



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Gustavo Machado Felinto

O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

Gustavo Machado Felinto

O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Magalhães de Mendonça.

Rio de Janeiro

2017

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

F315c Felinto, Gustavo Machado.
O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro / Gustavo Machado Felinto. -- 2017.
177 f. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientadora: Maria Helena Magalhães de Mendonça.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pessoas em Situação de Rua. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Tecnologia. 5. Rede Social.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1098153

Gustavo Machado Felinto

O Consultório na Rua e a produção de cuidado à população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Política, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Aprovada em: 24 de abril de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense - Instituto de Saúde Coletiva

Prof.^a Dra. Elyne Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Roberta Gondim
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

Dedico este trabalho à população em situação de rua, aos trabalhadores da saúde, e a luta diária para produzir um SUS cuidadoso, justo e democrático.

Também o dedico à memória de Carlos, meu pai.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, **Fátima e Carlos**, pelo amor, carinho, preocupação e apoio ao longo de minha vida e que junto à minha irmã, avós, primos e tios fazem a palavra família representar a mim lugar de afeto e proteção;

À **Bia** pelo amor, amizade e companhia afetuosa e cuidadosa ao longo do mestrado;

Aos **trabalhadores da ENSP** que cotidianamente viabilizam o funcionamento da escola;

À professora **Maria Helena**, pela acolhida paciente e atenciosa desde o primeiro encontro, e pelos encontros que possibilitaram dar forma a um desejo;

À turminha do amor, pela camaradagem. **Existe amor EN(SP)**;

À **Cleiber, Diego e Analice**, pelas prosas pós-prandiais nos jardins do castelo;

À **Jane Cruz**, pela acolhida na Secretaria de Saúde;

À **Tania, Rose, Lourival, Taísa, Carolina, Adriana, Luciana, Akyl, Aline, Ana Paula, Renata, Viviane, João, Juliana, Jailson, Lucia, Gercina, Midia, Natali e Bruno**, trabalhadores das equipes de Consultório na Rua participantes desta pesquisa, pela postura acolhedora, atenciosa e gentil ao longo de meu trabalho de campo.

Mas quando penso na mecânica do poder, penso em sua forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vem se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana.

FOUCAULT; 2015, p. 215.

Que la eclosión de deseo se produzca en la célula familiar o en una escuela de barrio, poco importa, lo cierto es que siempre cuestionará las estructuras establecidas. El deseo es revolucionario porque siempre quiere más conexiones y más agenciamientos.

DELEUZE e PARNET; 1980, p. 90-91.

Se a gente não procurar entender que existem esses direitos e lutar por eles a coisa só piora... a gente está fazendo um trabalho do zero, de formiguinha, porque é plantar esperança onde já não tem mais nada.

Trecho de entrevista de uma usuária do Consultório na Rua.

RESUMO

Nas últimas décadas do século XX, a população em situação de rua (PSR) passa a se configurar uma questão social amplamente discutida na sociedade brasileira. Esta população tem íntima relação com o desenvolvimento capitalista e urbano, estando associada à exclusão social e a pobreza urbana. Apesar disso, estas décadas marcam a emergência de organizações da sociedade civil que passam a reivindicar os direitos desta população. Com isto, uma série de políticas públicas passa a ser formulada, visando o bem-estar desta população. Em relação à saúde, no início do século XXI se observam iniciativas municipais que buscam assegurar o acesso desta população a serviços de saúde. Do acúmulo de experiências neste sentido é que, em 2011, o Ministério da Saúde propõe a criação, na Atenção Básica, dos Consultórios na Rua (CnaR). Estes são equipes multiprofissionais de saúde destinados a assegurar o acesso e o cuidado da PSR nos serviços de saúde do SUS. O presente estudo busca a compreensão sobre a produção de cuidado a esta população operada por duas equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir de observação participante e entrevistas a profissionais e usuários. O que se observa, ao longo do estudo, é a produção de cuidado se relacionar aos espaços intersetores de profissionais entre si, se conformando na interseção usuário-profissional. Esta produção é espaço onde operam tecnologias leves, leve-duras e duras e também toda a sorte de forças instituintes e instituídas de ordem econômica, política, cultural e moral. Esses três tipos de tecnologias se apresentam fundamentais à produção de cuidado, sendo a tecnologia leve fundamental à conformação do uso que se faz das demais tecnologias. No caso das equipes observadas, essa produção se faz a partir de Redes Vivas que se conformam em movimentos institucionalizados e instituintes, produtores de cuidados singulares. A Rede Viva dos usuários mostra as inúmeras conexões que esses operam na produção de suas vidas. O CnaR mostra-se importante dispositivo na busca por assegurar à PSR seu direito à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. População em Situação de Rua. Atenção Integral à Saúde. Tecnologia. Rede Social.

ABSTRACT

In the last decades of the twentieth century, homeless people become a social issue widely discussed in Brazilian society. This population is closely related to capitalist and urban development, being associated with social exclusion and urban poverty. In spite of this, these decades mark the emersion of organizations of the civil society that come to claim the rights of this population. With this, a series of public policies is formulated, aiming at the well-being of this population. With regard to health, at the beginning of the 21st century, there are municipal initiatives that seek to ensure the access of this population to health services. Accumulation of experiences in this sense contributes to the Ministry of Health proposes, in 2011, the creation of the Street Clinic. These are multiprofessional health teams to ensure the access and care of homeless in health services of the Brazilian Unified National Health System. The present study seeks to understand the production of care for this population operated by two teams of CnaR in the city of Rio de Janeiro. This is a qualitative study, based on participant observation and interviews with professionals and users. What is observed, throughout the study, is the production of care relate to the intersecting spaces of professionals among themselves, designing itself in the user-professional intersection. This production is a space where soft, soft-hard and-hard technologies operate, as well as all sorts of institutional and instituted forces of economic, political, cultural and moral order. These three types of technologies are fundamental to the production of care, and soft technology is fundamental to the design of the use made of other technologies. In the case of the teams observed, this production is made from Living Networks designed by institutionalized and instituting movements, producers of singular care. The user's Living Network shows innumerable connections that they operate in the production of their lives. The Street Clinic is an important device in the search for homeless people's right to health.

Keywords: Primary Health Care. Homeless Persons. Comprehensive Health Care. Technology. Social Networking.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABA	Associação Benemerita e Abrigos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool/drogas
AgS	Agente Social
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistência Social
AvA	Avenida A
BA	Bairro A
CFA	Clínica da Família A
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial – criança e adolescente
CR	Consultório de Rua
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMSA	Centro Municipal de Saúde A
CMSB	Centro Municipal de Saúde B
CnaR	Consultório na Rua
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
CSCC	Centro de Saúde Carlos Chagas
CSEBF	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
CTT	Composição Técnica do Trabalho
CTPR	Centro de Triagem de População de Rua
DCMSA	Diretor do Centro Municipal de Saúde A
DOTS	Tratamento Diretamente Observado
DPE	Defensoria Pública Estadual
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência

	Adquirida
EA	Equipe A
EB	Equipe B
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GCnaR	Gerência dos Consultórios na Rua
GESF/CnaR	Gerente das equipes de Estratégia de Saúde da Família e de Consultório na Rua do CMSA
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMA	Hospital Municipal A
HMB	Hospital Municipal B
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IETS	Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MA	Maternidade A
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
PE	Prontuário Eletrônico
PSR	População em Situação de Rua
SMSMRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro
TA	Território A
TB	Território B
TOA	Terminal de Ônibus A
UE	Unidade de Emergência
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UP	Unidade Psiquiátrica
VR	Visita à Rua

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONTEXTOS E CONCEITOS	16
2.1	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	16
2.1.1	População em situação de rua e a cidade: pobreza e exclusão	16
2.1.2	Breve histórico da população em situação de rua	21
2.1.3	Caracterização da população em situação de rua no Brasil e no Rio de Janeiro	26
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, SAÚDE COLETIVA E O CONSULTÓRIO NA RUA	30
2.2.1	Atenção Primária à Saúde e Saúde Coletiva: paralelos na conformação da Atenção Básica no Brasil	30
2.2.2	A Política Nacional de Atenção Básica e o Consultório na Rua	35
2.2.3	Das experiências da Atenção Básica e da Saúde Mental ao Consultório na Rua	42
2.3	A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE	46
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	67
4	A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM DUAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	75
4.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS EQUIPES E SEUS CONTEXTOS ESPECÍFICOS	75
4.2	ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO TÉCNICA DO TRABALHO (CTT) DAS EQUIPES OBSERVADAS	82
4.3	ACOLHIMENTO, VÍNCULO E AUTONOMIA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO OPERADA PELAS EQUIPES OBSERVADAS	106
4.4	O CUIDADO EM REDE CO-OPERADO PELAS EQUIPES OBSERVADAS	125
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
	REFERÊNCIAS	155
	ANEXOS	169

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – USUÁRIO DO SUS	169
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAL DO SUS	172
ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PROFISSIONAIS DO CNAR .	175
ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE USUÁRIOS DO CNAR	177

1 INTRODUÇÃO

Pensando em alguns aspectos de minha experiência e trajetória de vida, busco reconhecer elementos que, creio, contribuam ao meu interesse pelo tema desta dissertação: **O Consultório na Rua (CnaR) e a produção de cuidado à população em situação de rua (PSR)**. Isto, porque, de antemão, não me é resposta simples ou fácil, destas que se conformam de maneira sucinta, objetiva e linear, a justificativa do tema escolhido.

Por que o CnaR e a PSR? Porque estudar a produção de cuidado operada pelo CnaR à PSR? Uma vez que, profissionalmente, nunca tenha trabalhado no CnaR, nem com tal população, nunca tenha experimentado a *situação de rua*, nem se quer conhecido alguém próximo em tal *situação*, por que se deter a esta questão?

A justificativa que encontro em minha experiência de vida me parece ser menos influenciada pela objetividade de uma projeção profissional ou acadêmica – ao menos da que se encontra associada a uma ideia de trajetória profissional ou acadêmica linear – e mais influenciada pelo afeto e pelo interesse político que a rua produz em mim. O gosto pela rua é permanente em minha trajetória, gosto por estar na rua. Algo em alguma medida permanente desde a infância e adolescência em Jacareí, passando pela juventude e vida adulta nas capitais paulista e fluminense. Especialmente nas capitais, com suas paisagens que mesclam o novo e o velho, o moderno e o antigo, onde circula uma multidão de pessoas, o gosto e o interesse pela rua não muda ao longo dos anos.

Mas não é apenas a paisagem arquitetônica e a multidão em movimento que produz, ao longo destes anos, certas marcas em meu corpo. A pobreza, a miséria e a desigualdade também estão presentes nestas paisagens. E o corpo marcado por tais paisagens reconhece, ao longo desta pesquisa, sentimentos vivenciados, com certa frequência, sempre que se depara com a imagem de pessoas em situação de extrema miséria e vulnerabilidade. Sentimentos contraditórios que vão da empatia à indiferença (ou até mesmo ao medo ou à raiva – que terrível reconhecer isto!), da perplexidade à indignação, e que conformam boa parte dos afetos

produzidos em mim, sempre que, de alguma forma, interajo¹ com pessoas em situação de rua.

Por outro lado, em minha trajetória profissional e acadêmica, há sempre o interesse pelo *cuidado*, ou sua *produção*. O trabalho na Atenção Básica e na Vigilância em Saúde em serviços de saúde do SUS certamente me cativa o interesse pela produção do cuidado, especialmente para questões de ordem micropolítica, ou seja, da ordem da formação do desejo e do poder no campo social, a partir das relações intersubjetivas (GUATTARI e ROLNIK, 1996; FOUCAULT, 2015; FEUERWERKER, 2014, FRANCO e MERHY, 2013). O desafio de produzir cuidado em saúde, em uma sociedade extremamente desigual e injusta me produz questionamentos sobre as relações intersubjetivas que se apresentam no microcosmo das práticas de saúde. Os diálogos e, para além destes, os afetos que se produzem no cotidiano de interações intersubjetivas, como eles se conformam para a produção de saúde (ou de mais sofrimento)? Quais subjetividades atravessam estas interações e como elas contribuem ou prejudicam a produção do cuidado? Qual é o lugar do desejo dos sujeitos em interação? E o lugar da autonomia do sujeito cuidado? Estas são algumas das questões que o cotidiano de trabalho em serviços de saúde produz em mim, questões estas que definem a centralidade da questão da produção do cuidado neste estudo.

Portanto, inicialmente me interessa explorar a relação entre a rua – componente da cidade, espaço urbano em intenso processo de (re)urbanização (COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO SOBRE OS MEGAEVENTOS, 2014; HARVEY, 2014) – e a produção de cuidado em saúde. E é dentro desta perspectiva inicial que surge o interesse pelo Consultório na Rua. Pesquisar o CnaR e a PSR me parece uma interessante forma de estudar tal relação, uma vez que a rua – enquanto expressão do espaço público da cidade em processo de (re)urbanização – ocupa lugar central à dinâmica de ambos (CnaR e PSR). Mas o fato é que, na medida em que se desenha o estudo, atribuo maior ênfase a dimensão micropolítica da produção de cuidado. A aproximação com o tema, a partir de algumas referências (BRASIL, 2012b; LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014; SILVA,

¹No Dicionário Houaiss encontram-se duas descrições para palavra interagir: 1 – agir afetando e sendo afetado por outro(s); 2 – ter diálogo, comunicação (com outro) em dada situação, relacionar-se (INSTITUTO ANTONIO HOUAISS DE LEXICOGRAFIA, 2015). Entende-se, neste estudo, que a interação corresponde a algo que se dá para além do diálogo pela linguagem, correspondendo a afetos que incluem o diálogo, mas que também se conformam na ausência deste. Sentir a presença do outro já diz respeito a uma interação, ainda que tal sensação não seja mediada pela linguagem.

2013; PIOVESAN, 2013), canaliza meu interesse neste sentido. A questão urbana, então, deixa de ocupar centralidade no interesse deste pesquisador e o tema acima citado se consolida nesta pesquisa.

Mas este estudo não se justifica apenas por meus interesses pessoais e na dimensão política e acadêmica se encontram maiores razões para sua realização. A questão da produção de cuidado em saúde para a população em situação de rua tem sido tratada em diversos espaços e meios, em seminários, encontros, conferências e congressos (UFSCAR, 2008; SDH, 2015; MNCR, 2016; CEARÁ, 2016), em reportagens de televisão e de jornais (G1, 2015; O GLOBO, 2016; PIAUÍ, 2010; FOLHA, 2016), em documentários (PIOVESAN, 2013), em teses e dissertações (DANTAS, 2007; SILVA, 2013; LOUZADA, 2015), em artigos científicos e livros (BORYSOW e FURTADO, 2014; LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014; ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005; ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016; TEIXEIRA e FONSECA, 2015), e em documentos governamentais (BRASIL, 2012a, 2012b, 2014), configurando importância social, política e acadêmica ao tema.

Com o tema definido, trata-se de estabelecer objeto, objetivos e os pressupostos metodológicos do estudo. O interesse pela produção do cuidado se refere à sua materialização no cotidiano dos serviços de saúde, se trata de compreender esta produção em ato, em seu lugar de acontecimento. Para tanto, se define como objeto da pesquisa **a produção de cuidado à saúde da população em situação de rua realizada por duas equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro**. E o que se objetiva com tal estudo? O objetivo geral é **compreender a produção de cuidado em saúde realizada por duas equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro**, conformando objetivos específicos a este estudo:

- Contextualizar a população em situação de rua no Brasil e no Rio de Janeiro;
- Contextualizar o Consultório na Rua no Brasil e no Rio de Janeiro;
- Descrever as bases conceituais que referenciam a noção produção de cuidado deste estudo;
- Caracterizar as equipes de Consultório na Rua estudadas;
- Caracterizar o contexto de atuação destas equipes;
- Caracterizar a produção de cuidado realizada por estas equipes;

Por sua vez, em relação ao método, a perspectiva de produzir uma compreensão sobre a produção de cuidado em ato, define a opção por uma pesquisa qualitativa, organizada a partir de observação participante e de entrevistas de usuários e profissionais realizadas junto às equipes selecionadas para este estudo (as considerações metodológicas estão no item 3 do sumário).

Desta forma, o estudo apresentado nesta dissertação está organizado em cinco capítulos. O introdutório apresenta o estudo, sua motivação, justificativa, objeto e objetivos, bem como a estrutura da dissertação. O segundo capítulo trata de aspectos contextuais e conceituais do tema, relacionados ao reconhecimento da PSR como uma questão social; às relações entre Atenção Primária à Saúde (APS), Saúde Coletiva, Atenção Básica e o Consultório na Rua; e à conceituação de produção de cuidado em saúde. O terceiro apresenta as considerações metodológicas deste trabalho. O quarto representa um esforço de compreensão, à luz das categorias analíticas elencadas (apresentadas no segundo tópico), da produção de cuidado operada pelas equipes de CnaR participantes da pesquisa. E o quinto, por fim, trata das conclusões e considerações finais.

Sendo assim, se faz uma última consideração nesta introdução: este estudo entende que a vida singular e coletiva, nos dias atuais – e talvez sempre – tem sido atravessada por uma intensa disputa social em relação à ética e à política que orienta as relações sociais. O SUS, em seus aspectos que compõem um projeto de democratização e de fortalecimento da justiça social e da solidariedade, tem sido permanentemente confrontado por interesses diversos que os contrapõem. A busca por uma maior compreensão sobre a produção de cuidado em uma dada experiência específica do SUS lança luz à complexidade deste processo, possibilitando o reconhecimento de elementos desta experiência que possam contribuir a reflexão e organização deste sistema, o qual se entende parte de um projeto civilizatório, originalmente pensado e proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária. Por outro lado, se entende que os elementos que se apresentam como limites e contradições desta experiência evidenciam desafios a serem superados no processo de construção do SUS no cotidiano das práticas nos serviços. De toda a forma, a expectativa que se conforma neste pesquisador é a de que esta dissertação contribua a boa luta que se trava cotidianamente em defesa de um SUS democrático, justo, solidário e universal.

2 CONTEXTOS E CONCEITOS

2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

2.1.1 População em situação de rua e a cidade: pobreza e exclusão social no processo de urbanização

É principalmente nas grandes cidades e metrópoles modernas que se percebe a existência da População em Situação de Rua (PSR). Em trânsito ou assentadas precariamente, sozinhas ou em pequenos grupos, crianças, adultos e idosos, homens e mulheres; é nas vias públicas que esta população conforma seu local de moradia, de trabalho, de convivência, enfim, de produção de vida (BRASIL, 2008, 2012b; ESCOREL, 1999, ROSA, 2005).

Estas cidades se constituem, historicamente, a partir do adensamento populacional e da expansão do trabalho operário. Configuram-se, portanto, espaços de intensos conflitos e contradições (IVO, 2010, FERREIRA, 2011). À luz da teoria marxiana, é possível reconhecer que, no processo de desenvolvimento do sistema capitalista, a partir do século XVI, ocorre a dissociação entre trabalhador (especialmente o camponês) e meios de produção, em decorrência da expropriação das terras que pertencem à população rural. Esta expropriação tem caráter violento, em um processo no qual o Estado cumpre papel central na privatização das terras. Isto define àqueles que vivem exclusivamente do próprio trabalho (rural) a necessidade de vender a força de trabalho aos detentores dos meios de produção, o que passa a acontecer nas cidades industriais (SILVA, 2006).

Mas os trabalhadores que migram para as cidades não são plenamente integrados ao trabalho fabril, conformando-se um excedente de força de trabalho, denominado pela teoria marxiana de superpopulação relativa ou exército industrial de reserva. Segundo esta teoria, esta superpopulação é dividida em subgrupos: a população flutuante (por “flutuar” entre a condição de emprego ou desemprego); a população latente (que corresponde aos fluxos migratórios); a população estagnada (que trabalha em ocupações informais e tem qualidade de vida abaixo da média da classe trabalhadora); e ainda o pauperismo, que MARX (2013, p.728) descreve como a “parcela da classe trabalhadora que perdeu sua condição de existência – a venda da força de trabalho – e que vegeta graças a esmolas públicas”, ou seja, no pauperismo se incluem as pessoas aptas ao trabalho, mas que não são absorvidas pelo

mercado; órfãos ou filhos de pessoas que se encontram no pauperismo; e pessoas incapacitadas ao trabalho, de uma forma geral (SILVA, 2006; CARCANHOLO e AMARAL, 2008).

Esta não absorção plena da força de trabalho disponível, junto às condições adversas de trabalho fabril e salário, define um processo de pauperização da classe trabalhadora urbana em formação, com parte desta classe se tornando “mendigos” e “indigentes”. Este processo de expropriação, êxodo e pauperização dos trabalhadores rurais, que acontece primeiramente na Inglaterra, se generaliza por toda a Europa, ao longo dos séculos XVI, XVII e XVIII. E, em relação à pauperização, ainda que severas leis busquem enquadrar a nascente classe trabalhadora na dinâmica de trabalho assalariado, criminalizando a mendicância, esta atividade não deixa de existir, ainda que se notem movimentos de retração ou de aumento deste segmento social, o que está ligado a aspectos estruturais do desenvolvimento capitalista (SILVA, 2006).

A partir da análise dos fenômenos de urbanização, HARVEY (2014) reconhece uma forte relação deste com os excedentes da produção capitalista, ao longo de seu desenvolvimento. O capital, em sua infundável busca por mais-valia (lucro), produz excedentes de mercadoria e de força de trabalho que, por sua vez, necessitam ser absorvidos pelo sistema. A urbanização, então, aparece como solução a este problema, absorvendo estes excedentes (especialmente, o de mercadoria). O que se configura é uma relação de retroalimentação: o capital produz excedentes que a urbanização absorve, garantindo o lucro do capitalista, que, por sua vez, assegura mais investimentos para a produção de mais excedentes. Para o autor, a urbanização é uma forma de modelar a integração econômica e social no espaço das cidades, estando relacionada a certas condições econômicas, sociais e históricas (população numerosa e alta densidade populacional, população relativamente imóvel, alta atividade produtiva atrelada a condições técnicas e naturais favoráveis e boas condições de comunicação e acesso), que em, alguma medida, se mostram permanentes, sendo seu surgimento associado a um processo de integração econômica baseada em troca de mercado, o que define estratificação social e desigualdade no acesso aos meios de produção (HARVEY, 1989).

Desta forma, ao longo do século XX, se observa um intenso processo de urbanização no mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo MARICATO (2011), em 1890, das 49 maiores cidades do mundo, 42 estão no chamado

“Primeiro Mundo”. Já, nos anos 2000, das 50 maiores cidades do mundo, apenas 11 se encontram nos países mais “desenvolvidos”. A China, por exemplo, que possui, em 1990, 74% de sua população em áreas rurais, em 2010, apresenta a metade de sua população em áreas urbanas (HARVEY, 2014).

A urbanização nos países subdesenvolvidos ocorre de forma intensa e acelerada, impulsionado por uma importante industrialização em meados do século XX. A mudança de uma economia predominantemente agroexportadora para uma economia semi-industrializada define um processo migratório do campo para a cidade sem que haja, concomitantemente, um adequado planejamento e desenvolvimento urbano. Sem isto, a falta de infraestrutura urbana para a acomodação de uma população crescente resulta em “gigantescas metrópoles industriais fordistas subdesenvolvidas, concentradoras da produção industrial e da massa de mão-de-obra disponível e marcadas pela divisão social do espaço urbano” (FERREIRA, 2000, p.13).

SANTOS (1993) descreve o avanço da urbanização brasileira ao longo do século XX e afirma que, a partir da década de 1970, tal processo se intensifica. Em 1940, aproximadamente 15% da população brasileira se encontra em cidades com mais de 20.000 habitantes. Em 1980, esse número corresponde a mais da metade da população brasileira. Também cresce o número de cidades com mais de 100.000 habitantes: de 11, em 1940, para 142, em 1980. O autor também dá destaque ao processo de metropolização que acontece em mais de uma dezena de cidades brasileiras, representando grande importância nos processos econômicos e políticos do país. As metrópoles correspondem a áreas geográficas urbanas formadas por mais de um município, no qual o município maior e mais populoso (normalmente, com mais de um milhão de habitantes) configura-se núcleo do processo de metropolização e sobre o qual se desenvolvem ações e políticas especiais. A metropolização tem grande importância social, econômica e política por sua concentração de população e de pobreza.

Este aumento gradual da população urbana não é acompanhado pelo aumento da infraestrutura urbana - tratamento de água, esgoto, coleta de lixo, pavimentação, planejamento de vias e do processo de assentamento residencial, entre outros aspectos – e, tão pouco, acompanhado por políticas sociais que ofertem serviços básicos como previdência e assistência social, educação e saúde a toda população (em especial, à população mais pobre); sem contar os baixos salários e trabalhos precários (não contemplados pelos direitos

trabalhistas) oferecidos à maioria dos trabalhadores (DRAIBE, 1993; FERREIRA, 2000, 2011). Desta forma, o processo de urbanização, principalmente nos países subdesenvolvidos, se faz altamente relacionado à conformação da desigualdade social e da pobreza urbana, tendo por base a “metropolização da pobreza, a sedimentação de uma camada de pobres estruturais, a acentuação da desigualdade entre regiões do país e a concentração de renda nos estratos superiores de rendimentos” (SCOREL, 1999, p.32-33). Esta pobreza metropolitana foi se constituindo principalmente nas regiões periféricas das cidades, tendo uma economia essencialmente monetária, vínculos sociais e familiares extremamente frágeis e pouco alcance a serviços sociais e de infraestrutura urbana (SCOREL, 1999).

