGE, T. C. A.; WIMMER, G. **O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas:** relato de um encontro. *Interface comunicação saúde educação* 2014; 18 Supl 2:1529-1536.

MBEMBE, Achille. **A crítica da Razão Negra.** Tradução de Marta Lança. Lisboa: Antígona, 3. ed, 2014.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Projeto Meio-fio.** 1ª Oficina de Discussão sobre População em Situação de Rua. 2004.

MELLO, E.; MATTOS, R. **Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida?** In: MENDONÇA MHM, MATTÁ GC, GONDIM R, GIOVANELLA L, organizadores. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. cap. 3, p. 95-116.

MERHY, E. E. **Engravitando palavras: o caso da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

_____. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.), **Cadernos Saúde Mental: os desafios da formação.** (pp. 23-36). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

MILENA, V. S. S. **Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para infecções sexualmente transmissíveis.** 2017. Dissertação. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

OLIVEIRA, M. A. F.; GONÇALVES, R. M. D. A; CLARO, H. G.; TARIFA, R. R.; NAKAHARA, T.; BOSQUE, R. M., *et al.* **Perfil das crianças e adolescentes em situação de rua usuários de drogas.** Rev Enferm. UFPE, 2016.

PAES, P. C. D. Adolescência e drogas. In: PAES, P. C. D.; AMORIM, S. M. F. (Orgs.). **Formação continuada de socioeducadores.** Campo Grande: UFMGS, 2008.

PAIM, J. S. Modelo de atenção à saúde No Brasil. In: Giovanella, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema De Saúde No Brasil.** Rio De Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 547-573.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas".** Psicologia e Sociedade, São Paulo, v.23, n.1, p. 154-162, 2011.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia.** Porto Alegre, Sulina, 2009.

PAUGAM, S. **La desqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté.** 4ª Éd. Paris, Presses Universitaires de France, 1997. 256p.

PAULA, H. C.; DAHER, D. V.; KOOPMANS, F. F.; FARIA, M. G. A.; BRANDÃO, P. S.; SCORALICK, G. B. F. **A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde.** Rev Bras Enferm. 2018; 71 (suppl 6):3010-15.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** Rev Bras Enfermagem 2000; 53:251-63

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

PORTAL VERMELHO. **Jamil visita Cracolândia e vê pouco resultado da Operação Militar**. Portal Vermelho. 2012b. Disponível em:

<http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=172592&id_secao=10>. Acesso em 05 jan. 2019.

REIS JUNIOR, A. G. **Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2011.

RICARDO, C. Política Nacional para a População em Situação de Rua e a intersectorialidade. In: **Seminário: o desafio da implementação das políticas públicas**. Brasília: Enap, 2013.

ROCHA, S. R.; SILVA, M. G. C. **Prenatal care in the primary health care network in Fortaleza, CE: an assessment of the structure, process and results**. Rev Bras Promoç Saúde. 2012.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social: repensando o estado providência**. Brasília, DF: Instituto Teotônio Vilela, 1998. 170p.

ROTELLI, F., *et al.* Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

RUI, T. C. **Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. Tese de Doutorado Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.

SANTANA, Carmen. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua**. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2014.

SANTOS, C. F.; CECCIM, R. B. **Encounters on the street: possibilities of health in a street health care center**. Interface (Botucatu). 2018; 22(67):1043-52.

SANTOS, M. V. S. **Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para infecções sexualmente transmissíveis**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

SANTOS, M. **O território e o saber local: algumas categorias de análise**. Cadernos IPPUR, Rio de Janeiro, v.13,n.2,p.15-26, 1999.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica, Razão e Emoção**. 3ª Edição. São Paulo: Edusp (Editora da USP), 2003.

SÃO PAULO (Município). **Secretaria de Desenvolvimento Urbano. Projeto nova luz:** Plano de urbanização. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/arquivos/nova_luz/201108_PUE.pdf>. Acesso em 10 fev. 2019.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas.** São Paulo (SP): Atheneu; 2001.

SILVA, L. M. A.; MONTEIRO, I. S.; ARAÚJO, A. B. V. L. **Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão.** Cad. Saúde Colet., 2018, Rio de Janeiro, 26 (3): 285-291.

SILVA, L. R. C. da *et al.* **Pesquisa Documental:** alternativa investigativa na formação docente. In: Congresso Nacional de Educação, EDUCERE, 9, Paraná, 2009.

SILVA, M. N. R. M. O. *et al.* **Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p145-152, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.039>>. Acesso em 27 abr. 2015.

SILVA, S. C. T.; TAKEITI, B. A.; MACHADO, K. S. **Ressignificando vidas:** reflexões acerca da construção do cuidado em saúde do consultório na rua (CnaR) – contribuições da terapia ocupacional. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2017, V.1(3): 366-385.

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: O agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado:** as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. HUCITEC: ABRASCO, 2004. p.75-9.

SIMAS, R. S.; CRUZ, M. S. Abordagem de População em Situação de Rua. In: **Desenvolvendo e Articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade.** In: Mastigai *et al.* (orgs.). 1. ed. - Curitiba, PR: CRV, p.91-98. 2015.

SOARES, Luiz Carlos. **O povo de CAM na capital do Brasil:** a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX. Rio de Janeiro: Faperj; 7 Letras, 2007.

SOUZA, J. **A Parte de Baixo da Sociedade Brasileira.** Revista Interesse Nacional, v. 14, p. 33-41, 2011.

_____. **A Ralé Brasileira: quem é e como vive.** Rio de Janeiro: Record, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. Redução de danos no Brasil: aspectos históricos e políticos. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M. L. **Ética e Subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009 p. 96-110.

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e atenção primária à saúde.** Cienc Saúde Colet. 2005; 10(3):585-97.

THEODORO, Mário. As características do mercado de trabalho e as origens do informal no Brasil. In: TILIO RD; OLIVEIRA J. **Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 21, n. 1 p. 101-113, jan./mar. 2016.

VARANDA, Walter. **Liminaridades, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua.** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2009.

TUHIWAI, S. L. **Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples.** Dunedin: Zed Books; 2006.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações.** Interface (Botucatu) 2009; 13(28):151-164. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

ZIONI, F. **Exclusão social: noção ou conceito?** Rev. Saúde & Sociedade, v.15, n.3, p.15-29, 2006.