Analisando a questão da pobreza urbana, SCOREL (1999), tendo por referência autores como Robert Castel e Pierre Rosanvallon, produz uma importante discussão sobre a categoria “exclusão social”. Tal categoria foi forjada na França, na década de 1970, porém, é na década de 1980 que o termo ganha grande relevância social, política e acadêmica, sendo muito utilizado nas análises sobre a crise econômica daquele período. Destas análises, se observa um processo de constituição de uma “nova pobreza” (ou “nova questão social”), que passa a incidir sobre novos segmentos da sociedade que, até então, estão, em alguma medida, “inseridos” na dinâmica econômica anterior à crise. A mudança no processo de acumulação capitalista reverbera negativamente no desemprego, o que define uma incapacidade do modelo de solidariedade social, até então instituído, de impedir o aumento da pobreza e da desigualdade, uma vez que tal modelo de solidariedade tem forte dependência do mercado formal de trabalho.

Ainda que as análises sobre “exclusão social” sejam originalmente produzidas na Europa, especialmente na França, as décadas de 1970 e 1980 são marcadas por uma grande crise econômica do sistema capitalista, afetando países do mundo inteiro, inclusive os países latino-americanos (ROSA, 2005; SADER, 2008). No Brasil, a reestruturação produtiva impulsionada por esta crise define uma importante desestruturação do mercado de trabalho, o que aumenta o número de pessoas desempregadas, principalmente nos grandes centros urbanos. Neste período, também se observa o aumento do número de pessoas “morando” nas vias públicas (ROSA, 2005). É dentro desta perspectiva que SCOREL (1999) desenvolve seu conceito de Exclusão Social, caracterizando-o como “um processo de vulnerabilidade, fragilização e ruptura dos vínculos em várias dimensões da vida” (SCOREL, 1999, p.258).

Sendo assim, é neste contexto de crise econômica e social com agravamento das condições de desigualdade e pobreza que a População em Situação de Rua (PSR) passa a se conformar uma importante questão social. Sua importância não reside em sua representatividade perante a população total ou mesmo pobre, mas no fato de que “sua existência questiona como estão ocorrendo as relações no conjunto da sociedade” (ESCOREL, 1999, p.261). O aumento da PSR nos grandes centros urbanos transforma tal segmento social em questão social, passando a ser discutida em diversos setores da sociedade. ROSA (2005) constata que, ao longo da década de 1980, há diversas reportagens com caráter de denúncia sobre a questão da PSR, que reivindicam do poder público ações governamentais favoráveis a esta população. É também nesta década que na capital paulista se começa observar um processo de organização da sociedade civil em defesa dos direitos da PSR.

Desde então, é crescente o processo de mobilização em torno de uma agenda política em defesa dos direitos da população em situação de rua. ROSA (2005) aponta alguns processos seminais, tanto da mobilização da PSR e de uma agenda de luta em defesa de seus direitos, quanto de ações e políticas públicas oferecidas a esta população, na década de 1990 (estas experiências estão citadas no tópico 2.1.2). Mas, nos anos 2000, tal mobilização parece alcançar maior projeção, aglutinando diversos segmentos sociais que contribuem na luta pelos direitos da PSR junto a organizações civis da própria PSR (DANTAS, 2007; BRASIL, 2006; MNCR, 2017). O Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR), um dos principais movimentos sociais na mobilização da PSR (junto ao Movimento Nacional de População de Rua – MNPR), é fundado oficialmente em 2001, quando da realização de seu primeiro Congresso (MNCR, 2017), e o primeiro Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua ocorre em Brasília, em 2005, mesmo ano em que se funda o MNPR. Do relatório deste encontro é possível reconhecer diversas reivindicações relacionadas a direitos sociais básicos como moradia, saúde e educação, direito à mobilidade urbana e combate ao preconceito e discriminação sofridos pela PSR (BRASIL, 2006). Toda esta mobilização contribui para que, ao final desta década, em 2009, seja publicado o Decreto nº 7.053, de dezembro de 2009, instituindo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009). É também nesta década que as primeiras experiências de Estratégia de Saúde da Família para população sem domicílio surgem no cenário das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2012 a,b).

Embora a luta pelo direito à cidade não apareça claramente expressa nos documentos consultados (BRASIL, 2006; MNCR, 2017), relacionados às reivindicações políticas da PSR,

se sinaliza aqui a possibilidade desta ser uma agenda comum da PSR junto a diversos movimentos sociais e políticos, que se encontram no espaço das cidades, reivindicando condições de vida mais dignas. À exemplo da cidade do Rio de Janeiro, onde o presente estudo é desenvolvido, é evidente que o caráter de seu atual processo de urbanização é hostil e excludente a amplos segmentos sociais, especialmente à própria PSR, alvo de violências (governamentais e civis) de toda sorte, inclusive do recolhimento e remoção (também violências) para áreas periféricas da cidade, o que dá à atual urbanização carioca um forte caráter elitista e higienista (COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO SOBRE OS MEGAEVENTOS, 2014). HARVEY (2014) entende que a luta pelo direito à cidade – a qual, para o autor, se materializa na defesa do controle democrático dos excedentes de produção destinados à urbanização – tem grande importância, em razão da centralidade da cidade nas lutas políticas:

O direito à cidade é, portanto, muito mais do que um direito de acesso individual ou grupal aos recursos que a cidade incorpora: é um direito de mudar e reinventar a cidade mais de acordo com nossos mais profundos desejos. Além disso, é um direito mais coletivo do que individual, uma vez que reinventar a cidade depende inevitavelmente do exercício de um poder coletivo sobre o processo de urbanização (HARVEY, 2014, p.28).

Sendo assim, entende-se que uma agenda de luta pelo direito à cidade (sem desmerecer a importância das demais lutas e reivindicações que organizam a PSR) pode contribuir, não apenas ao fortalecimento da luta política da PSR, mas, também, ao fortalecimento de uma agenda comum, junto aos segmentos sociais que hoje lutam por uma cidade mais justa e solidária. No fim das contas, uma cidade mais justa e democrática à PSR é, também, uma cidade mais justa e democrática para o conjunto da sociedade.

2.1.2 Breve histórico da população em situação de rua

No Brasil, é principalmente nas duas últimas décadas do século XX que a PSR se configura questão social, sendo poucos documentos e trabalhos que tratem da configuração de tal população anteriormente aos anos de 1980 (ROSA, 2005; SILVA, 2006; FREITAS, 2016). A crise econômica e social que acomete o capitalismo global nos anos de 1970 e 1980 afeta

centralmente o mundo do trabalho. Neste período, se observa a conformação de um segmento de trabalhadores com grande dificuldade de participar do mercado formal de trabalho, passando a trabalhar de forma intermitente e precária, mal remunerada, o que se expressa na ausência de uma residência fixa, dependendo de estadias em pensões, cortiços, albergues e, até mesmo, na rua. Tal condição também se expressa na fragilização de vínculos sociais e familiares por parte destes trabalhadores (ROSA, 2005; SILVA, 2006).

Em São Paulo, por exemplo, entre o final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, se percebe um expressivo aumento da PSR. O avanço do desemprego no início da década de 1990, em especial na construção civil, faz com que trabalhadores, muitos migrantes sem residência e sem família que moram em alojamentos e em canteiros de obras, passem a engrossar o contingente de miseráveis vivendo nas ruas. Também contribui a tal processo o corte de investimentos em programas de habitação nos anos de 1980 que, apesar de uma série de problemas, asseguram o aumento do número de moradias populares. Com o corte, se observa o aumento da disputa por moradias de baixa qualidade como cortiços, barracos de favelas e cômodos e, conseqüentemente, o aumento do custo locativo destes, que apesar de precários, tornam-se difíceis de conseguir, fazendo o pernoite nas ruas se tornar a realidade de cada vez mais pessoas (SIMÕES JUNIOR, 1992; ROSA, 2005).

Os anos de 1980 são de grande violência sofrida pela PSR a partir de ações governamentais. Proibição de catar papelão, gradeamento de praças e de baixos de viadutos – processo que fica conhecido como arquitetura da exclusão – expulsão desta população de praças através de jatos de água, entre outras violências. Tudo isto contribui ao crescente processo de mobilização e organização de grupos solidários à PSR (COSTA e DIAS, 2005).

Guarda grande importância ao processo de auto-organização da PSR, a ação de organizações da sociedade civil, em especial, relacionadas à religiosidade. A este respeito, destacam-se os trabalhos pioneiros da Organização de Auxílio Fraternal (OAF) e da Fraternidade das Oblatas de São Bento (SIMÕES JÚNIOR, 1992; FREITAS, 2016). São estas duas organizações que desencadeiam processos de mobilização e organização da PSR em São Paulo. Ambas, já na década de 1970, realizam abordagens à PSR – as chamadas Rondas Noturnas – que consistem em um trabalho de caridade (entrega de alimentos, cobertores, etc) e de escuta desta população, além de coordenarem casas de acolhimento para mães solteiras. O trabalho envolve, inclusive, uma espécie de “atendimento espiritual” a casos mais complexos de violência e sofrimento.

Mas é a partir do final da década de 1970 que tais organizações passaram a ter um caráter mais crítico sobre seu papel, tendo como consequência um maior “engajamento” junto aos pobres da rua. FREITAS (2016) descreve um intenso processo de reflexão e crítica que passa a conformar tais organizações, que reconhecem no povo pobre um sujeito político-histórico na transformação de sua realidade. Reconhece-se, então, uma influência da Teologia da Libertação sobre tal processo. Como afirma LOWY (1989, p.54) sobre a Teologia da Libertação: “se o interesse pelo pobre é de fato uma tradição cristã, antiga, o acontecimento novo é a afirmação de que os pobres serão ‘os agentes de sua própria libertação e o sujeito da sua própria história’ — e não simplesmente o objeto de uma atenção paternalista, caridosa e assistencial”.

As ações da OAF e da Fraternidade são realizadas por voluntários e religiosos que saem às ruas buscando reunir tais pessoas, estimulando uma organização comunitária. Uma das experiências importantes relacionadas a tal engajamento é a organização de uma cooperativa de catadores: a Coopamare, que se desenvolve, inclusive adquirindo equipamentos para prensagem, caminhão e carrinhos. Outra experiência semelhante foi a criação por um “ex-mendigo” de uma associação que oferece abrigo e estimula a reinserção da pessoa em situação de rua junto à sociedade: a Associação Benemerita e Abrigos – ABA (SIMÕES JÚNIOR, 1992; FREITAS, 2016). Este protagonismo de organizações religiosas na mobilização da PSR, segundo REIS JÚNIOR (2012, citando Bastos e Candido), também é observado em Belo Horizonte.

Outro processo interessante de organização da PSR, nos anos de 1990, trata das ações relacionadas a um grupo de pessoas (educadores de rua, agentes pastorais, voluntários) em São Paulo que, a partir de visitas a albergues, busca discutir a questão da PSR, tendo por perspectiva a ida (ou retorno) desta população para o campo, reivindicando o direito à terra, o que se dá através da participação no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST (ROSA, 2005).

Também se pode destacar certo processo de institucionalização das ações e políticas, decorrentes destas mobilizações. REIS JÚNIOR (2012, citando Belo Horizonte) afirma que, com o avanço de tal mobilização, em Belo Horizonte, se observa uma inflexão na agenda política da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, resultando em um Programa para a PSR e na realização do Fórum da PSR.

Na década de 2000, a perspectiva organizativa da PSR continua e se fortalece. No início desta década, em 2001, ocorre a Primeira Marcha Nacional da PSR, em Brasília, o que move milhares de pessoas para a capital do país, onde, no mesmo período, é fundado o MNCR (FREITAS, 2016). Outro fato marcante é que, em resposta às recorrentes violências sofridas por esta população – em especial, o “Massacre da Praça da Sé”, quando, no mês de agosto de 2004, mais de uma dezena de pessoas em situação de rua é agredida e seis assassinadas – e à fragilidade das ações empreendidas pelo Estado em relação aos direitos da PSR, é fundado o Movimento Nacional da População em Situação de Rua – MNPR (FREITAS, 2016). A fundação ocorre durante o Festival Lixo e Cidadania, em Belo Horizonte, contando com pessoas de Minas Gerais, de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Mato Grosso (MNPR, 2010; BRASIL, 2013). Desde então, fatos como a elaboração de uma pesquisa nacional sobre a população de rua, a representatividade em conselhos como o Conselho Nacional de Assistência Social e o Conselho Nacional de Saúde, a implantação de comitês estaduais e municipais da PSR para o acompanhamento das políticas dirigidas a tal população, e o Decreto 7.053, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua foram influenciados por este Movimento (DANTAS, 2007; BRASIL, 2009, 2014).

O I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, de 2005, também se mostra um marco importante do processo organizativo desta população. Este encontro conta com participantes de diversos municípios e que desenvolvem ações com a PSR. O encontro é um importante espaço de trocas e de apontamentos para a elaboração de melhores políticas para esta população, identificando desafios relacionados à superação de preconceitos e do assistencialismo, ao apoio à organização da PSR, à articulação intersetorial das políticas e qualificação do financiamento destas, à valorização dos trabalhadores que trabalham diretamente com a PSR e à melhoria das ações de segurança e justiça relacionadas a esta população (DANTAS, 2007; BRASIL, 2006; MNCR, 2017).

No município do Rio de Janeiro também se observa um processo de aumento da mobilização social em torno da PSR. Em 2000, surge a Rede Solidariedade, na qual participam uma série de instituições tendo por foco soluções para as questões da PSR. É ela a principal proponente dos Seminários sobre a População Adulta em Situação de Rua, a qual, em suas diversas edições trata de questões pertinentes à PSR como saúde, educação, trabalho, renda, habitação, entre outros, desenvolvendo importantes propostas para a qualificação das políticas públicas destinadas a esta população (DANTAS, 2007).

Outro desdobramento importante da Rede Solidariedade é a Comissão Permanente de Monitoramento da Política de Assistência para a População Adulta em Situação de Rua da Cidade do Rio de Janeiro. Esta comissão surge no contexto de apresentação de relatos no Conselho Municipal de Assistência Social de violências sofridas pela PSR, se tornando uma instância de acompanhamento das ações dirigidas à PSR, sendo composta por representantes da sociedade civil e dos governos municipal e estadual. Porém, em 2005, o CMAS interrompe o apoio estrutural que oferece a esta comissão, processo que claramente expôs as limitações definidas em decorrência de conflitos políticos existentes em tais espaços. Ainda assim, tal comissão influencia a Conferência Municipal de Assistência Social de 2005 a reivindicar ao Poder Público, por exemplo, a produção de informações periódicas, sociais e demográficas da PSR (DANTAS, 2007).

Em janeiro de 2006 esta Comissão passa a se reconhecer Fórum Permanente sobre População Adulta em Situação de Rua, dando, de certa forma, continuidade a dinâmica de mobilização. Tem continuidade a realização de seminários e, como acúmulo de tal processo, em 2009, este Fórum divulga um documento intitulado “Bases para uma Política Pública de Inclusão Social da População Adulta em Situação de Rua no Estado do Rio de Janeiro” (PORFÍRIO, 2014). Este documento apresenta, além de um panorama da PSR no estado, uma série de diretrizes e propostas de políticas públicas para a PSR (FÓRUM PERMANENTE SOBRE POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2009).

Em 2013, é realizado, a partir de uma parceria de diversas entidades, um seminário intitulado “Ninguém mora na rua porque gosta”, que conta com a participação de mais de 150 pessoas, e que aborda o agravamento das violações de direitos a que a PSR é comumente submetida, com destaque ao recolhimento compulsório e encaminhamento para abrigos na periferia da cidade (PORFÍRIO, 2014).

Os elementos históricos apresentados aqui certamente não representam uma “realidade nacional”, visto que boa parte das referências, em especial as que tratam das décadas de 1980 e 1990, se referem a fatos ocorridos, centralmente, na capital paulista. O acesso a registros históricos sobre a PSR, em especial SIMÕES JUNIOR (1992), ROSA (2005) e FREITAS (2016), retrata centralmente a história paulistana desta população. Não são encontrados documentos semelhantes, que desenvolvam uma leitura histórica sobre a PSR em outras cidades, tão pouco nacionalmente, ainda que se observe, a partir do estudo de SILVA (2006),

que, na década de 1990, tal população se expresse questão social em muitos municípios, o que se evidencia nos estudos e pesquisas, organizadas pelo poder público, de caráter quantitativo e qualitativo, sobre a PSR, trabalhados em sua dissertação (Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo e Recife). A perspectiva aqui é reconhecer, que, de alguma forma, historicamente, a situação de rua mobiliza diversos segmentos sociais, enquanto questão social e que, ainda que tal situação seja de extrema vulnerabilidade para a população que a vivencia, esta vem protagonizando experiências que contribuem a sua própria emancipação.

2.1.3 Caracterização da população em situação de rua no Brasil e na cidade do Rio de Janeiro

ESCOREL (1999), em seu estudo sobre exclusão social, realiza uma pesquisa qualitativa, que envolve entrevistas e observação participante junto a pessoas em situação de rua na Cidade do Rio de Janeiro. A partir do material coletado, a autora estrutura três dimensões ao processo de exclusão social destas pessoas. A dimensão familiar, o trabalho e a rua. A dimensão familiar é observada como sempre associada a questões como uso abusivo de drogas, violência doméstica, conflitos familiares, incapacidades físicas e doenças mentais. A fragilidade das políticas públicas e das políticas de proteção ao trabalhador conforma a família em importante aspecto de proteção social, o que define a vida de um sujeito de laços familiares frágeis, importante vulnerabilidade.

A dimensão do trabalho, ou o não alcance de um trabalho que assegure as condições do sujeito sustentar a si e a sua família se relaciona a um processo de distanciamento da família (quando se afasta para a busca do rendimento, ou por algum conflito decorrente do desemprego). A ocupação da PSR é informal, precária e irregular, não assegurando direitos trabalhistas, tampouco condições mínimas de existência. A maioria dos adultos em situação de rua são trabalhadores, com ocupações diversificadas e algum grau de escolaridade, porém, o mundo do trabalho, como já sinalizado anteriormente, não absorve, por uma característica estrutural, toda a força de trabalho disponível.

Já a dimensão da rua refere-se ao espaço em que vive e sobrevive a PSR. Espaço onde novas interações se constituem, onde se encontra a atividade laboral, onde se conforma toda a vida da PSR, sendo o espaço, inclusive, das atividades que socialmente, ao menos nos demais

segmentos da sociedade, comumente, se produzem no espaço privado (a alimentação, o banho, as necessidades fisiológicas, o sexo).

SILVA (2006), embora, em sua análise marxiana, atribua maior peso à relação capital-trabalho e à mais-valia na caracterização da PSR, reconhece múltiplos fatores que a caracterizam, os classificando como fatores estruturais (falta de moradia, de trabalho ou renda), fatores biográficos (quebra de vínculos familiares ou comunitários, doenças, abuso de drogas, etc) e, até mesmo, fatores relacionados a desastres de massa (chuvas, desabamentos, inundações, incêndios, etc.). A autora também elenca outras características à PSR: o fato desta ser uma “expressão radical da questão social na contemporaneidade” (SILVA, 2006, p.83); sua localização predominante nas grandes cidades e metrópoles; o preconceito social que recai sobre tal população; a conformação de singularidades atribuídas ao território (maior ou menor concentração de uso de uma droga específica, por exemplo, ou distinção da caracterização etária); e a naturalização do problema (que se evidencia especialmente na fragilidade das pesquisas censitárias e das políticas públicas destinadas a esta população).

Portanto, entende-se que a População em Situação de Rua não é homogênea e que múltiplos fatores a influenciam e a caracterizam. Estes múltiplos fatores passam por uma série de questões relacionadas à moradia, ao trabalho e renda, à educação, à convivência familiar, ao uso abusivo de drogas, a problemas de saúde, à exposição a preconceitos sociais e à violência, e à falta de políticas públicas eficazes no tratamento do problema (SILVA, 2006; ESCOREL, 1999; ROSA, 2005, BRASIL, 2009).

Contribui a uma melhor caracterização dessa população informações de pesquisas quantitativas da PSR. Porém, o conhecimento sócio-demográfico desta população, apesar das lutas e avanços mencionados anteriormente, é usualmente negligenciado no Brasil. Os censos demográficos produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não contemplam a inclusão da PSR. Na década de 1990, algumas poucas gestões municipais produzem estudos ou pesquisas censitárias sobre a PSR (SILVA, 2006). Nacionalmente, apenas na década passada é possível identificar uma ação mais organizada do gestor federal na direção de se ter um maior conhecimento sobre esta população.

Uma importante pesquisa é realizada, entre agosto de 2007 e março de 2008, pelo Instituto Meta, sob solicitação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS): a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008). Esta pesquisa tem como público-alvo a PSR maior de 18 anos, residente em 71 cidades brasileiras,

sendo 23 capitais e 48 municípios com população superior a 300 mil habitantes. Não participam da pesquisa Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife e São Paulo, por já terem realizado (ou estarem, à época, realizando) pesquisa semelhante.

Os dados corroboram as informações encontradas por ESCOREL (1999), ROSA (2005) e SILVA (2006). Nesta pesquisa são identificadas quase 32 mil pessoas adultas em situação de rua, em um total de 71 municípios. Estes são predominantemente do sexo masculino (82%), estando 53% entre 25 e 44 anos. Com relação à cor, 39,1% referem-se parda (proporção semelhante à da população brasileira), 29,5% branca (enquanto na população brasileira representam 53,7%) e 27,9% preta (enquanto na população brasileira representam 6,2%).

Reconhece-se, em boa parte, alguma renda advinda de diversas ocupações, com poucos se ocupando da mendicância: 52,6% referem uma renda semanal entre 20 e 80 reais. Exercem, à época da pesquisa, alguma atividade remunerada, 70,9% dos pesquisados, sendo as principais atividades a de catador de materiais recicláveis, “flanelinha”, construção civil, limpeza e carregador. Apenas 15,7% referem o pedido de dinheiro como a principal forma de sobrevivência. Em relação à profissão, 58,6% referem ter uma, sendo as mais citadas as relacionadas à construção civil, ao comércio, ao trabalho doméstico e à mecânica. Porém, a imensa maioria realizando trabalhos na economia informal, sendo que 47,7% referem nunca ter trabalhado com carteira assinada.

A baixa escolaridade é fator preponderante. Em relação à formação escolar 15% nunca estudou e quase a metade (48,3%) tem o ensino fundamental incompleto. Têm ensino médio completo 3,2% e 0,7% o superior completo.

Os principais motivos de tal situação referidos são o alcoolismo e/ou drogas (35,5%), o desemprego (29,8%) e desavenças com pai, mãe, irmãos (29,1%), sendo que 71,3% citam pelo menos um destes motivos.

Vivem, desde sempre, na mesma cidade onde são encontrados, 45% dos pesquisados. Dos demais, mais da metade (56%) é natural de municípios do mesmo Estado, maioria de áreas urbanas (72%). SILVA (2006), em seu estudo, reconhece que, entre a década de 1990 e a de 2000, diminui a importância do êxodo rural na conformação da PSR. Quase 60% vivem em até 3 cidades e apenas 12% referem ter vivido em 6 ou mais cidades (“trecheiro”). Dos que referem vida em outra cidade, 45,3% relatam oportunidade de trabalho como motivo do deslocamento. Referem estar dormindo na rua ou em albergue há mais de 2 anos 48,4%.

Com relação aos vínculos familiares, 51,9% relatam ter algum parente na cidade onde se encontram, porém, apenas 34,3% destes mantêm contato frequente (mensal, semanal ou diário) e 38,9% relatam não manter contato com os parentes. Tal informação corrobora com os achados de ESCOREL (1999) que reconhece a fragilização dos vínculos familiares como aspecto importante da situação de rua.

Quase 70% relatam o costume de dormir na rua, 22,1% de dormir em albergue e 8,3% de alternar rua e albergue. Entre os que relatam preferir dormir na rua (46,5%) 44,3% apontam a liberdade como principal motivo para não preferir o albergue, sendo a questão dos horários e a impossibilidade de usar drogas outros motivos apresentados. Entre os que preferem o albergue, 69,3% apontam a segurança como principal motivação, aparecendo também o conforto como motivação importante. Cerca de 60% relatam histórico de internação em pelo menos uma instituição, como prisão, FEBEM, hospital psiquiátrico, etc.

Os locais onde os entrevistados tomam banho e fazem suas necessidades fisiológicas é a própria rua, nos albergues, em banheiros públicos e a casa de parentes e amigos. Em relação ao hábito alimentar, 79,6% fazem, ao menos, uma refeição ao dia. Menos de 30% referem algum problema de saúde, sendo os mais citados hipertensão, problema psiquiátrico/mental, HIV/AIDS e problema de visão. Fazem uso de algum medicamento 18,7%, sendo que, 48,6% relatam conseguir tais medicamentos em postos e centros de saúde. Em relação ao serviço de saúde em que buscam usualmente atenção, 43,8% citam procurar, primeiramente, um hospital ou uma emergência, sendo os postos de saúde procurados, primeiramente, em 27,4% dos casos.

Em relação à posse de documentos, 24,8% não possuem qualquer tipo de documento de identificação. Relatam não receber qualquer benefício governamental 88,5%. Alguns poucos recebem algum benefício: Bolsa Família (2,3%), Aposentadoria (3,2%) e Benefício de Prestação Continuada (1,3%). Não possuem título de eleitor 61,6% e 95,5% relatam não participar de nenhum movimento social ou de atividade de associativismo.

Muitos dos entrevistados relatam ter sofrido algum tipo de discriminação, o que se observa no relato de terem sido impedidos de entrar em algum estabelecimento de circulação pública: shoppings, transporte coletivo, bancos, serviços de saúde, entre outros.

Já, em relação ao Rio de Janeiro, em 2013, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do município do Rio de Janeiro (SMDS-MRJ), em parceria com o Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS), realiza um censo da PSR vivendo na cidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015). Este

censo identifica 5.580 pessoas em situação de rua, quase 50% delas distribuídas entre o centro e a zona sul da cidade (33,8% e 15,3% respectivamente), sendo uma grande maioria do sexo masculino (81,8%), em idade produtiva (87,1% entre 18 e 59 anos), tendo ensino fundamental 75,11%.

O levantamento de informação referente à história prévia de doença identifica histórico de tuberculose em 6,47%, de hipertensão em 5,75%, de asma em 4,77%, 4,67% dengue. Outras doenças relatadas são transtornos mentais (3,85%), diabetes em 2,78%, hepatite (1,33%), HIV em 1,33%, câncer (0,69%) e hanseníase (0,63%). Em relação a deficiências, 5,67% relatam deficiência motora, 3,82% visual e 1,35% auditiva.

A maioria relata estar na rua há mais de um ano (64,8%), e também é maioria os que relatam dormir nas ruas quase todos os dias (75,81% entre 21 e 30 dias/mês). Com relação ao município de residência, antes da ida às ruas, 64,42% declaram ser o próprio Rio de Janeiro, 22,51% ser outro município do estado, 12,83% ser outro estado e 0,24% outro país. Entre os que relatam ter residido em outro município do estado, mais de 80% pertencem à região metropolitana.

Estes dados nos possibilitam reconhecer, ao mesmo tempo em que se observam condições estruturais que são compartilhadas por todos que se encontram nesta situação, uma infinidade de gradações, intensidades e combinações dos fatores que afetam a vida de cada pessoa em situação de rua. Em função disto, há de se reconhecer a importância da trajetória singular destes sujeitos e reconhecer que, quaisquer que sejam as soluções e políticas formuladas, é imprescindível o reconhecimento de uma ordem subjetiva e singular na conformação destes sujeitos.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, SAÚDE COLETIVA E O CONSULTÓRIO NA RUA

2.2.1 Atenção Primária à Saúde e Saúde Coletiva: paralelos na conformação da Atenção Básica no Brasil

A ideia de ofertar serviços de saúde de nível primário, com vistas a assegurar algum acesso a práticas de saúde para populações adscritas territorialmente e que, de certa forma,

configura a atual ideia de Atenção Primária à Saúde (APS), já tem quase cem anos. Na primeira metade do século XX ela se expressa inicialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, apresentando caráter curativo, ambulatorial e generalista. Posteriormente, se pode observar seu surgimento em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (por influência de fundações privadas norte-americanas), porém, com caráter mais preventivo, com foco no combate a endemias. Em países socialistas europeus também se observa esse tipo de serviço, com orientação mais ambulatorial, como o dos capitalistas desenvolvidos, porém, apresentando diversas especialidades (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Embora se reconheça serviços de saúde conformados com tal caráter em diversos países do mundo desde a primeira metade do século XX, é apenas na década de 1970 que este tema ganha relevância e destaque na agenda da saúde pública mundial. O fato é que emerge no contexto da Organização Mundial da Saúde (OMS) uma crítica, tanto à hegemonia biomédica dos serviços de saúde, quanto ao caráter verticalizante de programas de saúde desenvolvidos principalmente na América Latina e África, que organizam Centros de Saúde focados no combate a endemias, com a perspectiva preventiva separada da clínica e da assistência ambulatorial. Vê-se uma crítica se fortalecendo, ao longo da década de 1970, que reconhece a insuficiência de uma medicina biomédica e especializada na efetividade de serviços e de práticas em saúde pública; a crescente perda de autonomia das pessoas em decorrência de um intenso processo de medicalização, sem contar os problemas de saúde decorrentes da intervenção médica (iatrogênese); e os diversos problemas relacionados aos serviços de saúde geridos de maneira vertical por fundações privadas norte-americanas em países africanos e latino-americanos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; ILLICH, 1975).

É neste contexto que, no final da década de 1970, a APS se faz tema central de uma conferência mundial realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF): a Conferência de Alma-Ata. Esta Conferência expressa importantes questões sobre o modelo de saúde hegemônico, centrado em uma medicina altamente especializada e intervencionista. Questiona-se a verticalidade das ações e políticas interventoras orientadas pela OMS no combate às doenças infecciosas; e, também, a hegemonia do modelo biomédico em detrimento da consideração sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e dos aspectos relacionados à prevenção das doenças e à promoção da saúde (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Na declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo ‘praticantes tradicionais’ (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012, p.497).

Entretanto, a perspectiva ampliada e abrangente presente nesta conferência – que aponta para sistemas de saúde públicos e universais, com serviços e práticas pautados por práticas integrais e organizados com democracia e participação popular – é criticada e, em resposta a ela, instituições como o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller e a Fundação Ford passam a formular uma contraproposta, que se torna hegemônica na década de 1980, caracterizada por um pacote restrito de serviços e ações de baixo custo, desconsiderando a perspectiva abrangente presente na citada conferência que, apesar de minoritária, permanece em pauta, mobilizando discussões sobre a APS e influenciando experiências. Observa-se, mais recentemente, especialmente a partir da década de 2000, a perspectiva “abrangente” da APS voltar a ganhar espaço no cenário político mundial (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; FILHO e PAIM, 1999).

Por sua vez, o Brasil, à época da Conferência de Alma-Ata, vive um período de decadência da ditadura militar que se inicia em 1964. Tal período é de crescente crise econômica e política para o governo e de acúmulo de força e mobilização para os setores da sociedade que reivindicam um processo de democratização do país. Na saúde, o conservadorismo e o autoritarismo dos governos ditatoriais se expressam no fortalecimento da prática médica liberal e na expansão do mercado da saúde. Mas, por outro lado, se vive um processo de expansão do acesso da população à previdência social e a serviços de saúde, especialmente de assistência médica (de caráter liberal). Nesta época, também compõem a oferta de serviços públicos de saúde – em proporção minoritária, mas em contraposição à medicina liberal ofertada – os programas de medicina comunitária, cujo caráter é mais alinhado aos pressupostos da APS formulada na Conferência de Alma-Ata (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Essa medicina comunitária surge, no Brasil, por influência da reforma médica norte-americana, a partir de convênios de secretarias de saúde com universidades e com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Desde a década de 1960, a OPAS contribui, junto a acadêmicos e profissionais de saúde brasileiros, na formulação e execução de novas experiências de organização de serviços e práticas de saúde, além de contribuir à uma crítica do arranjo hegemônico apresentado pelos serviços e práticas de saúde no Brasil, a exemplo da crítica forjada na citada conferência. Tal crítica também contribui à reforma do ensino médico e à criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina. Estes departamentos se conformam espaços privilegiados de organização do Movimento Sanitário que, ao longo das décadas de 1960, 1970 e 1980 produz, acumula conhecimento em saúde (especialmente, em sua troca com outros campos de conhecimento) e mobiliza segmentos da sociedade em torno de uma agenda de reformas para a constituição de um sistema de saúde de caráter universalista, democratizante e popular. É expressão deste processo a fundação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES – e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO – em 1979 (TEIXEIRA e MENDONÇA, 2006; NUNES, 2007).

A Saúde Coletiva, desde então, se faz expressão do Movimento Sanitário, se conformando “núcleo” de reflexão teórica e conceitual sobre a saúde pública e, também, “movimento ideológico”. O reconhecimento da Saúde Coletiva como núcleo está em seu caráter de aglutinar “saberes e práticas” que configuram “uma certa identidade profissional e disciplinar”, ainda que tal identidade não conforme rigidez ou estatismo; ela é flexível e aberta, influenciadora (de) e influenciada por outros núcleos e campos de distintos saberes e práticas. Por outro lado, ela é movimento ideológico: a aglutinação comporta-se como uma força social, política e histórica a influenciar diversas dimensões sociais da saúde, da política à economia, do comportamento às interações intersubjetivas (CAMPOS, 2000, p.220,221). Dentro desta perspectiva, se reconhece que as formulações a respeito da reorganização de serviços básicos, bem como de uma agenda de reforma do sistema de saúde, com vistas à criação de um sistema de saúde universal e democrático se conjugam na Saúde Coletiva.

E foi a partir dela que se passa a problematizar a captura liberal e conservadora do conceito de APS que acaba operando na política de saúde internacional uma orientação de que os sistemas de saúde devem ter caráter restritivo e seletivo. Por isto, neste período, a Saúde Coletiva passa a tratar como “Atenção Básica” (AB) aquilo que na Conferência de Alma-Ata

se designa APS. E é este termo que acaba se consagrando na política nacional de saúde, a partir dos anos de 1990 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A Saúde Coletiva, na década de 1980, exerce importante influência na conformação de propostas de organização dos serviços de saúde, em especial da AB. Pode-se destacar, nesta década, uma certa ruptura com o caráter centralizador do governo federal, o que se expressa no Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que se caracterizam por convênios entre os três níveis de governo na organização de serviços de AB nos municípios. Também se destacam experiências direcionadas a grupos específicos – o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC) – além da formulação e implementação de experiências alternativas de organização de serviços na AB, como a proposta *Em Defesa da Vida*, formulada em Campinas, junto à UNICAMP; as *Ações Programáticas*, formuladas em São Paulo, na USP; ou os *Sistemas Locais de Saúde* (Silos), formulada pela OPAS e concretizada em experiências no Ceará e na Bahia (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Esta riqueza e diversidade de experiências contribuem para que a Saúde Coletiva, bem como o Movimento Sanitário aglutinem conhecimentos, práticas e força política para empreender uma proposta de Reforma Sanitária que, em 1988, se consolida na proposta de Sistema Único de Saúde afirmada no capítulo 198 da Constituição Brasileira de 1988 (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; SÃO PAULO, 2006).

Desta forma, a partir da década de 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização da AB adquire gradativamente maior importância na conformação do SUS. Dois programas marcam o contexto inicial de implementação da AB: o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

O PACS surge em 1991, caracterizado pela centralidade de um profissional genérico, que fosse capaz de operar mediações sociais na relação entre a unidade de saúde e a população. Este programa se inicia principalmente nas regiões norte e nordeste, com foco no controle de doenças infecciosas e suporte à assistência básica, mas, com o tempo, especialmente com o atrelamento do PACS ao PSF, a atividade do Agente Comunitário de Saúde é nacionalizada (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

O PSF, por sua vez, surge em 1994, inaugurando um processo de fortalecimento da AB. Inicialmente, o PSF apresenta um caráter de APS restritiva, focalizado nas populações mais pobres, operando com uma cesta restrita de serviços e pouco articulado aos demais serviços e níveis de complexidade. Porém, desde o final da década de 1990, é assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Esta reorientação consiste, entre outros aspectos, em uma organização da AB a partir de equipes multiprofissionais, responsáveis por um território delimitado e por uma população adscrita a este território, produzindo cuidado e acompanhamento da saúde desta população, se conformando porta de entrada preferencial do sistema de saúde, resolutiva e integrada à rede de serviços de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Sendo assim, se observa, ao longo das duas últimas décadas, uma grande expansão da ESF. Em 2016, segundo a Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE, 2017), se contabilizam mais de 259 mil Agentes Comunitários da Saúde e mais de 40 mil Equipes de Saúde da Família (eSF), atendendo 5.570 municípios, representando uma cobertura de mais de 60% da população brasileira.

2.2.2 A Política Nacional de Atenção Básica e o Consultório na Rua

Da Constituição Federal de 1988 até a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, publicada na portaria nº 648/GM, é mais de uma década e meia de SUS. O Programa de Saúde da Família e o de Agentes Comunitários de Saúde inicialmente se caracterizam programas seletivos e restritivos, focalizados em segmentos e regiões mais pobres do país. O caráter estratégico destes emerge, a partir da segunda metade da década de 1990, da perspectiva de reorientação do modelo assistencial: o sistema de saúde deve ter em seu nível primário (no caso brasileiro, a AB) serviços de saúde multidisciplinares, que sejam capazes de ser a porta de entrada preferencial para este sistema, cumprindo papel fundamental na coordenação do cuidado a uma população adscrita ao serviço, devendo ser capaz de solucionar grande parte das demandas em saúde. Com isso a SF e os ACS se conformam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo o modelo prioritário de organização dos serviços de AB (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Esta reorientação é induzida, especialmente, a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que estabelece mecanismos de financiamento que passam a induzir a

estratégia nacionalmente (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). O crescimento do número de equipes é vigoroso, desde então. Mas tal expansão lança também grandes desafios aos gestores do SUS. Passa-se a perceber que a mera expansão no número de equipes não é suficiente para o cumprimento dos objetivos pensados à AB, e que são necessários severos investimentos em estruturação das unidades de saúde, capacitação de profissionais e qualificação não apenas da AB, mas de todo o sistema. Para tanto, se observa que a AB ganha grande importância na agenda política ao longo da década de 2000, seja em seu financiamento, seja nas diversas políticas empreendidas para sua estruturação. É nesta década que é formulada a primeira PNAB (2006) e a AB passa a compor um eixo temático de um pacto selado entre gestores e os conselhos de saúde para a qualificação do SUS: O Pacto pela Vida. Durante esta década também são lançadas várias propostas de qualificação da ESF atreladas a recursos, para a indução da política (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF), além do surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (CASTRO e MACHADO, 2012). Decorrente disto, se observa grande expansão no número de equipes, nos últimos quinze anos: em 2002 havia 16.734 equipes, cobrindo aproximadamente 32% da população; em 2016 o número de equipes é de 40.510, cobrindo mais de 60% da população (SAGE, 2017).

Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde (MS) aprova uma versão mais atualizada da PNAB – portaria nº 2.488 – na qual são revisadas suas normas e diretrizes, as quais estão anteriormente definidas na portaria de 2006 (BRASIL, 2012a). Na versão mais atual, o MS define a Atenção Básica (AB) como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p.19).

Segundo a PNAB de 2011, a AB deve envolver práticas de cuidado e de gestão, de caráter democrático e participativo, se dirigindo a populações de territórios definidos (ainda que se considere a dinamicidade do território), utilizando tecnologias variadas e complexas na busca do acolhimento e do cuidado às demandas e necessidades de saúde referentes à população. Também deve operar de forma descentralizada, devendo ser a porta preferencial

de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Suas ações devem assumir a pessoa como sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural e se orientar pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012a, p.9).

Dentre suas diretrizes e fundamentos, destacam-se:

- Sua prerrogativa de acesso e acolhimento universal e sem diferenciações excludentes, oferecendo uma resposta positiva à maioria das demandas, resolvendo ou amenizando o sofrimento da população, ainda que este cuidado se dê em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- A adscrição como processo de vinculação entre a população e os profissionais e equipes, sendo que a vinculação se refere às relações de afetividade e confiança estabelecidas entre população e profissionais de saúde tendo o vínculo uma dimensão de corresponsabilização pela saúde em um cuidado longitudinal;
- A coordenação da integralidade que se caracteriza pela integração de ações programáticas e dirigidas à demanda espontânea, articulação da prevenção, promoção, assistência e vigilância, e pelo uso de diversas tecnologias visando à ampliação da autonomia do usuário e da população.

Na coordenação da integralidade a PNAB prevê um processo de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujo cuidado se organiza centrado no sujeito e não a partir dos procedimentos. [...] “O cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (p.22). A participação do usuário também é assumida como uma diretriz para a ampliação da autonomia do usuário. (BRASIL, 2012a).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, aparece na PNAB como “arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial” (BRASIL, 2012a, p.25). A AB deve contribuir com as RAS, sendo resolutiva e se conformando o “centro” da coordenação do cuidado. A resolutividade da AB está ligada a sua capacidade de identificar riscos e demandas, de utilizar diferentes e diversas tecnologias, de produzir vínculos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas e de contribuir a ampliação da autonomia dos usuários e da população. Por sua vez a coordenação do cuidado se refere à

gestão dos projetos terapêuticos singulares, à comunicação com os diversos pontos da RAS e à promoção de articulações com serviços da saúde e de outros setores.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apresentada na PNAB como tendo por objetivo a reorientação da AB no país, representando aos gestores uma estratégia para a expansão, qualificação e consolidação da AB. Para o MS, a ESF pode “favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades” (BRASIL, 2012a, p.54).

Portanto, a caracterização da AB apresenta uma série de categorias e noções de grande valor à Saúde Coletiva, alguns presentes já no texto constitucional no capítulo sobre saúde, como as ideias de promoção e proteção, participação e a perspectiva de atenção integral; outros, que já estavam presentes no texto da política em 2006, como prevenção, redução de danos, acolhimento, vínculo, território, rede, tecnologia, cuidado; e outros, novidades da atualização da PNAB de 2011, como a ideia de autonomia e de determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (que se entende aqui como Determinantes Sociais da Saúde - DSS). Atualização essa que não surpreende: em 2006 foi criada uma Comissão Nacional sobre DSS, reunindo uma série de figuras públicas como políticos, artistas, militantes sociais e intelectuais, apoiados por uma secretaria técnica da FIOCRUZ. Tal comissão promoveu uma série de atividades que fortaleceram o debate nacional sobre os DSS (CNDSS, 2008). Em relação à autonomia, embora ela não esteja presente na PNAB de 2006, tal noção vem sendo, há um longo tempo, tratada no Campo da Saúde, às vezes sob nomenclaturas distintas, mas passíveis de dialogarem com uma noção sobre autonomia, como notamos no artigo de NETO et al (2011). No mais, o termo “autonomia” já estava expresso na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) de 2006 e, segundo FLEURY-TEIXEIRA et al (2008, p.2118) a autonomia pode ser compreendida como uma “categoria norteadora da atuação em promoção da saúde”. Parte dessas categorias – autonomia, tecnologia, acolhimento, vínculo, rede e cuidado– serão trabalhadas adiante, no último tópico desta introdução, já que conformam categorias analíticas desta dissertação.

De toda forma, entende-se que estas prerrogativas da PNAB carregam um importante horizonte de qualificação das ações na AB, especialmente em termos de universalidade e ampliação do acesso. Ainda assim, certos pressupostos se mostram questionáveis, como se pode deduzir a partir do trabalho de CECILIO, et al (2012), que reconhece, apoiado em diversas evidências, que a AB não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação da rede de cuidado. Outros trabalhos apontam limitações

concretas à AB, como as reconhece ALMEIDA et al (2010) ao identificar dificuldades para a produção de um cuidado mais integral na AB; ou FAUSTO et al (2014) que, ao analisar a AB em grandes centros urbanos, descreve como incipientes as experiências de integração da AB à RAS e de coordenação do cuidado pela AB.

Apesar disto, se reconhece na atualização da PNAB de 2011 uma importante iniciativa para a qualificação do cuidado, especialmente, do acesso a segmentos mais vulneráveis da sociedade. Trata-se da formulação de equipes de AB para populações específicas e, no caso do cuidado à PSR, da definição da modalidade de equipe “Consultório na Rua” (CnaR). Isto não significa, porém, afirmar que o cuidado a esta população se deva fazer apenas mediante esta modalidade de equipe. A PNAB afirma ser o cuidado de tal população de responsabilidade de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, o CnaR é uma equipe da AB, exclusivamente dirigida ao cuidado da (PSR), para “ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde” (BRASIL, 2012a, p.62).

O CnaR deve operar de forma itinerante, realizando ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel, na UBS do território onde atua, realizando atividades conjuntas junto às demais equipes da AB deste território, assim como junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Urgência e dos serviços de Assistência Social, sendo prevista a atuação junto a outras instituições e entidades públicas ou da sociedade civil (BRASIL, 2012a).

A carga horária mínima orientada pelo MS a estas equipes é de 30 horas semanais, devendo os horários de funcionamento serem definidos de maneira condizente a demanda da PSR. É prevista sua vinculação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF – equipes multiprofissionais de apoio matricial à saúde da família, territorializadas, sendo referência a um número de 3 a 15 equipes de saúde da família, variando segundo modalidade de NASF e a respectiva realidade territorial), sendo o CnaR considerado uma equipe de Saúde da Família (eSF) na definição das equipes referenciadas ao NASF (BRASIL, 2012a).

O teto de cada município para equipes de CnaR é definido segundo censos realizados sobre esta população (que devem ter sido realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo MS). Nos municípios sem CnaR, o cuidado da PSR deve se dar também preferencialmente pela AB (BRASIL, 2012a).

O CnaR é definido como elemento integrante da PNAB compondo a AB da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), devendo seguir fundamentos e diretrizes da PNAB. As equipes de CnaR devem ser multiprofissionais, de caráter itinerante, em que parte de suas ações sejam

realizadas *in loco*, ou seja, nos locais onde tal população se encontra. Também deve operar parte de suas ações em conjunto com outras equipes de saúde ou de outros setores (BRASIL, 2012b).

São três as modalidades de equipes previstas pelo MS. A Modalidade I é composta por 2 profissionais de nível superior (não médico) e 2 de nível médio; a modalidade II por 3 profissionais de nível superior (não médico) e 3 de nível médio; e a modalidade III refere-se à modalidade II acrescida de um médico. Podem compor as equipes os seguintes profissionais de nível superior: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e médico. De nível médio podem agentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem e técnico em saúde bucal. O MS orienta a impossibilidade de qualquer uma das modalidades ter mais de 2 profissionais de nível superior de uma mesma profissão em uma única equipe. O Agente Social (AgS) é definido como “o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua” (p.14). Este profissional deve ser capaz de trabalhar junto a usuários de álcool e drogas, ter conhecimento básico sobre redução de danos e sobre o uso de substâncias psicoativas; deve realizar atividades educativas, dispensação de insumos para a saúde, acompanhamento dos usuários aos serviços de saúde ou outros serviços relacionados ao seu cuidado. As equipes de CnaR devem atender de 80 a 1000 pessoas e ter uma carga horária mínima semanal de 30 horas semanais, com um horário de funcionamento adequado às demandas da PSR (BRASIL, 2012b).

A equipe de CnaR deve atuar sobre os preceitos da AB, coordenando o cuidado e produzindo-o de maneira integral e longitudinal. A redução de danos deve ser transversal a todo o processo de cuidado, se expressando na redução de “prejuízos agregados em função do uso de drogas” e na redução daqueles “ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas”, voltada principalmente para os usuários que não conseguem cessar ou reduzir tal uso (TRINO e RODRIGUES, 2012, p.43).

Espera-se da equipe atenção à demanda espontânea e programada, capacidade de estabelecer contato e vínculo, visão sistêmica, adequação da linguagem no diálogo junto ao usuário, escuta qualificada, atuação conjunta com as demais equipes da AB, estímulo ao autocuidado, articulação com a RAS e outras redes de apoio, atividades de educação em saúde. O trabalho em equipe deve prever momentos de reunião, planejamentos e discussão de

casos e, sua ação conjunta junto ao usuário deve se dar em situações que não prejudiquem a privacidade deste (TRINO e RODRIGUES, 2012).

Em relação ao vínculo, espera-se que elementos como empatia, despojamento, a compreensão sem julgamento e o respeito componham este processo, sustentando o vínculo como um cuidado humanizado e integral (LANCELOTI, 2012).

O acolhimento deve ser um processo de compreensão do usuário para além de sua queixa, como um sujeito em um dado contexto social. Nesse sentido, este processo deve se dar a partir de uma escuta qualificada, valorizando o sujeito e seus saberes, respeitando seu modo de vida e viabilizando o vínculo. Deve-se sempre levar em consideração a extrema vulnerabilidade da PSR, e os frequentes preconceitos e as habituais barreiras estabelecidas a esta população. Exigências comumente demandadas à população como documentação ou comprovação de residência, tornam-se barreiras ao acesso da PSR. Limitações de vagas em urgências ou para atendimento psiquiátrico, prescrição de medicamentos que não são fornecidos pelo SUS, horários de funcionamento não condizentes com a vida da PSR, falta de habilidade de profissionais no cuidado desta população, entre outras questões, todas podem caracterizar barreiras ao acolhimento da PSR (CANDIANI, 2012).

Outro aspecto importante é a apreensão da complexidade da PSR na definição das ações e estratégias da equipe do CnaR. O indivíduo em situação de rua normalmente, para chegar até as ruas, passa por rupturas – familiares, sociais, afetivas – que o obrigam a viver uma nova condição de vida, marcada por estigmas, violência, preconceito, o que o faz ressignificar a vida produzindo uma resiliência que, segundo TRINO, RODRIGUES e REIS JUNIOR (2012, p.31) citando Grotberg, é definida como a “capacidade universal humana para enfrentar as adversidades da vida, superá-las ou até ser transformado por elas”.

Neste sentido, é orientado ao CnaR o amplo conhecimento da PSR com que se trabalha, o que pode ser feito através de diagnósticos, censos, cartografias, mapeamentos de área, tudo isto para identificar quem são estas pessoas, por onde e como vivem, como se relacionam com a comunidade onde estão, quais recursos públicos e comunitários utiliza ou tem disponível, entre outras informações pertinentes (TRINO, RODRIGUES e REIS JUNIOR, 2012).

Orienta-se a busca pela compreensão do processo de ressignificação da pessoa em situação de rua, na qual ela produz novos vínculos afetivos com o seu espaço, muitas vezes instituindo vínculos semelhantes aos vínculos familiares idealizados. O profissional de saúde deve observar a existência de vínculo com outras pessoas, a faixa etária do grupo de pertencimento, as relações de gênero estabelecidas, as ações ilícitas, os riscos, as

potencialidades do grupo social, a existência de prostituição e as relações com a comunidade. Além disto, deve atentar à história de vida do indivíduo, apreendendo sua singularidade e trajetória de vida. Desta forma, as equipes de CnaR são orientadas a produzirem um roteiro para a abordagem da PSR, contemplando todos estes elementos (TRINO, RODRIGUES e REIS JUNIOR, 2012).

A complexidade dos problemas apresentados pela PSR exige ações que envolvem diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ações intersetoriais. Também deve haver uma preocupação com o acesso, visto que normalmente a PSR não busca serviços, principalmente de AB, mais comumente buscando assistência hospitalar ou emergências. Facilitar o acesso desta população, seu acolhimento e um oportuno encaminhamento para sua demanda, superando excessos de impessoalidade e burocracia, se faz fundamental no cuidado à PSR (TRINO, RODRIGUES e REIS JUNIOR, 2012).

Por fim, a integralidade do cuidado deve levar em consideração o cuidado, não apenas assistencial, mas também orientado pela promoção da saúde; a realização de ações intersetoriais; os condicionantes e determinantes da saúde da PSR, assim como dos recursos disponíveis para o enfrentamento destes; e a definição de “linhas de cuidado” e de trabalho em equipe (TRINO, RODRIGUES e REIS JUNIOR, 2012).

Uma vez descritos os principais elementos que compõem as diretrizes da Atenção Básica e do Consultório na Rua, se apresenta, a seguir, um olhar histórico sobre a conformação do CnaR, bem como se explora algumas das experiências, produzidas até hoje, pela AB, para a PSR, no Brasil e, evidentemente, no Rio de Janeiro.

2.2.3 Das experiências da Atenção Básica e da Saúde Mental ao Consultório na Rua

Nas décadas de 1970 e 1980, se pode identificar, como já citado antes, que ações ligadas a certas organizações católicas contribuem à mobilização da PSR, principalmente nos municípios de São Paulo (SP) e Belo Horizonte (MG). A partir destas ações se produzem movimentos de representação desta população, além da implantação de casas de assistência para a PSR (REIS JUNIOR, 2012 citando Bastos e Candido, p.17). O fenômeno do aumento da PSR obriga o poder público e, em especial, as gestões municipais, a buscarem ações e políticas para lidarem com esta questão, por vezes soluções hostis à PSR, por outras, voltadas ao atendimento de demandas específicas desta população. Em Belo Horizonte, na década de

1990, por exemplo, se produz um Programa de População em Situação de Rua e um fórum desta mesma população, o qual se direciona a elaboração de ações e políticas para a PSR. Este fórum define, entre seus objetivos, a perspectiva de se identificar as características de tal população, assim como identificar as instituições que atuam junto a ela e de desenvolver ações de apoio. Com base nas formulações deste fórum, o governo do município de Belo Horizonte organiza um censo da PSR, para a identificação do perfil da PSR, o que contribui ao reconhecimento da inadequação da noção de territorialização das equipes de saúde da família, assim como de suas prerrogativas, visto o caráter itinerante desta população, a ausência de domicílio e a situação de extrema vulnerabilidade (REIS JUNIOR, 2012 citando Belo Horizonte, p.17).

Este processo resulta na aprovação, no Orçamento Participativo municipal, de uma UBS para o centro da cidade. Tal demanda se concretiza em 1996, na adequação do Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), transformando-o em UBS, na qual a PSR passa a ser atendida. As ações na rua envolvem a equipe de saúde mental da unidade (psiquiatra, psicólogo e assistente social) e profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social. Em 2002, esta unidade abriga a primeira equipe de saúde da família para a PSR. Esta equipe é responsável pela PSR de uma determinada área de abrangência e também se responsabiliza pela capacitação e matriciamento de outras equipes da AB (CANDIANI e QUINTÃO, 2012).

Outra experiência seminal de cuidado à PSR na AB é produzida na cidade de São Paulo. Esta se refere ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (CSEBF), no qual se produzem ações específicas ao cuidado à saúde da PSR e de outros segmentos como profissionais do sexo e imigrantes, no início da década de 2000. Lá é formado um grupo de estudos para buscar compreender melhor as condições de vida e demandas destes segmentos. As ações assistenciais envolvem a Assistência Social e buscam uma perspectiva ampliada no sentido de trabalhar não apenas as questões biomédicas, mas também psíquicas e sociais. Os processos de trabalho são adequados à demanda de tais segmentos, com espaços definidos nas agendas dos profissionais e priorização de tal população no acolhimento da unidade (CARNEIRO JUNIOR e SILVEIRA, 2003). Desta experiência surge, em 2004, o Programa *A Gente na Rua*, inicialmente operacionalizado a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo implantado em sete Unidades Básicas de Saúde. Em 2008, estas equipes de PACS são transformadas em equipes de saúde da família, passando a contar com equipes multiprofissionais na assistência à PSR (CARNEIRO JUNIOR, JESUS, CREVELIM, 2010). Em Porto Alegre também há uma

experiência seminal de equipe de AB dirigida ao cuidado da PSR que surge em 2004 (MUNARETTI, 2015).

Por outro lado, no campo da Saúde Mental, também se observam experiências importantes de trabalho com a PSR, sendo estas altamente relevantes à proposta de CnaR elaborada pelo MS em 2011. Antes das experiências descritas na AB, já ocorre uma experiência importante da Saúde Mental com a PSR, em Salvador (BA), desde 1995: O *Consultório de Rua* (CR). Este se trata de um projeto direcionado à abordagem de jovens em situação de rua, com foco no abuso de drogas e na questão das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), sendo operado a partir de uma unidade móvel (COUTINHO e SABACK, 2007). Em 2004, este projeto passa a compor um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS-AD (LONDERO, CECCIM E BILIBIO, 2014), se afirmando uma das principais experiências da saúde mental no cuidado à PSR.

No final da década de 2000, o Governo Federal lança mão de um conjunto de medidas para o enfrentamento do uso e do comércio de drogas (especialmente do crack), dentre elas, o financiamento de CR's (FRANCISCO e ESPÍNDOLA, 2015). Tal medida contribui para o aumento do número de CR's. Por exemplo, em 2009, em Maceió foi criado o “Projeto Fique de Boa”, que consiste em uma tenda em praça pública na qual profissionais da Saúde Mental realizam abordagem a usuários de drogas e PSR. Este projeto, a partir de certas adequações, passa a ser designado CR, recebendo recursos do Governo Federal (JORGE, JS; MOREIRA, RD, 2015). Em 2010, também é criado um CR em Recife (FRANCISCO e ESPÍNDOLA, 2015), assim como em Campinas (ALBUQUERQUE, 2014).

No Rio de Janeiro, estas experiências de cuidado à PSR da AB e da SM, influenciam, em 2010, a criação do POP-RUA, “Programa Saúde em Movimento nas Ruas”, equipe que “funde” as propostas do CR e da ESF para população sem domicílio. A primeira equipe conta com médico, enfermeiro, agente comunitário da saúde, auxiliar administrativo, dentista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, gerente técnico e musicoterapeuta, tendo por objetivo promover o acesso da PSR a serviços de saúde, sendo precursora das equipes existentes, hoje, nesta cidade (EQUIPE POP RUA 2012/2013 e GRUPO DE PESQUISA ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO, 2014; MACERATA, 2013).

Portanto, é com base principalmente em experiências produzidas no campo da Saúde Mental e da Atenção Básica, tendo grande influência a experiência carioca do POP-RUA, que o MS, na atualização da PNAB em 2011, propõe o CnaR (BRASIL, 2012b). Com a divulgação e o incentivo financeiro à criação destas equipes, tem-se mais de uma centena de

equipes em todo Brasil, um total de 117, sendo que apenas quatro estados brasileiros não possuem equipes de CnaR (SAGE, 2017). Observa-se que o crescimento do número de equipes de CnaR é acompanhado de interesse acadêmico sobre tais experiências, o que se atesta em uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS Saúde Pública), em 19 de fevereiro de 2017, com os descritores “consultório de rua” ou “consultório na rua” se localiza 39 resultados: apenas 1 em 2012; 9 em 2013; 9 em 2014; 13 em 2015 e 7 em 2016.

Desta forma, se observa que, parte das experiências de CnaR, tem sido, desde sua institucionalização na PNAB, “objeto” de estudos e pesquisa. Por exemplo, LONDERO, CECCIM e BILIBIO (2014), com base na experiência gaúcha do CnaR do Grupo Hospital Conceição (GHC), consideram que o desafio de construir um cuidado de maneira integral, respeitando a singularidade do indivíduo e buscando atender demandas “inesperadas e não programadas” se coloca de maneira mais intensa na atenção à PSR. Os profissionais o tempo todo se deparam com situações que desafiam suas formações e exigem novas reconfigurações aos processos de trabalho. Mas estes autores também afirmam que este desafio se coloca não apenas à equipe do CnaR mas a toda a rede. O objetivo de produzir o cuidado à saúde da PSR demanda uma rede de serviços e de profissionais capazes de atuarem, não de maneira normatizada ou rígida, mas flexível às inusitadas situações que se apresentam no atendimento à esta população.

ROOS (2014, p.89), pesquisando uma equipe na região metropolitana de Porto Alegre (município de Viamão), a partir de uma cartografia, reconhece o CnaR como “um espaço de ressonância das diversas conexões em vigência, alinhado aos princípios de um trabalho engajado e vinculado à produção de vida”, o que possibilita novas experiências e novos sentidos às práticas e à vida produzida na interação trabalhador de saúde-usuário.

No mesmo caminho, MACERATA (2013), analisando a experiência do POP-RUA carioca, considera que o encontro entre CnaR, território e PSR é sustentado pelo estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários e na produção de práticas que configurem uma singularidade à proposta terapêutica empreendida. Para tanto, reconhece o espaço relacional como elemento central ao CnaR. O espaço relacional da produção de cuidado como espaço privilegiado da produção de subjetividades que ampliem a potência dos sujeitos cuidados de produzir outros modos vidas, outras formas de se habitar a cidade e de se relacionar em sociedade. Neste sentido, a clínica é política.

ALBUQUERQUE (2014, p.128) pesquisando as práticas de cuidado de uma equipe de CnaR em Campinas (SP), reconhece uma “*clínica das vulnerabilidades*” na qual o CnaR, a partir do vínculo com o usuário, busca reconhecer as singularidades do sujeito, bem como suas principais vulnerabilidades, para a formulação, junto a este, de uma proposta terapêutica singular e adequada a ele. Por outro lado este autor reconhece grandes dificuldades na conformação, por exemplo, de uma rede de cuidados, quando observa a dificuldade de uma usuária em acessar adequadamente outros serviços. Outra dificuldade apontada se refere à intersetorialidade da rede, reconhecendo abordagens hostis e truculentas de profissionais de outros setores do poder público, como a Guarda Municipal da cidade.

Por sua vez, SANTANA (2014) constata que, em geral, o cenário que se vive é de pouca articulação entre os serviços e as práticas, conformando sofrimento a quem é cuidado e a quem trabalha, além de pouca resolutividade e sobrecarga dos trabalhadores.

O objetivo deste estudo de explorar a produção do cuidado em equipes de CnaR está no interesse por compreender esta produção, sendo capaz de reconhecer potências, fragilidades e barreiras que se colocam ao sucesso desta produção, qual seja: assegurar ao sujeito potência para produzir novos modos de vida de maneira autônoma. Portanto, por último, nesta introdução, cabe reconhecer os elementos teórico-conceituais que conformam a compreensão da produção de cuidado neste trabalho.

2.3 A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE

A “produção de cuidado em saúde” é o elemento central do objeto deste estudo. É a partir dela que se desmembram as categorias analíticas utilizadas na análise do “objeto”, sendo estas imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos a frente propostos. Mas do que se trata a *produção de cuidado*? O que se entende por *cuidado*? E sua *produção*, a que se refere? Este tópico tem por objetivo apresentar as bases teórico-conceituais que constituem a compreensão de *produção de cuidado* presente neste trabalho.

A compreensão do termo *cuidado*, aqui apresentada, está centralmente em AYRES (2009). Este autor confere a este termo o estatuto de “categoria reconstrutiva” (AYRES, 2009, p.62), ou seja, um subsídio teórico-conceitual, que pode contribuir ao núcleo da Saúde

Coletiva, e a Saúde em geral – enquanto campo de conhecimento e de práticas – no processo de produção de práticas em saúde que, por sua vez, contribuam a construção de “uma vida que se quer feliz” (AYRES, 2009, p.63).

Para isto, o autor aborda o cuidado sob quatro perspectivas: uma ontológica, uma genealógica, uma crítica e, por fim, uma reconstrutiva, propriamente dita. A abordagem ontológica trata o cuidado como um “constructo filosófico” (AYRES, 2009, p.42), dizendo respeito a uma compreensão filosófica e uma atitude prática que se constitui nos processos de interação intersubjetiva, na qual um ou mais sujeitos demandam certa ação terapêutica e um ou mais sujeitos, sustentados por um conhecimento específico, oferecem tal ação. O autor formula este constructo à luz de Heidegger (filósofo alemão do século XX), o qual reconhece o cuidado como elemento imanente do humano no processo de produção das diversas formas de existência. AYRES (2009) destaca, apoiando-se neste filósofo e em seus comentadores, alguns aspectos que considera fundamentais a ideia de cuidado no Campo da Saúde, todas elas relacionadas a uma concepção de sujeito: o movimento, ou caráter pragmático do cuidado na conformação dos sujeitos, que se dá ao longo da vida; a interação, ou o caráter intersubjetivo do cuidado; a produção da identidade a partir da alteridade, ou seja, a partir do que o sujeito reconhece de si, no outro; a plasticidade, ou o caráter contingente do sujeito; o projeto, ou seja, a conformação do sujeito sempre associada a uma projeção, através da qual o sujeito se relaciona com seu passado e com seu futuro; o desejo como elemento que possibilita os encontros, as vinculações ou os conflitos entre os sujeitos; a temporalidade, ou a consciência do ser de sua existência pretérita, que confere significado ao presente e possibilita projeções de futuro; a não-causalidade, no reconhecimento da impossibilidade de compreender a vida sob a lógica da “causa-consequência”, não sendo possível atribuir a um sujeito como a causa absoluta de outro sujeito (o sujeito se conforma nos inúmeros encontros que vive em sua existência); e a responsabilidade, na qual o cuidado corresponde a um “projetar responsabilizando-se” (AYRES, 2009, p.49).

Já a abordagem genealógica, AYRES (2009) a formula se baseando em Foucault (filósofo francês do século XX) que, em sua *História da Sexualidade*, encontra aquilo que designa o *cuidado de si*. Para este filósofo, o cuidado corresponde a uma “espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social, na forma de saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado” (AYRES, 2009, p.51). O *cuidado de si* se caracteriza, historicamente, como elemento doutrinário e como uma atitude, uma forma de viver,

conformando uma prática social (ou práticas sociais), proporcionando um certo modo de conhecimento e de elaboração de saber e alcançando certo aspecto de imprescindibilidade nas diversas formas de viver a vida, colocando a razão a disposição deste cuidado. Desta forma, o *cuidado de si* passa, ao longo da história, a se relacionar com a medicina, produzindo conhecimentos e práticas (AYRES, 2009).

É analisando a medicina que AYRES (2009) produz a terceira perspectiva sobre o cuidado, construindo uma crítica sobre as práticas de saúde que se desenvolvem, especialmente a partir da medicina moderna, como técnicas específicas atribuídas ao exercício profissional de algumas categorias profissionais, profissões do campo da saúde. Desta forma, o *cuidado de si* vai se relacionar com o Campo da Saúde – sendo a medicina o maior expoente deste processo – produzindo conhecimentos e práticas que definem diagnósticos sobre as diversas condições de saúde e de doença, também definindo diversas formas de intervenção (vinculadas a um exercício profissional) sobre tais condições em busca da recuperação do sujeito.

Com base na perspectiva de que o racionalismo e o cientificismo definem as práticas médicas, principalmente a partir do século XIX, AYRES (2009) formula uma análise crítica sobre as tecnologias (ou tecnociência) médicas presentes no cuidado, ou seja, nas práticas presentes na assistência. O intenso desenvolvimento tecnocientífico da medicina, especialmente no século XX, possui efeitos positivos e negativos. Como efeitos positivos são apontados maior capacidade de diagnóstico, aumento de eficácia e de eficiência, maior precisão e segurança das intervenções, melhoria em prognósticos e qualidade de vida em relação a diversas doenças e agravos. Já, como efeitos negativos, se destaca a tirania de exames complementares, a segmentação do paciente em órgãos e funções, o excesso de intervencionismo, o encarecimento, a subestimação dos aspectos psicossociais e de outras ordens e a iatrogenia. Estes efeitos negativos, reconhecidos pelo autor, guardam íntima relação com a predominância da tecnociência sobre a dimensão artesã presente na prática médica – o autor faz uso do termo “tecnologia” para se referir aos elementos advindos da tecnociência (campo biomédico). Apesar disto, se nega a dicotomia entre arte e ciência na medicina e se sustenta a relação entre estas no ato médico. Desta forma, o que se faz é questionar o lugar predominante que ocupa a tecnociência na assistência, em razão do afastamento dos aspectos tecnocientíficos da medicina em relação aos projetos existenciais “que lhe cobram participação e lhe conferem sentido” (AYRES, 2009, p.59).

A compreensão sobre quem tem poder de fazer o que e porque é portanto fundamental para as relações entre a tecnociência médica e a vida da qual faz parte. Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; ao limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para avaliar o sentido das práticas; ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e suas práticas (a práxis médica), a assistência à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade (AYRES, 2009, p.60).

A quarta perspectiva trabalhada por AYRES (2009) – o cuidado como categoria reconstrutiva – se refere ao reconhecimento de que a tecnociência não dá conta de todos os aspectos relacionados ao bem-estar, sendo necessário extrapolar os limites da mera aplicação das ferramentas e do conhecimento desta. O cuidado em saúde deve ter atenção aos projetos existenciais dos sujeitos e coletividades. O cuidado deve ser algo que se utiliza desta tecnociência, mas não se limita a ela. O cuidar utiliza-se de um saber que não é nem o técnico, nem o de “livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos” (AYRES, 2009, p.63) mas, sim, de um amálgama de ambos. Isto, o autor reconhece na filosofia aristotélica como *phrónesis*, ou “sabedoria prática”, a sabedoria presente em todos os sujeitos. O cuidado como categoria reconstrutiva trata de uma compreensão do processo saúde-doença que nega a doença ou a saúde como meros objetos, mas que os “objetificando”, os entende configurando modos de ser no mundo. Desta forma, a definição de um projeto terapêutico não pode estar submetida a uma escolha técnica apenas. A “sabedoria prática” ocorre apenas no momento ou em ato, na situação em que se faz necessária. O cuidado, neste sentido, se relaciona à disposição de usar não apenas os artefatos tecnoassistenciais disponíveis mas, também, toda a sabedoria disponível. Sua reconstrução está atrelada à capacidade de se valorizar a “sabedoria prática”, que, por sua vez, não está presente apenas no sujeito encarregado de cuidar mas, também, no sujeito que demanda cuidado e, por isso, a interação entre estes sujeitos é extremamente relevante no cuidado.

O cuidado, portanto, pode ser entendido como um conhecimento e uma ação humana, presentes secularmente na constituição dos sujeitos e das sociedades e que, especialmente no século XX, passa a ser fortemente organizado e ordenado pela medicina em seu desenvolvimento científico e em seu processo de socialização. Tal processo acarreta ao cuidado uma série de problemas associados ao poder médico, ao desequilíbrio entre os

conhecimentos que compõem a prática médica e à própria efetividade do cuidado. Estes problemas se expressam no cuidado pouco efetivo, em decorrência de se produzir a partir de uma interação profissional-usuário centrada no conhecimento biomédico e na prática decorrente desta, em detrimento da “sabedoria prática” presente no usuário (e também no profissional), bem como dos interesses e desejos deste. O sucesso do cuidado, portanto, depende de uma interação na qual se expresse a “sabedoria prática” e o desejo do usuário e que estas, em interação com a sabedoria prática e tecnocientífica do profissional, objetivem produzir uma vida feliz.

Por sua vez, a produção, ou o caráter produtivo do cuidado, são pensados, neste estudo, a partir da micropolítica, presente nos trabalhos de alguns autores do núcleo da Saúde Coletiva, especialmente de MERHY (2013c). Este autor entende o cuidado (em saúde) como “um acontecimento produtivo interseçor” (MERHY, 2013c, p.173), ou seja, reconhece que no encontro profissional-usuário (o espaço interseçor, noção forjada por Deleuze para se referir a seus trabalhos com Guattari) o cuidado se expressa como um acontecimento caracterizado por ações humanas que, em última instância, são todas reconhecidas como produção pela perspectiva micropolítica: “as práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo” (FEUERWERKER, 2014, p.37). A interseção da produção de cuidado em saúde se expressa pelo encontro entre um sujeito trabalhador e um sujeito usuário, ambos em intensa dinâmica de produção (na abstração da interseção reconhecemos dois sujeitos, mas, evidentemente, pode haver mais): falas, olhares, dúvidas, intenções, gestos, procedimentos. Um universo de conhecimentos e representações também interage no espaço interseçor. Por isso, para uma melhor compreensão desta dinâmica produtiva presente no cuidado em saúde, desenvolve-se, a seguir, uma compreensão sobre a micropolítica do trabalho vivo em saúde.

MERHY (2013a), baseando-se em Marx, se utiliza de uma comparação entre o trabalho de uma abelha e de um arquiteto. No primeiro, identifica uma certa “programação” natural à abelha que sempre executa seu trabalho da mesma forma, obtendo os mesmos produtos. A colmeia de uma abelha é sempre produzida da mesma maneira. No segundo caso o autor sinaliza a programação, não como algo natural, mas previamente refletido, pensado. O arquiteto “pensará” a casa a ser construída, anteriormente a sua construção. A casa “pensada” adquire sentido e mobiliza o desejo do arquiteto de realizá-la. Tal sentido e desejo são forjados com base em uma dada perspectiva de mundo contida no arquiteto, a qual se expressa de diferentes formas nos sujeitos, proporcionando uma infinidade de possibilidades

no que diz respeito à forma, estrutura e conteúdo da casa. Neste sentido, o formato da casa diz respeito a um sujeito que produz e é produzido em um dado contexto histórico, político, social, cultural, econômico. O trabalho é produção conformada neste contexto. Nas palavras do próprio pensador alemão:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põem em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeças e mãos (MARX, 2013, p.255).

Seguindo na trilha de Marx, MERHY (2013a) identifica três componentes permanentes do trabalho: o trabalho em si, a matéria-prima e as ferramentas ou instrumentos de trabalho. Porém, estes componentes, por si só, não produzem um produto. Há necessidade de um saber técnico que possa organizar os componentes em um processo produtivo. Tanto as ferramentas, a matéria-prima e o saber técnico são expressões de um trabalho morto, ou seja, foram produzidos em outro processo produtivo, anterior ao da produção empreendida pelo trabalho. Já o trabalho vivo se refere ao trabalho que ocorre em ato, no momento em que o trabalhador produz algo, ou seja, é o trabalho instituinte, criador e passível de certa autonomia perante os componentes pré-estabelecidos pelo trabalho morto.

Assim como AYRES (2009) apresenta uma discussão sobre tecnociência e o seu papel na conformação da medicina e das práticas em saúde e, portanto, também da conformação da interação entre os sujeitos no cuidado, MERHY (2013a) também coloca a questão tecnológica no centro desta discussão, a partir do reconhecimento de que o trabalho é composto por diferentes formas de tecnologias, ou distintos componentes tecnológicos. O trabalho, portanto, se conforma a partir das inúmeras possibilidades de composição entre estes componentes.

As tecnologias presentes no trabalho em saúde não se referem apenas aos equipamentos de exame, insumos, medicamentos, etc. Estes são parte das tecnologias utilizadas neste trabalho, sendo denominadas de tecnologias duras, por serem oriundas do trabalho morto. Mas este trabalho morto não produz apenas estes componentes. O conhecimento mobilizado pelos profissionais de saúde, advindos de campos do conhecimento humano mais estruturados como a biomedicina, a farmácia, a epidemiologia, a clínica médica, as ciências humanas e sociais, entre outros campos, também se refere a trabalho morto, porém

definido pelo autor como tecnologia leve-dura, uma vez que se trata de conhecimento, o qual apresenta uma dimensão leve, inerente ao conhecimento, passível de transformação por desejo do sujeito, porém, também uma dimensão dura à medida que se expressam a partir de um saber-fazer bem estruturado e definido, produzido a partir de trabalho anterior (morto). E, por fim, há também as tecnologias leves, tecnologias forjadas em um conhecimento não estruturado (seria a sabedoria prática mencionada por Ayres?), subjetivo, que se apresenta em ato, incidindo sobre o processo relacional e sobre ações como o acolhimento e o vínculo (MERHY, 2013a):

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2013b, p.73).

Portanto, as tecnologias em saúde, neste autor, são entendidas como forças instituintes no interior do trabalho, que se expressam tendo por base trabalho morto e trabalho vivo. Como já salientado por AYRES (2009) em sua análise sobre a tecnociência, MERHY (2013a) reconhece um grande papel das tecnologias decorrentes do trabalho morto na conformação das práticas de saúde. Neste sentido, não só as tecnologias duras do campo biomédico desempenham papel na conformação destas práticas, mas, também, os conhecimentos administrativos e gerenciais das tecnologias leve-duras na definição dos processos de gestão da produção do cuidado.

Vale, neste sentido, destacar tanto o papel capturante de subjetividades que desempenham, por exemplo, as ideologias ‘domesticadoras’ sobre os trabalhadores, quanto as conformações subjetivantes que a própria dinâmica do trabalho impõe ao modelar o corpo como ‘ferramenta de trabalho’, seus espaços, tempos, e mesmo modos de sentir (MERHY, 2013a, p.48).

Apesar disto, o trabalho em saúde acaba tendo como uma característica a impossibilidade do arranjo organizacional e gerencial ou das normatizações existentes de

“capturarem” totalmente o trabalho vivo em ato. A perspectiva de mudança sobre o processo de trabalho em saúde é sempre complexa, impossível de se realizar plenamente, tão pouco apenas se utilizando de protocolos e diretrizes previamente estabelecidos (e sem a participação do trabalhador). Para este autor se deve reconhecer no trabalho em saúde sua dimensão micropolítica, ou seja, se entender o trabalho como “cenário de disputa de distintas forças instituintes” (MERHY, 2013a, p.53). Estas forças instituintes são variadas e dizem respeito não apenas ao trabalho morto e ao trabalho vivo, mas também à influência que aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e subjetivos exercem sobre o trabalho. Neste sentido, o conceito de tecnologias em saúde, entendido como os componentes tecnológicos que se comportam como forças instituintes no interior do trabalho, parece útil à compreensão do trabalho (e da produção de cuidado, conseqüentemente, visto a imanência do trabalho no cuidado em saúde).

Portanto, apenas em uma adequada correlação entre trabalho morto e trabalho vivo e as diferentes tecnologias que se vinculam ao processo de trabalho é que se pode produzir ações adequadas em saúde, o que se entende estender à compreensão do sucesso no cuidado à saúde produzido. Esta correlação é assimilada por MERHY e FRANCO (2013a) como Composição Técnica do Trabalho (CTT).

Sendo assim, um dos principais problemas presentes no trabalho em saúde é o distanciamento em relação ao desejo e ao interesse do usuário (problema este também claramente sinalizado por Ayres), processo acompanhado de uma predominância das tecnologias duras e leve-duras (trabalho morto) na relação usuário-trabalhador. Isto faz com que o autor afirme que o modelo assistencial (o que este trabalho entende como uma determinada forma de se produzir cuidado) é procedimento-centrado ao invés de usuário-centrado. Este último teria forte presença da tecnologia leve, sendo orientado a acolher, vincular, responsabilizar, resolver e autonomizar (MERHY, 2013b).

O Trabalho vivo em ato, portanto, acontece no espaço interseçor, no encontro usuário-profissional característico da produção de cuidado em saúde. As diversas forças instituintes – tecnologias e outros elementos como ideologias políticas, valores morais ou religiosos – agem, em distintas intensidades, no espaço interseçor, buscando “capturar” a subjetividade, bem como as ações que se produzem neste espaço, os conformando. Neste sentido, o caráter assumido por essa produção depende de como tais forças afetam e são afetadas pelo desejo dos sujeitos implicados nesta produção. O desejo, portanto, é elemento central na produção de

cuidado em saúde (o é em toda a produção), uma vez que se apresenta “energia produtiva” e “propulsora da construção da realidade social, pelo sujeito” (FRANCO e MERHY, 2013b, p.156). As conformações que esta produção (e seus produtos) pode assumir são inúmeras e variadas, não necessariamente limitadas às normas e diretrizes postuladas por uma ordem de classe ou um gestor, sendo estes apenas duas das diversas forças instituintes presentes no trabalho vivo em ato. Por isto, as ações em saúde podem ser mais ou menos acolhedoras, podem produzir mais ou menos vínculo, maiores graus de autonomia ou de heteronomia (FRANCO e MERHY, 2013).

Mas do que se trata acolher? E o vínculo? E a autonomia? Reconhece-se que no Núcleo da Saúde Coletiva, inúmeras noções, conceitos e teorias são pensadas e trabalhadas com vistas à compreensão do processo saúde-doença, de suas implicações sociais, políticas, culturais, econômicas, enfim, de sua implicação na vida singular e coletiva. A propósito da centralidade da noção de produção de cuidado presente neste trabalho, lança-se mão de se desenvolver mais algumas noções e conceitos, os quais contribuirão ao processo de análise da produção do cuidado.

Embora o acolhimento, seja, muitas vezes, entendido como um local, um espaço físico dentro da segmentarização das unidades de saúde, se confundindo com a recepção, este vem sendo tratado pelo MS e por acadêmicos como algo bem mais complexo. MATUMOTO (1998) reconhece o acolhimento como algo que se estende por todo o cuidado, estando presente em toda situação de atendimento, não se limitando a um espaço físico, nem a atividade exclusiva do profissional que recebe a população na unidade ou que faz o primeiro contato. Esta autora faz um interessante trabalho sobre o acolhimento buscando referências do uso deste termo em outros campos do conhecimento que não a saúde. Ela reconhece uma atribuição religiosa do termo, dada pela religião católica, associada à abordagem religiosa ao “próximo”, especialmente dos mais vulneráveis. Analisando o termo no dicionário, ela também reconhece alguns termos associados aos sentidos empregados na saúde, desde recepção como sinônimo de acolhimento, quanto a dar ouvidos ou dar acolhida, como sinônimos de acolher.

Seu trabalho constrói um olhar sobre o acolhimento a partir da micropolítica, o reconhecendo como uma tecnologia leve, um processo operado no espaço interseção usuário-profissional, reconhecendo como fatores importantes as forças instituintes que atuam neste espaço, a capacidade do profissional em operar suas valises tecnológicas de uma forma

usuário-centrada, a adequação do espaço e do tempo destinados à sua produção, a escuta, a comunicação, e a corresponsabilização do profissional junto ao usuário. O acolhimento, para esta autora, é atribuição de todos os profissionais de saúde (MATUMOTO, 1998).

Esta perspectiva desta autora é claramente influenciada por autores do Núcleo da Saúde Coletiva, que desde o início dos anos de 1990, participam de experiências de gestão em saúde e formulam propostas para um novo modelo tecno-assistencial. BUENO (2007), descrevendo a importante experiência da gestão municipal de Betim (MG) junto ao Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde (Lapa) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas – do qual participavam Emerson Merhy, Gastão Campos, Rosana Onocko, Luíz Cecílio, entre outros – relata uma interessante experiência de organização e gestão do acolhimento em unidades deste município. Esta experiência se deu a partir da *Operação Porta Aberta*, a qual era parte de um plano de gestão local para a reorganização dos processos de trabalho nas unidades, visando a implementação de um novo modelo tecno-assistencial, tendo como preceitos instituir equipes de acolhimento que assegurem o atendimento a todo usuário que demande.

FRANCO, BUENO e MERHY (1999), analisando esta experiência, reconhecem o acolhimento como uma diretriz operacional que orienta o atendimento de todas as pessoas que procuram os serviços, buscando garantir acesso; a reorganização do processo de trabalho, diminuindo o caráter médico-centrado a partir do trabalho multiprofissional; e a qualificação da relação usuário-profissional de saúde (ou equipe), a qual deve ser orientada pela solidariedade e pela cidadania.

Percebe-se que tais formulações são influenciadoras do MS no planejamento e gestão do SUS. Para o Ministério, o acolhimento pode ser entendido como algo presente em todas as interações usuário-profissional em que se produza cuidado, que pode ocorrer de maneiras variadas, mas sempre envolvendo uma escuta cuidadosa do usuário. O acolhimento deve facilitar os usuários a acessarem os serviços de saúde, viabilizando às distintas demandas uma atenção adequada. O acolhimento diz respeito a uma postura acolhedora, cuidadosa, sendo considerada uma tecnologia de caráter leve que deve sempre estar presente na interação usuário-profissional, estando expressa, inclusive, na forma como os profissionais operam seus componentes tecnológicos. O acolhimento também se apresenta como um dispositivo para a reorganização dos serviços de saúde, uma vez que sua institucionalização exige, na maior parte das vezes, uma mudança nas práticas que organizam o acesso dos usuários aos serviços

e exige dos profissionais, não apenas um conhecimento sobre os serviços disponíveis em sua unidade, mas também da RAS e dos serviços intersetoriais (BRASIL, 2013b).

O acolhimento, portanto, tem sido tratado como um importante elemento da organização e da gestão dos serviços, especialmente, no que se refere à reorientação do modelo tecno-assistencial. Neste sentido, o acolhimento, enquanto estratégia de ampliação do acesso também pode acarretar um importante processo de medicalização social (TESSER, NETO e CAMPOS, 2010). Longe da perspectiva que atribui à medicalização social um valor negativo (CAMARGO JR., 2013), aqui enfatizasse que, a expansão do acesso à saúde não deve corresponder meramente à ampliação do acesso à assistência médica, e, sim, ao acesso a serviços de saúde que abordem as demandas sob a perspectiva da universalidade, da integralidade e da oferta de serviços multiprofissionais e interdisciplinares.

No que se refere ao vínculo, este termo tem sido usado recorrentemente na saúde, quase sempre em associação com o termo acolhimento, guardando relação com a ideia de continuidade e longitudinalidade, relacionado à forma como os serviços prestam assistência ao usuário ou à comunidade ao longo do tempo, sendo um elemento esperado na produção de saúde (TRESSE, 2008). A continuidade do cuidado é reconhecida pela sequência de interações usuário-profissional/equipe, sendo marcada pela confiança que estes usuários conseguem estabelecer com os profissionais, e com a responsabilidade que, por sua vez, estes profissionais conseguem estabelecer com os usuários (TRESSE, 2008, citando Hjortdahl). Em relação à longitudinalidade, STARFIELD (2002, p.247) a reconhece como “uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. A longitudinalidade independe do uso da unidade (em distinção à continuidade), do serviço, ou da consulta com os profissionais, sendo marcada pelo reconhecimento do usuário de que uma determinada unidade, equipe, ou profissional é sua referência para o acesso a serviços de saúde. Portanto, não necessariamente depende de uma situação de adoecimento, ou de uma condição ou agravo que precise de atenção recorrentemente.

A análise das interações profissionais de saúde-usuários também sinaliza a comunicação como elemento importante ao processo de estabelecimento de vínculo. CAPRARA e RODRIGUES (2004), analisando dados de um estudo sobre a interação médico-usuário na Saúde da Família no Ceará reconhecem uma série de problemas nesta interação, como importante porcentagem de profissionais que não explicam com clareza o problema ou a doença ao usuário, ou que não verificam a compreensão do usuário sobre o

diagnóstico ou sobre o projeto terapêutico. Por outro lado, esses autores sinalizam a familiaridade, a confiança e a colaboração como elementos que interferem na produção de cuidado. O vínculo, por seu caráter relacional, também se apresenta como uma questão associada ao diálogo estabelecido entre profissionais e usuários. Esta questão, que de alguma forma já foi abordada neste capítulo, está presente nas análises de AYRES (2009) que atribui centralidade ao diálogo na interação e na conformação dos sujeitos nos serviços de saúde.

O vínculo em CAMPOS (2003, p.68) é entendido como um “recurso terapêutico”. Neste sentido, desconstrói uma perspectiva restrita ao caráter “humanizador” do vínculo, o apresentando como uma técnica na qualificação da produção do cuidado, associada ao estabelecimento de uma relação horizontal e longitudinal junto ao usuário no tempo (CAMPOS, 2007, 2003). AYRES (2009) também refere um caráter terapêutico ao vínculo, decorrente da confiança do sujeito-usuário no sujeito-cuidador, não devendo ser entendida como uma fragilidade ou inferioridade do usuário.

Para CAMPOS (2003), o vínculo trata do reconhecimento de uma interdependência e de uma confiança recíproca entre os sujeitos implicados na produção do cuidado. Tal condição para o vínculo, segundo o autor, se relaciona a um movimento de responsabilização de duplo sentido: a equipe responsabiliza-se pela saúde individual, mas também pela saúde coletiva da população com a qual trabalha. O autor recorre ao conceito de “transferência” da psicanálise para tratar do vínculo como lugar de afeto, entendendo que na produção do cuidado se busca também algum grau de responsabilidade do sujeito-usuário sobre sua própria saúde. Ainda que o autor não fale em um processo de corresponsabilização, sua teoria de “co-produção singular de saúde doença” (CAMPOS, 2007, p.55) aponta para um sujeito cuja própria constituição é sempre um processo mediado por outros fatores; o sujeito nunca tem um domínio absoluto de seu processo de saúde-doença. Trata-se, desta forma, de um processo de co-constituição onde o domínio do sujeito sobre sua vida é sempre relativo, parcial. Sendo assim, acredita-se possível deduzir que a responsabilização sobre a saúde do sujeito cuidado também se media por uma relação entre o sujeito cuidado com o sujeito/equipe cuidador(a) e com os fatores contextuais, tratando-se de uma corresponsabilização. Tal dedução fica clara quando CAMPOS (2007, p.76) afirma que a necessária reforma em direção a uma clínica ampliada deve “inventar uma organização do trabalho que facilite a construção de vínculo, a relação horizontal no tempo e a clara definição de responsabilidade clínica ou sanitária entre trabalhadores e usuários”.

O vínculo, assim, como o acolhimento, tem sido descrito e estudado à luz da perspectiva micropolítica de MERHY (2013a), especialmente no entendimento de que estas se referem a tecnologias leves (o que já se apresenta na análise de Matumoto). COELHO e JORGE (2009) analisando materiais de grupos focais com trabalhadores da ESF, bem como entrevistas a usuários, reconhece uma queixa destes relacionadas a certa postura de superioridade dos profissionais que, por outro lado, relatam (os profissionais) uma dificuldade de vínculo associada à postura dos usuários. Entretanto, se reconhece no discurso dos profissionais a associação do vínculo com amizade, respeito, alteridade. A tecnologia leve, então, cumpre importante papel no vínculo, correspondendo a uma troca de saberes que extrapola a recorrente relação “queixa-conduta”. JORGE et al (2011) também reconhece grande importância às tecnologias relacionais presentes na produção do cuidado, compreendendo que a democracia e horizontalidade decorrentes do vínculo contribuem a um cuidado integral. O próprio MERHY (2013a) reconhece que a utilização do vínculo e do acolhimento como substrato tecnológico do trabalho vivo pode, se forem direcionados a isto, “capturarem” o desejo e o interesse do usuário para a defesa da vida e a produção de maiores graus de autonomia.

A perspectiva do MS sobre o vínculo reflete, de alguma forma, a maior parte destas contribuições, sendo entendido como “construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012a, p.21). Apesar disto, a longitudinalidade não é tratada como um componente do vínculo, sendo, pelo contrário, o vínculo tratado como um componente dela.

Por sua vez, a autonomia na saúde coletiva é apontada por diversos autores como um componente importante das práticas assistenciais, ou seja, da produção do cuidado (FEUERWERKER e MERHY, 2012; FRANCO e MERHY, 2013a; SOARES e CAMARGO JR., 2007; CAMPOS e CAMPOS, 2007). Sob a perspectiva micropolítica é possível perceber uma noção de autonomia relacionada a uma ruptura, em alguma intensidade, com aquilo que GUATTARI e ROLNIK (1996, p.15) tratam como “subjetividade capitalística”. Este termo é explicado em uma nota de rodapé do livro *Micropolíticas: cartografia do desejo* (GUATTARI e ROLNIK, 1996):

Guattari acrescenta o sufixo "ístico" a "capitalista" por lhe parecer necessário criar um termo que possa designar não apenas as sociedades qualificadas como

capitalistas, mas também setores do "Terceiro Mundo" ou do capitalismo "periférico", assim como as economias ditas socialistas dos países do leste, que vivem numa espécie de dependência e contradependência do capitalismo. Tais sociedades, segundo Guattari, em nada se diferenciariam do ponto de vista do modo de produção da subjetividade. Elas funcionariam segundo uma mesma cartografia do desejo no campo social, uma mesma economia libidinal-política (p.15).

A autonomia, portanto, está relacionada à produção de outras subjetividades, não tão “formatadas” pela subjetividade hegemônica atrelada ao sistema capitalista. Corresponde a processos de ruptura da “ordem” e de transformação política e social podendo ter uma expressão individual ou coletiva. A autonomia pode se expressar na negação de uma determinada forma de lidar com o tempo social, por exemplo, o tempo imposto aos corpos pelo trabalho social, o qual configura não apenas o tempo do trabalho propriamente dito, mas, também, o tempo que se dispõe para dormir, se alimentar, para interações comunitárias (GUATTARI e ROLNIK, 1996). Pode-se entender, por exemplo, que uma expressão concreta e coletiva dessa forma que o exercício da autonomia pode adquirir seja o “slow food”, movimento internacional que busca romper com o imperativo do “fast-food” – que se deve entender para além de uma loja que comercializa refeições rápidas e relativamente baratas, reconhecendo sua associação à expansão de uma cultura capitalista e urbana – nas práticas alimentares, formulando uma alimentação saudável, valorizando culturas alimentares locais, acesso universal a uma alimentação adequada e trabalho digno aos produtores e comerciantes de alimentos (SLOW FOOD, 2017; FONTENELLE, 2002).

Por sua vez, SOARES (2000) tratando da questão da autonomia e uso de medicamentos, reconhece uma ambiguidade entre estes, uma vez que estes, por vezes, podem estar associados a um processo de recuperação da saúde para que seu usuário retome suas atividades bem como sua autonomia; por outras, podem se atrelar a legitimação de uma condição de doente, operando como um legitimador de uma condição que supostamente o impede de realizar suas atividades corriqueiras. Esta autora também cita alguns estudos que apontam situações de abandono do uso de medicamentos como possíveis expressões de uma autonomia.

Analisando a abordagem dada à autonomia nos estudos de saúde, especialmente da prática clínica, SOARES (2000) reconhece uma noção de autonomia centrada no indivíduo, em seu direito de saber sobre sua condição e de participar das escolhas realizadas, especialmente no que diz respeito ao projeto terapêutico. Estas noções de autonomia presentes nos estudos em saúde revelam certas binaridades como indivíduo-sociedade, autônomo-dependente, que, no entendimento desta autora, necessitam ser superados. Tal superação é

proposta a partir de uma reflexão, à luz de diversos autores contemporâneos, especialmente, Edgar Morin. Desta forma, SOARES e CAMARGO JR (2007) concebem a autonomia como algo relacional e relativo, sendo inseparável da dependência. Refutam uma perspectiva de autonomia absoluta em defesa de uma autonomia produzida de forma relacional a partir de redes de autonomia/dependência (relação com profissionais de saúde, familiares, amigos, etc), sendo este caráter fundamental na produção do cuidado, o qual se opõe ao paternalismo e autoritarismo enquanto caracteres do cuidado. Na perspectiva destes autores, ainda se destaca a compreensão da autonomia como condição de saúde e de cidadania, portanto, como um valor, presente no cotidiano da prática de saúde e em permanente conflito com a dimensão política da vida.

Por sua vez, CAMPOS e CAMPOS (2007) também possuem uma importante contribuição sobre a autonomia na produção de cuidado. A ideia de autonomia é comumente contraposta a heteronomia. Trata-se da possibilidade de definir as próprias leis que regem a vida (ou de, ao menos, participar da elaboração destas), ao invés de recebê-las elaboradas por terceiros. É a possibilidade de questionar as leis que estão dadas, ou as condições que se colocam ao viver. A autonomia é considerada por eles um objetivo às ações em saúde, sejam elas clínicas ou da saúde coletiva. Deseja-se ampliar os graus de autonomia das pessoas na condução de suas vidas. A autonomia surge como objetivo a partir da compreensão da necessidade de se colocar o sujeito no centro da clínica, ao invés da doença ou do procedimento. A autonomia é compreendida como a capacidade dos sujeitos de compreender e agir sobre a própria vida.

Assim como para Soares e Camargo Jr., esses autores entendem que a dependência humana está em relação dialética com a autonomia. O início da vida humana é altamente dependente de “cuidado externo” e tal dependência dura longo tempo. O caminho para a emancipação desta dependência – que de fato nunca acaba, se assumimos a interdependência como característica da vida social – é o caminho por maiores graus de autonomia sobre a condução da vida.

Outro aspecto importante destacado por CAMPOS e CAMPOS (2007) é que tal caminho é um processo histórico, estando atravessado por fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, sendo que o caráter estratificado das sociedades sempre define diferentes graus de autonomia às pessoas de diferentes segmentos sociais. Ainda que não se ignore a existência de diferenças dentro de um mesmo segmento, entende-se que tais fatores são influentes na trajetória do sujeito por maiores graus de autonomia na condução de sua vida.

Por último, para fins da análise da produção de cuidado, também se considera importante tratar a questão desta produção em rede. A ideia de rede tem sido trabalhada por distintos campos do conhecimento, na sociologia, antropologia, psicologia e, também, na saúde. Nesta, se destaca o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Este conceito é forjado, tendo por base a constatação de uma inadequação das redes de serviços de saúde e do próprio funcionamento destes serviços para assistir a população. Tal inadequação relaciona-se as mudanças no perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população, ao longo do século XX. As populações passam por importante mudanças em seu perfil etário, envelhecem a medida que as taxas de natalidade e de fecundidade diminuem. Também passam a ter maior expectativa de vida. O perfil de morbidade também muda, com os avanços sanitários e farmacológicos, transitando de um perfil mais acometido por doenças e agravos agudos, para um perfil de doenças e agravos crônicos. Ainda que se questionem tais modificações, se reconhecendo, especialmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, que, a despeito do envelhecimento da população e do aumento de sua carga de doenças e agravos crônicos, tais regiões do mundo continuam lidando com uma importante carga de doenças e agravos agudos, especialmente de doenças infecciosas e violência. O fato é que o modelo centrado no hospital e no profissional médico, oriundo do início do século XX, passou a se mostrar anacrônico e ineficiente em sua capacidade de proporcionar cuidado a doenças e agravos crônicos, os quais acabam exigindo um práticas de saúde mais longitudinais, continuadas, multiprofissionais e não-fragmentadas (MENDES, 2010).

Esta constatação da inadequação do modelo de organização de sistemas de saúde que advém do século XX é a justificativa para a proposição das RAS. Esta é entendida como uma organização de serviços de saúde, de caráter poliárquico, ou seja, não hierarquizada, possuindo missão única. Seus serviços possuem objetivos comuns e a atuação destes deve prezar pela cooperação e reconhecer a interdependência existente entre esses. O cuidado ofertado deve ser contínuo e integral, tendo população adscrita e atenção primária como coordenadora do cuidado. As RAS se estruturam em três elementos: a população, a estrutura operacional e seu modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

A população é apresentada como a razão de existência das RAS, seu arranjo devendo servir aos interesses desta população. Os serviços devem ter população adscrita e as ações sanitárias devem ter fundamento nas necessidades apresentadas por esta população, assim como nas especificidades e singularidades apresentadas pelos sujeitos e coletivos, devendo esta população ser conhecida e registrada nas RAS. Deve ser realizada a segmentação e

estratificação da população em relação aos riscos e doenças que cada pessoa apresenta, cabendo à Atenção Primária o cadastro, reconhecimento dos riscos, organização das segmentações e a relação longitudinal (MENDES, 2010).

Já a estrutura operacional das RAS consiste em 5 componentes: os serviços de Atenção Primária; os serviços de Atenção Secundária e Terciária; o sistema de apoio; o sistema logístico; e o sistema de governança. A Atenção Primária corresponde é o seu centro de comunicação e seu local privilegiado de coordenação do cuidado, no que diz respeito aos fluxos e contrafluxos estabelecidos na RAS. Suas principais atribuições devem ser a capacidade resolutiva (resolver a grande maioria das demandas), coordenar o cuidado e se corresponsabilizar por este, junto à população. A Atenção Secundária e Terciária corresponde ao acesso a especialistas e às demandas hospitalares, respectivamente. O sistema de apoio refere-se a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, como serviços de diagnóstico por imagem, laboratórios clínicos, serviços de endoscopia, etc; e também aos serviços de apoio farmacêutico e os sistemas de informação. O sistema logístico, por sua vez, corresponde centralmente aos serviços relacionados à tecnologia da informação, sistemas de regulação de vagas, prontuários eletrônicos, sistema de identificação do usuário na rede. O quinto elemento da estrutura operacional é o sistema de governança, correspondendo às estratégias empreendidas pela gestão para a organização desta rede (MENDES, 2010).

O terceiro e último elemento da RAS é seu modelo de atenção à saúde, definido como

[...] sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2010, p.2302).

Este autor reconhece centralmente dois modelos, os quais representam modelos abstratos à conformação de diversas propostas e organizações concretas dos sistemas de saúde. Um refere-se ao atendimento de condições agudas ou agudizações da condição crônica, o qual demanda uma adequada equação entre tempo de resposta à demanda e o risco avaliado ao qual está exposto o usuário. O outro, por sua vez, refere-se à gestão do cuidado às

condições crônicas de saúde, o qual, evidentemente, tem grande papel da Atenção Primária (MENDES, 2010).

Esta perspectiva, sem dúvida nos oferece muitos elementos importantes para a análise da produção do cuidado. Porém a perspectiva sobre o cuidado em sua expressão micropolítica, relacional, bem como o reconhecimento da complexidade do problema da PSR, sinalizam que a produção do cuidado a esta população está para além da RAS, sendo necessário lançar mão de estratégias intersetoriais, que articulem e constituam redes intersetoriais a partir das singularidades locais, territoriais e, também, a partir das possibilidades que a pessoa em situação de rua expressa em sua subjetividade e em suas relações (FRANCO e MERHY, 2013; DANTAS, 2007; SILVA, 2013; CECCIM, LONDERO e BILIBIO, 2014; TEIXEIRA e FONSECA, 2015; BRASIL, 2012b; 2009). Por isso, para a compreensão da produção de cuidado em rede, se entende pertinente também se conhecer outras perspectivas sobre *redes*.

Uma perspectiva importante sobre rede refere-se à ideia de *rede social*. Esta é comumente associada a tecnologias da informação, não evidenciando a origem do termo nas ciências sociais, nem tampouco, evidenciando os múltiplos campos do conhecimento que hoje fazem uso dela. Das diversas abordagens sobre o termo, ACIOLI (2007) descreve, tomando por base diversos autores das Ciências Sociais, três formas de uso mais recorrente deste termo: um metafórico, correspondente ao reconhecimento de uma dinâmica social que se apresenta como uma rede, de relações inter-pessoais, inter-dependentes, conscientes ou não, que operam processualmente, conformando ou desmanchando laços no tecido social, de ordem local, regional e, até mesmo, mundial; um analítico, relacionado ao uso do termo na análise de expressões concretas de processos sociais que se conformam em redes, como as redes de solidariedade, contribuindo à compreensão sobre processos de mobilização e organização de movimentos sociais; e o uso tecnológico, relacionada às tecnologias da informação, que reconhece a centralidade de tais tecnologias na conformação da sociedade em rede.

Esta polissemia e complexidade do termo rede também é reconhecida por MATTIONI (2010), que utiliza o termo para analisar o fortalecimento de indivíduos e comunidades, na perspectiva de que os sujeitos protagonizem ações para a melhoria de suas vidas, especialmente, da vida comunitária, organizada em um território delimitado. Interessa-se por reconhecer uma rede a partir do sujeito cuidado, buscando compreender, a partir da rede social deste sujeito, componentes que contribuam à sua força para produzir modos de viver mais dignos e autônomos.

Dentro desta perspectiva, também pode-se destacar a abordagem de Carlos Sluski sobre rede social. Este autor trabalha tal termo sob os elementos que constituem a rede do sujeito, segundo a significância destes componentes atribuída pelo próprio sujeito. Para isto, empreende o uso de um instrumento denominado “mapa mínimo de relações”, no qual identifica, a partir de quatro quadrantes, as interações familiares, de amizade, de trabalho ou escola e comunitárias; e, a partir de três círculos inscritos concêntricos inscritos nos quadrantes a intensidade dessas relações, ou seu caráter proximal, intermediário e distal. O uso de tal instrumento não deve ser apreendido como o entendimento de que tais relações de rede se comportam rígida ou estaticamente. A rede é viva e processual e o instrumento deve auxiliar na compreensão da rede social sob tais preceitos. Por isso, Sluski orienta seu uso a partir da narrativa do sujeito (PINHEIRO e GUANAES-LORENZI, 2014, citando Sluski).

Entretanto, a despeito dos relevantes conceitos de RAS e de rede social, no presente trabalho busca-se enfatizar outra abordagem sobre rede, produzida por MERHY et al (2014), que se refere a ideia de Redes Vivas (RV). A RV é uma noção que se funda a partir da produção de uma perspectiva micropolítica sobre as redes que se produzem no processo de produção de cuidado. As RV são redes que se conformam de forma singular, expressão das relações subjetivas que por vezes reproduzem, mas, muitas vezes rompem com certos arranjos institucionais pré-concebidos. As RV não se limitam aos desenhos e fluxos estabelecidos pelo planejamento normativo dos sistemas de saúde. Elas tão pouco se limitam a instituições de saúde. Tratam de conexões (ou de rupturas) existenciais, agenciamentos que se produzem no viver de cada sujeito (se aproximando, desta forma, ao conceito de Rede Social). Diferente das redes planejadas pela gestão dos sistemas de saúde, que conformam um todo sistemático, as RV são sempre fragmentos que operam conexões em decorrência de processos subjetivos, desejanter. O horizonte das RV não é medicalizar toda a produção em rede operada pelo sujeito, mas reconhecer o sujeito e suas inúmeras produções existenciais, reconhecer que seus projetos de vida se fundam em múltiplos espaços, não apenas na instituição saúde.

A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para ir produzindo, isto é, produzir a possibilidade de lançarem mão de leques de opções, de cartas na manga, de vários recursos para ampliar a capacidade de cada um, em suas redes existenciais, irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. A falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro (MERHY et al, 2014).

Em síntese, com base nas discussões aqui apresentadas, produzidas centralmente no campo da Saúde Coletiva, o presente trabalho afirma a produção do cuidado como processo produtivo conformado na dinâmica assistencial dos serviços de saúde. Tal processo produtivo se apresenta sempre relacional, envolvendo dois ou mais sujeitos, que se distinguem em inúmeros aspectos, mas especificamente por uma parte destes sujeitos se apresentarem neste espaço relacional como trabalhadores a disporem de conhecimentos e recursos técnicos (e não técnicos também) que, ofertados a outra parcela dos sujeitos – àqueles que buscam o cuidado por uma determinada condição de vida (não apenas de doença) – se espera o fortalecimento da capacidade destes de produzirem modos de vida mais dignos e felizes.

Por outro lado, os sujeitos presentes neste processo produtivo possuem características que os qualificam sob tal categoria, independentemente dos inúmeros aspectos que os distinguem: são intersubjetivos, ou seja, só se conformam na dinâmica relacional, se constituindo sempre em relação ao outro; são contingentes, ou seja, sua conformação não é rígida, ou estática, estando sempre em condição de conservar ou de transformar sua identidade, segundo suas interações com outros sujeitos ou com o contexto em que vive; são desejantes, ou seja, são constituídos por desejos os quais, estando em evidência ou não na dinâmica relacional, interferem nas escolhas e nas ações destes sujeitos.

A produção do cuidado em saúde sempre possui um contexto histórico, econômico, político, social, sendo também sempre relacional e laboral, o qual se entende sempre composto por trabalho morto – ferramentas, instrumentos, equipamentos, insumos e conhecimentos bem estruturados originados nas ciências da saúde e, até mesmo, em outros ramos da ciência e do conhecimento – e trabalho vivo – no qual se manifesta, além do trabalho morto, conhecimentos não estruturados que se constituem apenas nos singulares instantes em que ocorrem os encontros entre os sujeitos. Portanto, trabalho vivo e trabalho morto, assim como fatores contextuais (de ordem histórica, econômica, política, ética, cultural) disputam o caráter do produto a ser conformado neste processo produtivo.

Acolhimento e vínculo se reconhece recurso tecnológico de caráter leve, entendendo-se que ambos possuem pressupostos éticos e políticos definidores de sua conformação. O primeiro se refere centralmente ao acesso, à sua qualificação, tendo centralidade o processo de escuta qualificada e de interação. O segundo, por sua vez, também centrado na interação, se relaciona ao estabelecimento de confiança e de corresponsabilização sobre o processo de saúde, em um processo longitudinal.

A autonomia é sempre uma produção relativa e relacional, situado entre os polos da autonomia absoluta e da dependência (ou heteronomia) absoluta, nunca se encontrando exatamente em um polo. Está relacionada à produção de modos de vida menos conformados pelas subjetividades dominantes, de maneira individual ou (e) coletiva, mais capazes de produzir potência nos sujeitos a operarem linhas de fuga para a situação vivida, buscando modos de vida mais dignos e autônomos.

E a perspectiva de rede que se dá ênfase neste trabalho se refere ao reconhecimento de uma produção singular de rede que se materializa no decorrer da vida do sujeito cuidado. Trata-se de uma Rede Viva, que se conforma segundo movimentos que se estabelecem a partir dos desejos e demandas do usuário, e das possibilidades que este encontra de estabelecer conexões que potencializem seu viver.

Apresentados os principais aspectos contextuais e conceituais, a seguir se apresentam os aspectos metodológicos que orientam este trabalho.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para uma maior compreensão da produção de cuidado, nega-se atribuir a esta um caráter estático, como se pudesse ser representada a partir de uma fotografia. Esta produção é processo, marcado pela permanente confrontação entre forças instituintes de desejo e de poder na conformação de processos de subjetivação decorrentes desta produção, tendo caráter intersubjetivo, ou seja, esta produção é sempre uma interação entre dois sujeitos ou mais (FRANCO e MERHY, 2013; BARROS e KASTRUP, 2009). Pesquisar um processo é um começar pelo “meio”, entendendo-se que o “objeto” pesquisado tem uma “espessura processual” (BARROS e KASTRUP, 2009, p. 58) correspondente a uma história e uma dinamicidade que impossibilita uma representação estática. Por isso, à compreensão que se objetiva, se entende necessário o acompanhamento do processo que interessa a este estudo: o de produção de cuidado operado por duas equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro.

De início, se desejava acompanhar uma única equipe, que se definiria a partir de um contato prévio do pesquisador com a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro. A partir do diálogo com a Gerência dos Consultórios na Rua (órgão da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro) se define a realização da pesquisa em uma unidade onde estão lotadas duas equipes de CnaR. Desta forma, esta gerência aciona a direção desta unidade e sua respectiva Coordenação de Área Programática (CAP), afim de mediar a aproximação do pesquisador junto ao “objeto” definido. Com isto, pactua-se junto às equipes de CnaR o início do trabalho de campo, passando o pesquisador a frequentar a unidade. O fato das duas equipes terem como referência uma mesma unidade de saúde define à dinâmica delas certo compartilhamento do espaço físico da unidade e também a operação de ações em conjunto (como reuniões, grupos realizados junto a usuários e, até mesmo, em certas circunstâncias, o cuidado desses usuários), o que estimula o pesquisador a acompanhar a produção de cuidado operada por ambas equipes.

Portanto, trata-se de um estudo de caso, qualitativo, de implicação do pesquisador na realidade cotidiana do “objeto” estudado. Porém, isto não define o isolamento do processo produtivo pesquisado, como se este fosse um sistema autônomo, alheio ao mundo da vida em que se produz. Este processo é histórico e político, inevitavelmente tem expressão macro e

micropolítica e, assim, não se abre mão de se reconhecer certos aspectos contextuais, influentes na conformação dos processos observados (BARROS e KASTRUP, 2009; FEUERWERKER, 2014).

Neste sentido, um movimento do percurso metodológico deste estudo é o reconhecimento de certos aspectos político-históricos relacionados à PSR e ao CnaR, bem como o reconhecimento de certas experiências de produção de cuidado à PSR na AB, inclusive de CnaR, já descritas na literatura. Além disto, se define um marco conceitual para a noção de produção de cuidado sobre a qual se apoia este estudo. Para tanto, a pesquisa bibliográfica tem base não apenas em artigos publicados em revistas científicas, mas, também, em outras fontes, como livros, dissertações e teses, reportagens de TV, revistas e jornais, documentários, *websites*, entre outras. Para BECKER (1994), em uma pesquisa qualitativa, os achados das pesquisas bibliográficas contribuem ao possibilitar que o pesquisador relacione seus achados do campo com os de outros estudos.

Já, no que tange o acompanhamento propriamente dito da produção de cuidado operada pelas equipes de CnaR escolhidas, são empregadas duas técnicas de pesquisa: a observação participante e a realização de entrevistas. A elaboração do projeto para a qualificação serve à reflexão sobre estas técnicas e seus instrumentos, como roteiros para o campo e para as entrevistas e o diário de campo. Estes instrumentos são elaborados e, à medida que a pesquisa de campo ocorre, vão se transformando, em função da presença do pesquisador no cotidiano da produção de cuidado.

Tais mudanças não são encaradas como problema, mas, sim, como algo esperado neste tipo de pesquisa. Tanto no campo da pesquisa social, quanto no campo da micropolítica, a pesquisa é tratada, guardada suas especificidades, como um processo que não é definido por uma cadeia linear de etapas pré-concebidas, ainda que se adotem *pistas* (PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2009) ou *componentes* (MAXWELL, 2008) que devam conformar o estudo.

As técnicas empreendidas em campo, bem como o uso dos instrumentos são influenciados pela perspectiva micropolítica da *cartografia* e do pesquisador *cartógrafo*. Este, na micropolítica, desenvolve sua cartografia sob o olhar que captura paisagens psicossociais, desenhando tais paisagens a partir de sua percepção e de suas sensações. Estas paisagens se apresentam de diversas formas: em textos, em falas, em conversas, em gestos, em práticas. Tudo que afeta os sentidos do cartógrafo e que encontram projeções em suas representações

pode se tornar material de trabalho (ROLNIK, 2011). Por isto, neste estudo não cabe a ideia de coleta de dados. Não se reconhece o dado como componente da realidade estudada, extraído de maneira imparcial. O pesquisador é um sujeito implicado em uma atividade e os dados, produtos de sua atividade produtiva: trata-se de produção de dados (KASTRUP, 2009). A cartografia micropolítica guarda grande proximidade com a etnografia: “o etnógrafo participa, em certa medida, da vida delas, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado pela experiência etnográfica” (BARROS e KASTRUP, 2009, citando Cicourel).

Reconhece-se grande importância à palavra, na produção de dados, especialmente das conversas e discursos produzidos pelos sujeitos participantes da pesquisa. A palavra, na pesquisa qualitativa, é fato social que possibilita e facilita as relações intersubjetivas. A palavra está presente no cotidiano da vida humana, em todas as sociedades. Porém, ao mesmo tempo em que contribui às relações intersubjetivas, às interações, também pode contribuir à produção de conflitos entre sujeitos e grupos. A palavra, enquanto fala, é expressão de relações históricas e sociais estabelecidas entre pessoas e grupos. Através da palavra é possível reconhecer conflitos e contradições presentes nos sistemas sociais e políticos, possibilitando uma compreensão dos modos de interação e dominação presentes nas vidas humanas em seus cotidianos (MINAYO, 2007).

Contudo, também se entende de grande valia a observação participante, uma vez que esta possibilita apreensão, não só das palavras em seu uso cotidiano e recorrente, mas também de aspectos da ordem relacional que não se expressam através de falas (mas que se correlacionam a estas, como gestos, olhares, práticas, etc.). Sendo assim, se optou por trabalhar com entrevista e observação participante, concordando-se com ALVES (2015) que, em relação a um estudo etnográfico realizado sobre o cuidado domiciliar, afirma o uso combinado das duas técnicas:

Sendo que uma das questões da minha investigação era perceber como se cuidava na prática (os modos de fazer), a combinação entre a observação e a entrevista em profundidade pareceu-me que permitiria compreender melhor o fenômeno: ir além das representações e dos valores que orientam os/as cuidadoras/es, ir ao encontro dos modos de fazer, para perceber como se faz e como se lida com o cuidado (ALVES, 2015, p.2-3).

O campo, portanto, se inicia após a apresentação da pesquisa e pactuação da entrada do pesquisador junto à equipe, o que se dá no dia 30 de agosto de 2016. A observação

participante ocorre principalmente ao longo dos meses de setembro e outubro (cerca de 40 dias úteis), estando o pesquisador presente na unidade em 19 dias intercalados, neste período. Há um registro em novembro e um em dezembro no diário de campo, decorrentes de situações em que se visita a unidade para a realização das entrevistas, que ocorrem ao longo dos meses de novembro e dezembro.

O entendimento de que a produção de cuidado se opera em um espaço intersubjetivo e relacional (FRANCO e MERHY, 2013; AYRES, 2009) mobiliza a atenção do pesquisador em distintas situações em que um profissional ou mais interagem com usuários, e que, no CnaR, ocorre em diferentes espaços: na recepção, em consultório, em sala de procedimentos, sala de reunião (da unidade “base” do CnaR e em outras unidades da rede), na rua, em praças e terminais de ônibus.

As reuniões de equipe também são observadas algumas vezes, se entendendo espaço importante de organização e planejamento do cuidado. Observam-se a maneira como se desenvolve tal interação, o conteúdo dos diálogos, as expressões de desejo e de angústia e sofrimento presentes nestes encontros, bem como as tecnologias empreendidas no cuidado. E, se percebendo que a produção do cuidado é atravessada por aspectos políticos de ordem “macro”, relacionadas a questões sociais, políticas, econômicas, culturais e institucionais, se busca apreender como tais aspectos se expressam neste espaço relacional.

A produção de dados a partir da observação resulta em um *diário de campo* (MINAYO, 2007), onde estão descritas situações as quais se entende relacionadas à produção de cuidado. A interrupção da observação participante se dá por saturação, se reconhecendo nos dados produzidos um expressivo material para o processo de análise (FONTANELLA et al, 2011).

Embora, sob a perspectiva ética, BECKER (1994) descreva, em seu estudo sobre “desviantes” sociais, a possibilidade de se coletar informações secretamente, não houve interesse por parte do presente estudo em realizar coletas desta forma, quaisquer que fossem. O pesquisador, ao longo da observação, nunca busca se passar despercebido. Por vezes, os profissionais o apresentam aos usuários atendidos, por outras, o mesmo se apresenta aos usuários. Em algumas situações, os próprios usuários lhe indagam se pertence à equipe, o que também o convoca a se apresentar como pesquisador.

No que se refere às entrevistas, estas são pensadas especificamente para cada grupo de entrevistados (profissionais e usuários). Aos profissionais é proposto um roteiro semi-estruturado que orienta as entrevistas (MINAYO, 2007). Este roteiro, principalmente ao longo da observação, vai se reestruturando, sendo aplicado a 6 profissionais, dentre os 18 que compõem as equipes no início do trabalho de campo, se contemplando um profissional de cada categoria de nível superior presente nas equipes de CnaR (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social; dois de cada equipe); um profissional de nível médio técnico (nas equipes há técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal, tendo sido entrevistado um técnico de enfermagem) e um profissional de nível médio, sem exigência de formação específica (agente social). Os profissionais de nível médio pertencem à mesma equipe. O roteiro (que consta no anexo deste trabalho) utilizado é abrangente e flexível (MINAYO, 2007) e teve por finalidade contribuir a exploração, pelo entrevistador, da visão dos profissionais sobre diversos aspectos da produção do cuidado.

Os profissionais são escolhidos ao longo da observação, reconhecendo-se nestes potenciais informantes capazes de contribuir junto ao pesquisador na compreensão da produção do cuidado e, ao menos, o exercício de um ano de serviço na função. O critério de escolha, neste sentido, assume mais um caráter inclusivo do que exclusivo, visto que, de alguma forma, se reconhece em todos os profissionais certa potência de contribuir ao estudo. Por isto, a escolha baseia-se no reconhecimento dos profissionais mais “comunicativos” e que, ao longo do campo, apresentam maior interação com o pesquisador. As entrevistas são realizadas no período final do campo, a partir do mês de novembro, quando são iniciados os agendamentos destas. Não há recusa, todos os profissionais convidados aceitam participar. Todas as entrevistas são realizadas na própria unidade com exceção de uma, realizada em uma biblioteca pública, em decorrência da disponibilidade do entrevistado.

Já, em relação às entrevistas com os usuários, estas são pensadas sob a perspectiva da história de vida, ou da narrativa de vida, a qual tem se caracterizada como estratégia de pesquisa na busca pela compreensão sobre como o sujeito pesquisado reconhece sua história, seu passado, e como tal reconhecimento se relaciona com o contexto que vive (MINAYO, 2007; AZEVEDO, 2013; CECÍLIO et al, 2014). Objetiva-se, assim, reconhecer elementos da experiência do usuário em relação à sua vida e saúde.

A expectativa no uso de tal técnica é de, tendo por base a experiência do sujeito e sua memória em relação a sua história de cuidado com sua saúde, encontrar elementos que

evidenciem sua experiência atual e pregressa, não apenas de interação com o CnaR, mas sua possível interação com outros serviços de saúde e também reconhecer aspectos de sua prática de autocuidado e de autonomia.

A escolha dos usuários não é tarefa fácil. A situação de rua expõe pessoas a um alto grau de vulnerabilidade, o que, parece, muitas vezes, influenciar na capacidade de comunicação. ESCOREL (1999), em seu estudo, entrevista pessoas em situação de rua, buscando, a partir de narrativas, reconhecer trajetórias de exclusão social também reconhece esta dificuldade. Este tipo de entrevista não é facilmente aplicado à pessoa em situação de rua, mostra-se altamente complexa e exige cautela. Demanda certo exercício de “garimpagem” (ESCOREL, 1999, p.98), decorrente de dificuldades no diálogo com o usuário, da fragmentação do discurso ou do tom baixo da fala.

No presente estudo, buscam-se usuários maiores de idade, “comunicativos” e que tenham certo histórico de acompanhamento junto à equipe. Excluem-se usuários muito alcoolizados, que se suspeite dificuldade de dialogar. São entrevistados quatro usuários. Mesmo assim, uma das entrevistas ocorre rapidamente (menos de 15 minutos), se encontrando muita dificuldade para se alcançar uma narrativa mais substancial do usuário.

Considera-se a possibilidade de se realizar um maior número de entrevistas com usuários, se reconhecendo uma não saturação das entrevistas. Pondera-se a possibilidade de se explorar mais este universo dos usuários e de suas vidas. Mas, o avançar do tempo em campo e o grande volume de dados produzidos na observação e nas entrevistas até então feitas, além da consideração de que a análise de todo o extenso material produzido demanda longo tempo, definem o encerramento do campo com um número restrito de entrevistas a usuários. Tais entrevistas contaram com um roteiro de aspectos a serem explorados pelo pesquisador junto aos entrevistados, o qual consta no anexo.

Em todas as entrevistas (profissionais e usuários) a pesquisa é sinteticamente apresentada, bem como seus propósitos. Todas são autorizadas, constando termo de consentimento livre e esclarecido de todos os entrevistados (modelos em anexo). As entrevistas são gravadas em um gravador de áudio digital, conformando um arquivo de entrevistas que são transcritas e utilizadas para fins desta pesquisa. São esclarecidos possíveis riscos de exposição dos profissionais e usuários, bem como os cuidados tomados para se minimizar tal exposição, como o anonimato dos participantes e a não exposição do nome da equipe, da unidade ou do território relacionado às equipes estudadas.

Os dados produzidos (diário de campo e entrevistas) são consultados apenas pelo pesquisador e sua orientadora. Os participantes, bem como as unidades de saúde e certos locais do território são tratados por siglas alfanuméricas para a sustentação do anonimato, ao longo do trabalho. Os profissionais são identificados pela letra “P” seguida de um número, de 1 a 13, que se atribui a estes à medida que o profissional é citado no capítulo 4. Os usuários também recebem siglas alfanuméricas (“U” seguido de número, de 1 a 11), também sob o critério de ordem de aparição. Os profissionais entrevistados foram P1, P2, P3, P4, P9 e P11 e os usuários, U5, U7, U8 e U11. Faz-se, no capítulo quatro, em sua última seção secundária (4.4), a descrição de um caso, tendo por base a narrativa de um usuário entrevistado (U8) e o diário de campo. Com isto, tem-se em vista uma melhor compreensão da categoria analisada nesta seção.

Não é um objetivo deste estudo comparar os processos de trabalho das equipes. Na análise, algumas observações gerais sobre a rotina de trabalho destas equipes são pontuadas, a título de contextualização das equipes.

No decorrer da análise não se sente necessidade de se situar rigorosamente as passagens citadas como práticas de uma ou outra equipe, ou de uma ou outra categoria profissional, embora, em certos momentos, isto seja evidente. O objetivo é usar fragmentos do diário e das entrevistas para tratar aspectos do processo de produção de cuidado que se entendem relevantes ao cuidado e possivelmente recorrentes em distintas experiências, não só de CnaR, mas de serviços de saúde de uma forma geral, buscando-se discutir tais exemplos à luz das categorias analíticas estabelecidas.

Como sugere MINAYO (2007), a análise das informações produzidas a partir do campo – das entrevistas e da observação participante – se dá a partir da leitura deste material e do agrupamento de situações observadas em campo e de unidades de sentido apreendidas nas entrevistas segundo tais categorias. A partir das informações agrupadas, se selecionam as situações e os discursos considerados pelo autor mais relevantes a cada uma das categorias, para a produção de uma discussão entre os elementos escolhidos e o referencial teórico conceitual que dá sustentação às categorias, objetivando uma compreensão da produção de cuidado estudada.

Estas categorias elencadas são trabalhadas no item 2.3: são elas a micropolítica do trabalho; o acolhimento; o vínculo; a autonomia e a rede. Sendo assim, o próximo tópico

contém a análise empreendida pelo pesquisador sobre a produção de cuidado de duas equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro.

Por fim, pode-se considerar tardia a entrada do pesquisador em campo. A demora para a entrada em campo se relaciona com o trâmite do projeto pelos Comitês de Ética (CEP da ENSP e da SMSMRJ). Dá-se entrada com a pesquisa no Comitê de Ética da ENSP (CEP-ENSP) no início de março, para ser avaliado neste comitê em abril, o qual identifica pendências no projeto, que são prontamente respondidas e reavaliadas em maio. Com a aprovação no CEP-ENSP, o projeto é direcionado pela Plataforma Brasil ao CEP da SMSMRJ. Este comitê avalia o projeto, comunicando outras pendências ao pesquisador na primeira quinzena de julho, que indicam a adequação do projeto junto ao cadastro naquela plataforma. Porém, por problemas na operação da plataforma, o CEP da SMSMRJ recebe o projeto alterado apenas ao final de julho. Consequentemente, a aprovação deste CEP só ocorre na segunda quinzena de agosto, iniciando-se o campo no mês seguinte.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, número do parecer 1.653.403; e pelo Comitê de Ética da SMSMRJ, número do parecer 1.687.070.

4 A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM DUAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS EQUIPES E SEU CONTEXTO ESPECÍFICO

O Rio de Janeiro (MRJ) é o segundo município mais populoso do país, contabilizando, em 2010, 6.320.446 habitantes (IBGE, 2017). Trata-se de uma cidade extremamente heterogênea, apresentando grandes desigualdades, decorrentes de seu desenvolvimento econômico, urbano e social (ARMAZEM DE DADOS, 2017; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013). Nos últimos anos, especialmente a partir da segunda década do século XXI, há uma intensificação dos conflitos sociais, decorrentes do recente ciclo de reestruturação urbana da cidade, marcado por grande especulação imobiliária, encarecimento do custo de vida, desapropriação de áreas residenciais, remoções, recolhimento compulsório de pessoas em situação de rua, hostilidade a trabalhadores informais (camelôs) e gentrificação (COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO, 2014; CARTA MAIOR, 2015).

Apesar disto, os serviços de saúde oferecidos à população carioca pelo SUS conformam uma complexa rede de serviços de saúde, de gestão municipal, predominantemente, mas também com alguns serviços geridos por gestores estaduais e federais. Os níveis secundário e terciário da rede possuem 9 policlínicas, 21 Centros de Apoio Psicossocial (11 CAPS II, 2 CAPS III, 5 CAPSi e 3 CAPS-ad), 30 hospitais gerais (6 federais, 5 estaduais, 15 municipais, 4 universitários) e 32 hospitais especializados (5 institutos nacionais, 5 institutos federais universitários, 8 estaduais e 14 municipais). A rede de urgência e emergência possui 59 ambulâncias básicas, 15 avançadas, uma embarcação e 32 Unidades de Pronto Atendimento. E a Atenção Básica, por sua vez, conta com 117 Clínicas da Família e 111 Centros Municipais de Saúde, um total de 945 equipes de Saúde da Família (eSF), 47 equipes de NASF e 361 equipes de saúde bucal. O Consultório na Rua também compõe a AB, havendo no município um total de 7 equipes em funcionamento, em diferentes áreas da cidade (CNES, 2017; SAGE, 2017). Toda esta estrutura conforma a Rede de Atenção à Saúde do SUS carioca.

Esta complexa rede de serviços não se conforma em poucos anos, mas, em décadas de oferta de serviços públicos de saúde na cidade. O surgimento das equipes de CnaR, por sua vez, se dá em um contexto de uma importante reorientação do modelo de assistência à saúde carioca, em especial, no que se refere à AB. Como já apresentado no capítulo 2, o SUS inicia um processo de reorientação do modelo assistencial na década de 1990, reconhecendo o fortalecimento da ESF como elemento central desta reorientação. A década de 2000 é fortemente marcada pela expansão da ESF. Mas, na cidade do Rio de Janeiro, esta reorientação não é assumida de início e, ao longo da década de 2000 poucas equipes são criadas, com caráter focalizado, mantendo-se um modelo ainda muito centrado na assistência hospitalar especializada e na assistência médica ambulatorial, herdado de décadas de serviços de saúde originados anteriormente ao SUS.

Em 2008, o município possui apenas 3,7% de cobertura de ESF. Só a partir de 2009 a ESF assume caráter estratégico na organização do modelo assistencial carioca. O intenso processo de expansão da ESF iniciada no final da década de 2000 é operada a partir de processos de contratualização de pessoas jurídicas de direito privado – as Organizações Sociais (OSS) – o que envolve não apenas a contratação da força de trabalho para a composição das equipes de saúde, mas toda uma reorientação dos serviços prestados na AB. São definidos protocolos e diretrizes de cuidado alinhados aos pressupostos orientados pelo MS na PNAB e no Pacto pela Saúde, e também baseados em experiências de APS desenvolvidas em países europeus como Portugal e Inglaterra.

A reorientação do modelo assistencial envolve a contratação de OSS, as quais passam a ter incumbência pela expansão da ESF, pela construção de novas unidades de AB (as Clínicas de Família), pela reforma das unidades assistenciais antigas, pela institucionalização de uma Carteira de Serviços (documento que especifica os serviços que devem ser prestados pelas unidades de AB), pela adequação das unidades, de suas estruturas, equipamentos e insumos (HARZHEIM, LIMA e HAUSER, 2013; CAMPOS, COHN e BRANDÃO, 2016; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013). Em 2016, a cobertura reconhecida pelo MS neste município é de mais de 50% da população (SAGE, 2016).

Portanto, a primeira equipe de Atenção Básica dirigida à PSR, o POP RUA, surge em um contexto de intensa expansão da ESF, mas também de importante reestruturação urbana, conformando contradições em uma política pública que, ao mesmo tempo em que opera a

expansão do acesso a serviços de saúde (a ESF, inclusive, expande centralmente nas áreas mais vulneráveis e periféricas da cidade), também opera violência e hostilidade a segmentos mais vulneráveis da população, como a PSR, trabalhadores informais e a famílias e pessoas moradoras de áreas alvo de desapropriação pelo poder público (COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO, 2014; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013). Outra característica marcante do período é a projeção do crack ao status de questão social. O governo federal, a partir de um programa intersetorial, empreende uma “guerra às drogas”, em especial, ao crack, droga comumente associada à PSR, ainda que estudos recentes questionem tal associação (BASTOS e BERTONI, 2014). É ao longo desta “guerra” que se observa uma série de violações de direitos humanos à PSR, relacionados ao encarceramento ou ao recolhimento compulsório desta população, removida para abrigos periféricos da cidade (COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO, 2014).

As equipes de CnaR estudadas na presente pesquisa derivam desta primeira experiência de equipes de AB dirigidas à PSR (o POP RUA). Encontram-se lotadas no Centro Municipal de Saúde A (CMSA). Localizada em uma área bastante movimentada da cidade, com grande fluxo de veículos e de pessoas, por ser uma área residencial, mas, também, de grande variedade de estabelecimentos comerciais, hotéis e pensões. O CMSA funciona em um prédio de estrutura antiga, vertical, com cerca de 10 andares, pelos quais se distribuem uma série de serviços ofertados à população. Esta unidade remonta ao período anterior ao SUS, tendo sido um Posto de Atendimento Médico (PAM) do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Ao olhar desatento de um transeunte deve ser difícil reconhecer uma unidade de saúde em funcionamento neste prédio. Atualmente, não há qualquer placa ou coisa semelhante a uma logomarca em sua fachada, informando que ali funciona uma unidade de saúde, tão pouco há algo em sua estrutura física que a assemelhe a uma unidade de saúde. A aparência é de um prédio comercial. Internamente, vê-se que o prédio possui algumas décadas. Algumas paredes internas estão descascando, com marcas de infiltração, sinalizando problemas em sua estrutura física e falta de conservação, ainda que se mostre minimamente limpo.

Trata-se, na atualidade, de uma unidade de atenção básica, que, além de duas equipes de CnaR e uma de ESF, também oferece atendimento de algumas especialidades médicas,

atendimento em saúde mental e em saúde bucal, serviços de farmácia, vacina, coleta de exames, marcação de consultas, entre outros.

As equipes de CnaR compartilham um espaço localizado no segundo andar da unidade. Este espaço contém uma recepção, banheiro, uma sala de convivência dos profissionais, três consultórios (um normalmente utilizado pelos médicos, outro pelos enfermeiros e o outro de uso mais comum de psicólogos e assistentes sociais). Há ainda uma sala dos agentes sociais e uma sala de procedimento, onde normalmente se encontra um técnico de enfermagem.

Embora ambas equipes estejam lotadas na mesma unidade – CMSA, elas atuam sob territórios distintos, porém avizinados. Separa-as uma linha imaginária que se sobrepõe a uma grande avenida. A equipe B (EB) assiste a PSR localizada no território coberto pelo CMSA. Já, a equipe A (EA) atua em outro território, coberto pelo Centro Municipal de Saúde B (CMSB) e pela Clínica da Família A (CFA), ambas unidades da AB.

Nos últimos anos, a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMSMRJ) tem optado por organizar a AB a partir de dois modelos de unidades: os Centros Municipais de Saúde (CMS) e as Clínicas da Família (CF). As primeiras são unidades onde parte do território que cobrem são cobertas pela ESF, dispendo de profissionais não organizados em equipes de saúde da família para operar o restante da cobertura. As CF, por suas vezes, têm seu território totalmente coberto pela ESF (RIO DE JANEIRO, 2010).

Os territórios onde atuam ambas equipes possuem semelhanças. Correspondem ambos a importantes áreas comerciais, com muitos prédios empresariais, comerciais, mas, também, importantes áreas residenciais. Ambas são áreas de grande circulação de pessoas e veículos. Apesar disto, algumas distinções são pertinentes de destaque. O território de EA possui favelas em seu território, o que possivelmente contribui para que possua menor índice de desenvolvimento social (ARMAZEM DE DADOS, 2017). Neste território também há maior presença de terminais rodoviários, os quais se mostram importantes pontos de parada e fixação da PSR. Por outro lado, quase todas as estações de metrô observadas se localizam no território de EB, os quais também se configuram importantes áreas de parada ou fixação para esta população.

No que tange os serviços de saúde presentes nos territórios das equipes, além dos citados serviços da AB, há dois importantes hospitais públicos presentes nestes territórios: um

hospital federal de especialidades, sem emergência, localizado no território da EA; e um hospital municipal com emergência, localizado no território de EB. Há uma unidade responsável pela coordenação desta emergência (UE), também localizada no território de EB. Por sua vez, o único equipamento de Saúde Mental que consta em ambos territórios, localiza-se no da EA.

As equipes possuem a mesma composição de profissionais. Cada uma possui médico (M), enfermeiro (E), assistente social (AS), psicólogo (P), técnico de enfermagem (TE), técnico de saúde bucal (TSB) e três agentes sociais (AgS). Tal composição as classificam na modalidade III do CnaR (BRASIL, 2012B). Ao longo do trabalho de campo (meses de setembro, outubro e novembro de 2016), a EA mostra-se desfalcada de um agente social, o qual só foi repostado no mês de dezembro. Em relação aos médicos, quando se inicia o campo há três médicos de 20 horas em atuação, um deles temporário, atuando apenas na unidade, e duas médicas afastadas por motivos médicos. As equipes passam um tempo com apenas dois médicos, até o retorno das profissionais que estavam afastadas, o que acaba igualando as equipes, no que tange a carga horária de trabalho médico. Ambas funcionam de segunda à sexta, das 8h às 17h, embora nem todos os profissionais trabalhem todos os dias, existindo nas equipes profissionais que trabalham 20h, de 30h e de 40h.

O universo de atividades apreendidas pelas equipes estudadas não se apresenta muito distinto do das atividades identificadas por LOUZADA (2015)¹ ao estudar estas mesmas equipes participantes do presente estudo. Também parece não se diferir muito do leque de atividades descritas em outros trabalhos como o de SILVA (2013), sobre outra equipe de CnaR do Rio de Janeiro; ou de ROOS (2014), sobre uma equipe de CnaR em Viamão (RS); ou ainda de ALBUQUERQUE (2014), sobre o CnaR em Campinas (SP).

No cotidiano das equipes se observam atendimentos uniprofissionais ou multiprofissionais; acolhimento e cadastramento de usuários novos e já vinculados à equipe;

¹Sobre este estudo se faz dois esclarecimentos. Primeiro, esta pesquisa foi realizada com dados de grupos focais realizados entre abril de 2013 e março de 2014. Os dados produzidos na presente pesquisa referem-se ao período de setembro a dezembro de 2016. Em segundo lugar, sabe-se que as equipes, entre 2014 e 2015 passam por grandes mudanças na composição dos profissionais, o que se expressa no fato de apenas quatro dos que compõem as atuais equipes (um agente social, uma assistente social e os técnicos de enfermagem) iniciam o trabalho nestas antes de março de 2014. Dos profissionais entrevistados, todos iniciam o trabalho depois da realização dos grupos focais citados, exceção de P4 (que, por sua vez, começa a trabalhar um mês antes do término desta realização).

visitas à rua (VD); busca ativa de usuários; atividades realizadas com grupos de usuários; reuniões de equipe; reuniões da equipe técnica do CMSA; reuniões externas, as quais normalmente um representante das equipes acompanha, como reuniões com a Gerência dos Consultórios na Rua (GCnaR) ou com o Fórum de Saúde Mental da Área Programática do CMSA (APA); reuniões intersetoriais (com o Conselho Tutelar, com a Defensoria Pública, com a rede do Sistema Único de Assistência Social – SUAS); acompanhamento de usuários em exames e consultas, dentre outras atividades.

Apesar disto, ambas equipes possuem especificidades na organização do trabalho e do cuidado. A EA habitualmente opera menos cuidado no CMSA. A PSR assistida por esta equipe, sempre que se identifica alguma demanda que seja necessária de ser realizada em uma unidade de saúde (algum exame ou procedimento que demande a estrutura normalmente encontrada em uma unidade de AB, ou, por vezes, uma demanda por sigilo ou privacidade), é referenciada para uma das unidades de AB presentes no seu território (território A – TA): CMSB ou CFA.

Portanto, é comum observar esta equipe referenciar usuários a estas unidades, sendo estes atendidos pelos próprios profissionais destas unidades. Muitas vezes, os profissionais da EA acompanham o usuário a estas unidades, mas não realizam o procedimento ou atendimento requisitado. É o próprio profissional lotado na unidade, e não o profissional do CnaR, que assiste o usuário nestas ocasiões, ainda que os profissionais da EA tenham relatado, por vezes, participar de consultas.

Também se nota maior utilização do veículo disponibilizado às equipes pela EA. Tal fato parece influenciar o processo de organização de trabalho desta equipe (e, de alguma forma, da EB também). Observa-se que quase todo deslocamento desta equipe, em seu território, se faz utilizando o veículo. Há uma certa “rotina” diária, em que os profissionais da equipe, pela manhã, saem todos juntos no veículo.

O itinerário do veículo é sempre definido no dia, ainda que algumas atividades sejam planejadas previamente. Todos os profissionais estão presentes nas mesmas atividades. Comumente se vê toda a equipe se deslocando juntamente para a entrega dos medicamentos do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS), ainda que, efetivamente, participe deste procedimento, apenas um ou dois membros da equipe. Seja um DOTS, uma

abordagem a um usuário novo, uma busca ativa ou um atendimento, as atividades realizadas na rua quase sempre contam com a presença de todos profissionais da EA em VD no dia (por vezes, um ou outro profissional tem uma agenda separada da equipe, como uma reunião ou grupo com usuários). Isso não significa que esta equipe, por vezes, não se divida no território, ou que não faça atendimentos no CMSA. Todas estas situações são observadas, independente da frequência com que ocorre.

Em relação à EB se observa que ao referenciar o usuário para uma unidade de AB, o faz para o próprio CMSA, e, conseqüentemente, o atendimento à demanda é operado quase sempre, pelo próprio profissional do CnaR, ao contrário do que se observa na EA. Neste sentido, nota-se maior presença de usuários vinculados à EB no CMSA. É observado menor uso do veículo para os deslocamentos no território, por parte desta equipe, o que parece também influenciar a conformação de sua “rotina” de trabalho. Observa-se os profissionais desta equipe organizarem as atividades cotidianas em grupos menores. Os AgS, por vezes, fazem VR sozinhos, situação não observada na EA. Porém, parece mais recorrente a VR em grupos de dois ou três profissionais para algum território em específico para desempenhar alguma atividade, ainda que tenham sido observadas atividades na rua envolvendo toda a equipe. Também são observados recorrentes atendimentos clínicos na própria unidade (atendimento uniprofissionais ou multiprofissionais).

As VR são mais comuns pela manhã, em ambas equipes. Observa-se VR à tarde, mas este turno parece ser comumente usado para atendimentos clínicos no CMSA, reuniões, atualização do registro das atividades e ações realizadas pelos profissionais no prontuário eletrônico. Destaca-se que as tardes de terça-feira são reservadas para a reunião das equipes, que, por vezes, ocorre em conjunto, por outras, em separado. Porém, isto não significa que, pela manhã, apenas se tenha observado VR. Ao contrário, se observa, neste turno, a realização de ações em grupo, reuniões, atendimentos clínicos na unidade, acompanhamento de usuários em exames e consultas externas.

O que se descreve como uma “rotina”, portanto, se trata de certo padrão de funcionamento observado que se mostra bastante flexível, modelando-se segundo as prioridades estabelecidas pelas equipes. A rotina não se apresenta mecânica ou rígida, é flexível perante diferentes acontecimentos que, por vezes, se produzem a partir do território e dos usuários; por vezes, a partir das equipes; em outras, por demandas gerenciais.

Em relação à PSR atendida por estas equipes, em janeiro de 2017, estas possuem 1.281 pessoas cadastradas (a EA 561 e a EB 720). 1002 (78,2%) pessoas do sexo masculino e 279 (21,8%) do feminino. Em relação à cor/raça 7 (0,5%) se descrevem indígenas, 52 (4%) se descrevem da cor amarela, 192 (15%) da cor branca, 333 (26%) da cor preta e 655 (51,2%) da cor parda. Do total cadastrado, 71,8% possuem entre 20 e 49 anos, 89,3% entre 20 e 59 anos e 97,3%, 20 anos ou mais (OTICS-RIO, 2017). Como se observa nestes dados sociodemográficos, as proporções observadas na população cadastrada por estas equipes não se mostram distintas das proporções apresentadas pelos estudos citados sobre a PSR no Brasil e na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2008; SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015). Trata-se de uma população majoritariamente adulta, masculina, preta e parda.

Enfim, a vivência junto às equipes ao longo de três meses de observação participante e, também, as entrevistas realizadas contribuíram à produção de muitos dados sobre a produção de cuidado operada por estas equipes. Portanto, o que se segue neste capítulo, é uma análise dos dados produzidos ao longo desta pesquisa, a partir das categorias analíticas elencadas no capítulo 3 (e conceituadas no capítulo 2).

4.2 ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO TÉCNICA DO TRABALHO (CTT) DAS EQUIPES OBSERVADAS

Sob a perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde, se observa, ao longo de meses de vivência junto às equipes participantes desta pesquisa, uma dinâmica produtiva e relacional que é operada em uma interseção, por vezes de trabalhadores com trabalhadores, mas na maior parte do tempo, entre usuários e trabalhadores. Os últimos se utilizam de um amplo arcabouço de tecnologias (ou ferramentas), correspondentes às três categorias de tecnologias já apresentadas no capítulo dois: as tecnologias duras, leve-duras e leves. Sendo assim, neste tópico se analisa a correlação entre estas tecnologias, as formas e intensidades que estas assumem no processo de produção de cuidado e as distintas apropriações que se observam de tais tecnologias pelos trabalhadores.

Começa-se, portanto, analisando uma ação ou atividade que acontece em uma interseção entre profissionais: a reunião de equipe. Esta acontece permeada por tecnologias

das três categorias, sendo composta por trabalho morto e trabalho vivo. A reunião de equipe é uma diretriz da gestão da AB municipal e nacional, devendo ser realizada pelas equipes de AB regularmente (BRASIL, 2012a,b; RIO DE JANEIRO, 2010). Isto a caracteriza trabalho morto. Por outro lado, sua realização apenas ocorre mediante trabalho vivo, quando a interação entre os trabalhadores ocorre em ato. Desta forma, se entende a reunião de equipe uma tecnologia gerencial, de caráter leve-dura, forjada no planejamento e na gestão dos serviços e sistemas de saúde.

A reunião de equipe é tida como ferramenta importante do processo de trabalho na AB. Na PNAB (BRASIL, 2012a) é assumida como uma atribuição comum a todos profissionais da AB, tendo por objetivo avaliar e planejar as ações da equipe. Especificamente ao CnaR, o *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua* (BRASIL,2012b) também considera importante a reunião de equipe, apresentando a reunião semanal como uma das ações que a equipe pode lançar mão para operar o cuidado da PSR, servindo ao planejamento, discussão de casos, acompanhamento dos projetos terapêuticos.

No caso das equipes estudadas, as reuniões, que ocorrem de maneira unificada (as duas equipes juntas) na maior parte das vezes observadas, se mostra espaço formal e regular do processo de gestão e organização das equipes. Ocorrem semanalmente, correspondendo a um momento da semana em que as agendas de atividades como grupos, ações e reuniões são tratados. Muitos problemas da gestão das equipes, da organização do trabalho e do cuidado se veem compartilhados e discutidos nela. Também se observam alguns casos singulares serem tratados em reunião, com vistas a solução de certos impasses na produção de projetos terapêuticos singulares.

Em universo de cinco reuniões vivenciadas, ainda se mostra espaço de atuação não só das próprias equipes, mas de gestores, principalmente da gerente da ESF e do CnaR do CMSA (GESF/CnaRCMSA), presente em várias das reuniões observadas, do diretor do CMSA (DCMSA) e da apoiadora da Rede de Saúde Mental da Coordenação da Área Programática (CAP), presentes uma vez. Portanto, a reunião de equipe é espaço produtivo, não apenas aos profissionais das equipes, mas também aos gestores, especialmente da gerente que ocupa posição mais próxima destas equipes, dentro do organograma da gestão.

Neste sentido, se entende pertinente destacar a dificuldade de se operar nas reuniões de equipe a gestão do trabalho e a organização das equipes segundo um “imperativo ético-político” (BRASIL, 2012a, p.22) onde o cuidado ao usuário orienta a prática profissional e o

uso das tecnologias. Existe uma série de saberes, demandas, desejos e interesses presentes no espaço de reunião. Todos estes elementos se comportam como forças instituintes (ou instituídas) neste espaço, disputando a conformação daquilo que se encaminha a partir destas reuniões.

Os sujeitos presentes em uma reunião, para além de suas singularidades, ocupam distintas posições em uma organização profissional, que, por sua vez, possui uma hierarquia. Ainda que organizações de saúde possuam, em seu nível operacional, trabalhadores operando com relativo grau de autonomia (MINTZBERG, 1995), há uma relação de poder que responde a esta hierarquia: os Agentes Sociais respondem aos profissionais de nível superior (especialmente às enfermeiras); os profissionais das equipes respondem à gerente das equipes; esta responde à direção do CMSA; que por sua vez responde à Coordenação de Área Programática, e por aí vai.

Todos os profissionais, independentemente da posição em que se colocam nesta estrutura de poder, respondem por demandas gerenciais, muitas delas forjadas na estrutura gerencial da secretaria de saúde, à qual, evidentemente, formula ações e políticas quase sempre se baseando em dados estatísticos, demográficos, epidemiológicos, econômicos e políticos que, em alguma medida, generalizam os processos de saúde-doença da população, não levando em consideração as inúmeras singularidades presentes.

Neste sentido, o que se observa nas reuniões acompanhadas, é certo imperativo do trabalho morto advindo das instâncias gerenciais, o qual parece se instituir em um movimento do poder que é hierárquico e descendente. Tal constatação parece dialogar com PINHEIRO e LUZ (2007) quando estas reconhecem no planejamento e gestão em saúde certa idealização das condições com as quais se trabalha e conseqüentemente uma idealização das ações a serem empreendidas pelos trabalhadores da organização. O problema, sinalizado por estas autoras, é que estas condições estão altamente relacionadas ao caráter subjetivo e imprevisível da população e à autonomia relativa dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, o que torna o planejamento e a gestão nestes moldes pouco eficaz.

Ao longo do trabalho de campo pode se reconhecer certas situações e certas narrativas que ilustram o conflito entre uma razão gerencial de caráter mais normativo e hierárquico e o imperativo ético-político que se espera na produção do cuidado. Uma das situações observadas em reunião, que pode exemplificar tal constatação, se refere a uma demanda apresentada por uma profissional de que fosse discutida a questão da violência à mulher no

território. Esta profissional parece interessada em discutir com a equipe tal questão e formular possibilidades para a produção de cuidado nestas situações. Porém, o diretor da unidade, presente na reunião, questiona a ocorrência da violência à mulher no território, uma vez que não tem conhecimento de notificações de violência à mulher na unidade. Imediatamente, a pauta da reunião é “capturada” por uma discussão sobre o fluxo da notificação de violência dentro da unidade, e a discussão sobre possibilidades para a produção de cuidado nestas ocasiões não ocorre.

Evidentemente, não se pretende, com este exemplo, menosprezar a importância da vigilância em saúde, tampouco do fluxo de notificação, imprescindíveis a organização dos serviços. Mas, como pondera MERHY (2013b), não se trata de inverter uma relação dominante, definindo uma outra imposição, mas, sim, de reconhecer que um modelo assistencial centrado no cuidado ao sujeito necessita reordenamento da relação entre os componentes tecnológicos quando estes se apresentam fortemente capturados pelo trabalho morto. Entende-se que nesta situação ocorre uma subestimação do desejo de um profissional em produzir uma discussão sobre a produção de cuidado em uma situação específica, se enfatizando uma questão gerencial, ou seja, aparentemente, há uma sobreposição do trabalho morto, marcado por uma “razão gerencial”, anulando o trabalho vivo, desejante de pautar uma questão específica da produção de cuidado.

Com isto não se quer induzir a ideia de que a “razão gerencial” conforma apenas a subjetividade dos gestores. Os profissionais que operam a assistência também são atravessados subjetivamente por tal razão. Isto se observa em outra reunião das duas equipes juntas, que não conta com a participação de profissional em cargo de gestão, e que trata centralmente de demandas gerenciais como participação em reuniões, organização de atividades, entre outros.

Apesar disto, também se observa a reunião como espaço de discussão de casos e formulação de possíveis arranjos de projetos terapêuticos para estes. Destaca-se que, dentre as reuniões observadas, a que apresenta mais discussão de casos é a única que ocorre com as equipes separadas, sem a presença de um gestor.

Outra questão relacionada à “razão gerencial” observada nas reuniões é o fato de, em muitas ocasiões, se notar que os casos destacados e discutidos se tratam dos relacionados a certas linhas de cuidado que, ao longo da observação, parecem ter grande importância à gestão, ao menos, no que diz respeito a certas informações relacionadas a linhas de cuidado

aparentemente prioritárias. Exemplos são o pré-natal de mulheres gestantes em situação de rua e o DOTS dos usuários acometidos pela tuberculose.

Estas linhas de cuidado possuem forte monitoramento e controle empreendidos pela gestão da AB municipal, como se pode destacar acompanhando o Accountability: uma reunião com todos os profissionais da unidade, inclusive do CnaR, para apresentação do desempenho da unidade no ano anterior. O Accountability é uma atividade planejada pela SMSMRJ, devendo ocorrer anualmente em todas as unidades de AB, como instrumento de prestação de contas e autoavaliação que se faz através de uma série de indicadores pré-estabelecidos, relacionados aos diferentes serviços oferecidos por uma unidade de saúde, sendo apresentados pelos próprios profissionais que desempenham as atividades. Observa-se que os indicadores apresentados pelas equipes de CnaR (sobre o CnaR) são semelhantes aos da ESF, e, em boa parte, se referem a dados sobre população cadastrada, cobertura de pré-natal, do DOTS e dos hipertensos e diabéticos.

Estas questões relacionadas à “captura” da reunião de equipe por uma “razão gerencial” também podem ser notadas em certas passagens de entrevistas, como a citada abaixo:

Olha, quando é reunião da nossa equipe, é de organizar o trabalho, definir as ações que vão ser feitas, agenda, enfim... também tem esse aspecto de organizar, mas, muitas vezes a gente discute o fluxo de alguma coisa que as pessoas estão achando que não está legal... informes da direção, da gerência e também da equipe, de cursos, de que as pessoas estão fazendo, e também tem a definição de fluxo mesmo, do que eu estava falando.

[...] Tinha muito[se referindo à discussão de casos], né, por isso que eu esqueci, hoje em dia está tendo muito pouco discussão de caso na reunião geral, porque, como a gente, antigamente, não sei se já te falaram, não tínhamos muito, assim, essa divisão de equipe, era todo mundo atendendo tudo, entendeu? Então, nessas reuniões gerais, assim, tinha muito discussão de caso, porque todo mundo tinha que ficar sabendo do que estava acontecendo, todo mundo era responsável pelo usuário, mas, agora, com essa divisão, a discussão de caso fica mais na reunião só da equipe (trecho de entrevista com P1).

Por outro lado, se reconhece que o caráter da reunião de equipe não está relacionado apenas à relação entre trabalho morto e vivo e às distintas tecnologias empregadas. Ele também está ligado às relações intersubjetivas de uma maneira geral, ou seja, se observam inúmeras forças instituintes e instituídas operando no espaço intersubjetivo da reunião,

interesses pessoais, perspectivas morais, políticas, enfim, todo um universo de forças que tornam extremamente complexo organizar a reunião e assegurar seu imperativo ético-político.

Um exemplo disto pode ser a preocupação observada nos profissionais relacionada a processos de judicialização, que de fato acometem a equipe com alguma frequência. Tal preocupação se evidencia em uma reunião de equipe em que se discute a situação de um usuário que se recusa a realizar o DOTS. A equipe reflete possibilidades de novas abordagens ao usuário, envolvimento de outros profissionais no cuidado, ou a solicitação a pessoas próximas para ajudar no convencimento do usuário a continuar o tratamento. Porém, num determinado momento da discussão, se evidencia a preocupação com a judicialização, com um membro de uma das equipes sugerindo, na persistência da recusa, que o usuário ateste sua negação, a fim de respaldar judicialmente a equipe.

Além disto, as próprias interações cotidianas entre os profissionais se mostram complexas e delicadas, passíveis de conflitos decorrentes de distintos interesses e desejos, como se pode observar no depoimento de uma profissional sobre o espaço de reunião:

As reuniões de equipe, elas, eu entendo que elas são pra organizar o processo de trabalho, pensar o processo de trabalho, organizar e ser um espaço de educação permanente também, assim, que... você construa os projetos terapêuticos. É o momento que você tem como discutir isso com todo mundo da equipe, todos os atores da equipe e eu acho que, pelo menos uma vez por mês, tinha que ter usuário na reunião de equipe, assim, tinha que ter um momento com os usuários também, para os usuários não virem apenas como, de uma forma passiva, mas, estarem participando, serem escutados neste processo. Só que a gente não dá conta de discutir processo de trabalho, quanto menos de fazer educação permanente e se botar usuário lá, o negócio é tão caótico que vai ficar mais, mais... enfim, mais confuso ainda [...]. Eu fui vendo o quanto eram caóticas, é o dia mais cansativo da semana, assim, sair de lá de uma reunião, às vezes, é tão tenso, as pessoas se desrespeitam, já vi profissional falar pra outro palavrão, palavra de baixo calão e sem motivo aparente, assim, acho que não existe motivo pra você fazer isso dentro de um ambiente de trabalho e, o fato de isso acontecer é, talvez, represente muita coisa, mas, eu já vi situações de agressão, mesmo, verbal, de as pessoas, de intolerância, mesmo, das pessoas não se entenderem bem, e isso repercutir no processo de trabalho como um todo, né, não ser visto de uma forma, não ser encarado, trabalhado de uma forma saudável. Eu acho que acaba que as pessoas trazem muitos problemas pessoais pra dentro do processo de trabalho, e isso acaba refletindo na forma como elas lidam entre si, como os profissionais lidam entre si. E aí, nesse mundo de desorganização a gente foi vendo que discutir algumas coisas da nossa equipe, em especial, nas reuniões [...] não eram legais e não gerava nenhum tipo de acréscimo [...]. E aí, a gente não conseguia discutir todos os casos que precisava discutir, e a gente propôs que houvessem reuniões da equipe, de cada equipe sozinha, e depois a gente fazia uma reunião juntas, e aí, a gente propôs que isso acontecesse uma vez no mês, a cada última segunda-feira do mês, sei lá, última terça-feira do mês ser reunião das duas equipes juntas, e as outras serem reuniões das equipes separadas, e ter uma reunião da equipe técnica, também uma vez por mês, num outro dia. Tudo por água abaixo, assim, quando a gerente desce e diz

“olha, todo mundo junto agora”, é todo mundo junto agora, “ah, por que não está as duas equipes”? Porque não tem que estar as duas equipes. “Não, agora, tem que estar as duas equipes”, e aí, muitas vezes, a gente nem chegou na discussão dos casos, fica sem discutir os casos, porque ela traz as demandas dela de gerência que já são bastante problemáticas, às vezes, já geram muita discussão, e acaba que a gente não consegue resolver, nem uma coisa, nem outra, assim, então, se tornam um... uma... uma... sei lá, um calo, assim, no momento em que ela deixa de ser uma proposta de construção, muitas vezes, ela se torna uma desconstrução, assim, poucas vezes, a gente conseguiu fazer, por exemplo, numa reunião de equipe, montar uma grade, o que a gente vai fazer até a terça-feira que vem. E aí, quando conseguimos fazer, a gente “poxa, vamos fazer isso toda a terça-feira agora”? “Vamos”! Mas, na terça-feira seguinte já não conseguimos mais fazer, porque, enfim, não sobra tempo, ou então, acaba aparecendo outras coisas, ou, então, a reunião é de todo mundo junto, enfim, e, às vezes, vai vir gente da gestão, por exemplo, vem gente da CAP, a gente nem fica sabendo que vai vir, a gente descobre quando chega na reunião, e, às vezes, você preparou uma lista de pautas pra inserir na lista geral da pautas, você não consegue inserir, porque nem aquelas pautas que já estão lá vão conseguir ser discutidas. Eu acho que ainda é bem desorganizado, assim (trecho de entrevista com P2).

BLOISE (2015) estudando o papel dos gerentes da ESF na cidade do Rio de Janeiro reconhece um forte caráter burocrático nos processos de trabalho destes, ainda que identifique “brechas” que possibilitam uma gestão do cuidado mais centrada no usuário. Na mesma direção, VANDERLEI e ALMEIDA (2007) estudando gestores da saúde e da AB no estado do Maranhão reconhecem um universo de práticas voltadas à tomada de decisões que caracterizam gestões fortemente centralizadas e hierárquicas. Estes autores descrevem que as relações entre os gestores de UBS e os gerentes coordenadores das equipes de ESF se apresentam, de uma forma geral, autoritárias, hierárquicas e departamentalizadas, reconhecendo pouca ou nenhuma autonomia dos gerentes estudados para operar mudanças, ainda que reconheçam na narrativa destes o interesse pela produção de cuidado centrada no sujeito.

No que se observa no campo de estudo, a presença de gestores em reunião, aparentemente, colocam estes no centro da reunião, definindo a pauta e a condução desta. Tal constatação possibilita suspeitar que a gestão que se institui cotidianamente é composta por ações burocráticas, hierárquicas, em um movimento descendente de poder, que modula, em alguma medida, a organização do trabalho, bem como o cuidado operado pelos profissionais. Isto não significa que não se tenha observado certas “brechas” nas ações da gerente que sinalizem práticas menos normativas e mais horizontalizadas, como a participação e contribuição desta em discussões de casos e o compartilhamento de certas decisões com a equipe, como se vê na situação em que a gerente questiona à equipe o perfil de um profissional médico que deve ser contratado.

SANTOS et al (2012) analisando as práticas assistenciais na AB em grandes centros urbanos reconhecem o estabelecimento de ações prioritárias concentradas em certos grupos populacionais, o que pode, de alguma forma, afetar o acesso operacionalizado pelas equipes. No caso das equipes de CnaR observadas, se acredita que a utilização de certos indicadores (cobertura do pré-natal, do DOTS, da hipertensão e do diabetes) na avaliação dos serviços pode influenciar e direcionar as ações e práticas desenvolvidas pela equipe.

Nos trabalhos sobre o CnaR consultados, pouco se encontra sobre a reunião em equipe. LOUZADA (2015) reconhece nas falas de profissionais este caráter complexo das reuniões, que se apresentam como espaço produtivo de soluções para os problemas enfrentados pelas equipes, mas, que também se mostra espaço de tensões. SILVA (2013, p.85), em sua observação participante realizada junto a outra equipe de CnaR do Rio de Janeiro, apenas sinaliza que a reunião de equipe serve ao planejamento coletivo e a avaliação periódica das práticas, representando uma “estratégia para a construção de uma proposta de cuidado coletiva” sendo um espaço de “debates em torno do acompanhamento de projetos terapêuticos singulares”.

Para além do CnaR, trabalhos como o de CRUZ et al (2008), analisando a perspectiva de trabalhadores da ESF em uma região da cidade de São Paulo, observa a reunião como espaço de encaminhamento de ações já institucionalizadas na ESF mas, por outro, também espaço de produção criativa dos trabalhadores, relacionadas a formação de grupos teatrais, organização de hortas comunitárias, entre outras atividades. Já, VASCONCELLOS (2010) analisando o trabalho em equipe em um CAPS reconhece a reunião de equipe como uma das formas de interação interdisciplinar entre os profissionais, embora também entenda que nela se expressam assimetrias de poder e conflitos de demarcação de atribuições profissionais.

SÁ e AZEVEDO (2013) tem sinalizado em seus trabalhos a dificuldade de se operar projetos coletivos, solidários e fraternos no mundo contemporâneo, sinalizando grandes desafios à operacionalização da gestão e do cuidado nos serviços de saúde:

Assim, pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, o trabalho em saúde é altamente exigente do trabalho psíquico, entendido aqui como a produção de processos e formações inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho. Estas podem ser positivas, com relação ao outro e ao trabalho, por exemplo, mas também podem expressar o desejo de domínio, a inveja, a negação do outro, ou sua representação como mero objeto de gozo, destituído de

subjetividade. Isso significa dizer que o trabalho psíquico empreendido pelos profissionais da saúde (individual e coletivamente) na realização de seu trabalho produz efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde (SÁ e AZEVEDO, 2013, p.43).

Portanto, a despeito da prerrogativa institucional de que as reuniões de equipe devam ocorrer semanalmente, sendo espaço de planejamento e gestão das equipes e de reflexão coletiva sobre os projetos terapêuticos, estas reuniões, no caso observado, se mostram espaços complexos, produtivos, que, em alguma medida, produzem a organização e a gestão da equipe, influenciando as agendas e atividades empreendidas, mas, por outro lado, também se mostram espaços de tensão e de conflitos entre os distintos desejos e interesses que se fazem presentes.

Ao que parece, as reuniões de equipes são fortemente atravessadas por uma razão gerencial forjada em uma dinâmica hierárquica e normativa de gestão, além de apresentar tensões decorrentes de relações desgastadas e frágeis entre os profissionais das equipes. É possível supor, com base nas observações, que espaços informais se produzam para a discussão compartilhada e a reflexão sobre os projetos terapêuticos. Assim, o tempo de um deslocamento, a pé ou de carro, até uma cena, ou o intervalo entre consultas e atividades parece ser, em parte, utilizado na gestão do cuidado operado pelas equipes. Ainda que não supram a demanda por espaços para a discussão de casos, possivelmente amenizem a fragmentação do trabalho, possibilitando a conformação de um cuidado operado de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Ainda assim, faz-se necessária a reflexão sobre possíveis estratégias que promovam uma gestão mais coletiva do cuidado. Tem-se a impressão que a ocorrência de reuniões das equipes separadas possibilita mais a discussão de casos e a formulação de propostas que contribuam a elaboração de um projeto terapêutico singular, possibilitando um cuidado mais centrado no sujeito.

Uma vez tratada uma ferramenta da produção de cuidado caracterizada pela interseção entre profissionais, se faz necessário lançar luz à interseção onde se dá a produção de cuidado propriamente dita, em ato. Portanto, a análise da micropolítica do trabalho segue na exploração do espaço interseção usuário-profissional, bem como das tecnologias empreendidas neste espaço.

Ao longo de três meses de observação participante junto às equipes se percebe inúmeros arranjos que assume a interação usuário-profissional no cotidiano destas equipes. A começar pelos profissionais envolvidos, ora ocorrendo com um único profissional, ora com vários. Pode corresponder a um primeiro contato do usuário junto à equipe, a uma consulta decorrente de demanda imediata ou programada. Pode se tratar de uma atividade em grupo e também pode ocorrer em inúmeros locais: no consultório, na sala de procedimento ou na recepção; na rua, em praças, embaixo de viadutos, em terminais de transporte público; em outras unidades de saúde ou em unidades que prestam serviços de outros setores (como assistência social, defensoria pública ou uma biblioteca pública).

FEUERWERKER e MERHY (2012) reconhecem o local da interação usuário-profissional influenciador do arranjo que o cuidado produzido pode assumir. Identificando uma permanente disputa de interesses e desejos nesta interação, estes autores consideram o espaço hospitalar menos passível do exercício de autonomia dos usuários, onde há um maior imperativo daquilo que AYRES (2009) reconhece como tecnociência (ou tecnologia dura e leve-dura, para Merhy). Os ambulatórios e centros de saúde tem uma possibilidade maior para o usuário expressar sua autonomia.

E, por sua vez, a casa – ou a atenção domiciliar – apresentam, ao menos em potência, uma maior possibilidade de arranjo do cuidado segundo a autonomia do usuário, em decorrência do cuidado ser, em boa parte, operado por cuidadores, muitas vezes, que não são profissionais de saúde, e por se tratar de um ambiente familiar a pessoa cuidada. Mas estes autores reconhecem a partir de suas pesquisas os inúmeros arranjos que este cuidado pode assumir, ainda que realizado no domicílio.

No caso desta pesquisa, a compreensão de que o espaço interseção é um espaço de disputa parece dialogar com a constatação que esses autores fazem sobre o cuidado domiciliar:

A disputa se faz então entre a “institucionalização” da casa como um espaço de cuidado dominado pela racionalidade técnica (e pelo predomínio das tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado) e a “desinstitucionalização” do cuidado em saúde, havendo construção compartilhada do projeto terapêutico, ampliação da autonomia do cuidador/família/usuário, ampliação da dimensão cuidadora do trabalho da equipe – e o predomínio das tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado (FEUERWERKER e MERHY, 2012, p.299).

O que se observa, ao longo desta pesquisa, é que o espaço interseção usuário-profissional é um espaço complexo, onde as tecnologias são operadas pelo profissional de saúde, mas também onde operam sujeitos – usuário e profissional – que manifestam distintos interesses e são atravessados por processos de subjetivação de ordem técnica, política, moral, cultural.

A localização onde se opera o atendimento, se internamente à unidade ou se na rua (morada de quem está em situação de rua?), se mostra, em ambos locais, espaço de produção de cuidado operada de distintas formas, por vezes se reconhecendo maior predomínio de forças instituídas que diminuem o usuário em sua subjetividade (seja pela “razão gerencial”, pelo conhecimento biomédico, ou por outras forças que impedem o usuário de manifestar seus desejos e interesses); por outras vezes, se reconhecendo um processo mais dialógico na relação usuário-profissional e um maior exercício de autonomia do usuário (se observando, inclusive, esta autonomia sendo convocada).

Veja-se o seguinte atendimento observado:

Vou ao consultório onde P2 atende e peço para acompanhar o próximo atendimento. Ela e P3 atenderão U1, adulto que costuma ficar próximo a uma estação de metrô. U1 é HIV positivo. Chegou a fazer tratamento, mas abandonou a cerca de um ano. U1 relata também uso de alguma medicação “para a cabeça”. Está claramente irritado, diz a todo tempo ter muitos problemas, que as “doutoras” não o conhecem. P3 já o conhecia, mas P2 o atendia pela primeira vez. Elas pedem a U1 que se acalme inúmeras vezes. Dizem que o ajudarão, que ele receberá seus remédios mas que elas o precisam conhecer e ouvir.

U1 está desconfiado sobre minha presença na sala. Acha que estou lá para proteger as “doutoras”. Elas negam veementemente sua hipótese e perguntam a ele se deseja que eu saia, se sentiria mais conforto sem minha presença. No fim das contas, ele me permite ficar ali. U1 está irritado, acha que as informações de atendimentos anteriores deveriam estar todas ali. P3 até sai da consulta e vai procurar algum registro dele. Encontra, mas nada que se refere à prescrição do HIV ou a relacionada à sua saúde mental. U1 não se conforma, está irritado, diz que não dorme há dois dias e que precisa do remédio para dormir. A cabeça cheia, ouve vozes...

Mas, aos poucos ele vai se acalmando. Vai sendo convencido pelas ‘doutoras’. Elas são pacientes. E a agressividade dele vai perdendo espaço a calma delas. P2 conversa com ele de forma muito próxima. Seu pedido de calma e paciência a U1 envolve olhá-lo e tocá-lo. Ela apoia sua mão no braço dele. E calmamente expõe o desejo de ajudar.

U1 também tem um exame positivo para sífilis. E se queixa de uma hemorroida. Diz usar muitas drogas: álcool, maconha, cocaína, mas que não usa todos os dias, mas sempre que tem dinheiro. Diz fazer uns bicos e ter a mãe morando em Duque de Caxias.

Elas pactuam com U1 que ele iniciará o tratamento de sífilis. Explicam-lhe a prescrição para esta doença. E em relação ao HIV e a questão de saúde mental, pedem a U1 para voltar no dia seguinte para pegar a medicação com a agente de sua área. Ele pegará a medicação semanalmente.

Em relação à hemorroida, P2 ao fim da consulta o examina. Pergunto se deseja que eu saia, mas ele me autoriza acompanhar o exame. P2 não considera que seja uma hemorroida. Pergunta se ele teria condição de por alguns dias repousar o anus em uma bacia com água por alguns minutos, mas U1 diz não ter condição para isto. Então a prescrição de cuidado envolve apenas o uso de medicação oral.

Noto que a terapia é negociada. ‘Vou deixar sua medicação com a agente social e você combina com ela de pegar toda a semana, pode ser?’ ‘Você tem condição de durante o banho, em uma bacia, repousar o anus por alguns minutos?’ [...]

Ao final da consulta, a ansiedade e irritação de U1 não me parecem mais presentes. U1 me parece calmo, satisfeito com o atendimento” (passagem do diário de campo).

O acompanhamento deste atendimento expõe a presença de inúmeras tecnologias, que podem ser classificadas segundo as três categorias postuladas por MERHY (2013a). Observam-se tecnologias duras como o prontuário físico encontrado por P3, a maca, recursos como insumos médicos (luva, aparelho para aferir pressão), entre outros. Tecnologias leve-duras expressas nos conhecimentos técnicos empreendidos pelas profissionais no cuidado. E, também, as tecnologias leves, advindas de conhecimentos não estruturados que vão se apresentando à medida que os sujeitos interagem, segundo seus interesses e desejos. A proximidade ao usuário, a escuta atenta da queixa, a calma, o olho no olho, o toque, uma série de recursos empreendidos nesta produção de cuidado, aparentemente objetivando uma relação de confiança junto ao usuário (vínculo). O sujeito cuidado parece estar em primeiro plano. O projeto terapêutico é sugerido e pactuado junto ao usuário passo a passo. Nota-se, em operação, tecnologias derivadas dos três tipos de componentes tecnológicos, porém, não se observa o desejo do sujeito cuidado ignorado, pelo contrário, a impressão é de que o desejo presente no usuário vai modelando as ações empreendidas pelas profissionais, bem como o uso de suas tecnologias, especialmente das duras e leve-duras, produzindo certa calma, confiança e aparente satisfação do usuário com o atendimento.

Entretanto, também se observa, ao longo do trabalho de campo, situações distintas a esta, em que se nota uma menor relação dialógica entre usuário e profissional, em que não se observa a escuta articulada a produção de uma relação de confiança e de fortalecimento da autonomia do usuário, se achando tecnologias leve-duras e duras sendo operadas de forma aparentemente prescritiva, como se desconsiderasse a singularidade do sujeito cuidado. Observe-se a situação descrita abaixo:

Na parte da tarde, decidi acompanhar um atendimento de P4. Todas as tardes ele atende na sala de curativos, localizada no quarto andar da unidade. Os usuários do CnaR que necessitam de curativos diários ou periódicos (muitos usuários com curativos nos pés ou nas pernas) já conhecem o fluxo. Chegam ao acolhimento do CnaR no segundo andar e demandam uma espécie de “senha” para o curativo, que organiza a ordem de chegada dos usuários. Neste dia não são muitos. Subo ao quarto andar e aguardo sentado do lado de fora da sala onde P4 faz os atendimentos. A porta está fechada. Creio que ele atende alguém. Não há ninguém aguardando até que chega U2, um jovem adulto, cerca de 30 anos, de cor parda, com um curativo na perna esquerda. U2 manca muito e se queixa de estar sentindo muita dor. Pergunta se estou esperando. Digo que não mas que P4 está atendendo alguém, para que ele aguarde. Pergunto o que ocorreu em sua perna. Ele me diz que uma placa de ferro caiu em sua perna, perfurando-a. Diz que já tem tempo que ocorreu. U2 me parece alcoolizado. Está sujo e carrega um cheiro desagradável e muito forte. Confesso um grande desconforto com seu cheiro em um primeiro momento. Um profissional do posto sai de uma sala com um spray, um aromatizador de ambiente, e começa a dispará-lo pelo corredor, próximo onde eu e U2 estamos sentados. Isto me faz suspeitar de uma prática recorrente de certos profissionais do posto que não observo nos profissionais do CnaR. Esta atitude me soa hostil e ofensiva. Me incomoda muito...

Quando P4 abre a porta e sai o usuário que estava atendendo, U2 se levanta e caminha em direção ao interior da sala. Mas é impedido por P4: “Opa, onde você vai? Pode esperar aí! Porque que você não voltou aqui semana passada? Olha o estado deste curativo! Há quanto tempo você não troca isto?”. U2 diz que foi ao HMA há dois dias atrás. P4 pede para esperar. Diz que irá descer, procurar médico para que dê uma olhada. Desço com P4. Pergunto sobre o caso. P4 me diz que U2 se acidentou há muito tempo, há mais de três semanas. Que quando se acidentou foi atendido (acho que no HMA) onde recebeu pontos no ferimento e acredito que tenha sido orientado a trocar os curativos no “posto”. O usuário apareceu no CMS muitos dias após o tratamento do ferimento, com queixa de muita dor. Os pontos abriram e um pedaço de tecido “vazou” e ficou pendurado em sua perna. P4 fez um curativo e pediu para que ele retornasse (acho que no dia não havia um médico para avaliar). Mas U2 não voltou, retornando apenas hoje.

P4 informa P5 que U2 está lá, explica o caso e, então P5 sobe para avaliá-lo. Então entramos os quatro na sala. U2 se senta próximo à cuba onde P4 retira a atadura e lava o ferimento. P4 questiona o porquê da atadura estar molhada. U2 informa que molhou no banho. P5 identifica tecido desvitalizado, em processo de necrose, orienta cuidado com o curativo e encaminha o usuário para a UE. P5 preenche o encaminhamento e informa que o usuário precisa passar por uma pequena cirurgia para tirar aquele tecido. P5 e P4 então explicam a U2 onde fica a ‘UPA’ (como os usuários normalmente conhecem a UE). Ela é próxima à unidade. U2 demonstra dúvida. Eles re-explicam. U2 ainda parece ter dúvida, mas os dois profissionais me parecem impacientes: “Ele vai achar”... Pergunto a P5 se em casos como este eles não acompanham o usuário até a unidade. Sei que em muitos casos a equipe faz isso. Mas P5 diz que não. Que normalmente fazem deste jeito (passagem do diário de campo).

No mesmo dia, ao final da tarde (este atendimento ocorre no início da tarde), o pesquisador encontra U2 sentado em uma praça próxima à unidade. Questiona ao usuário se este havia ido à Unidade de Emergência (UE):

Quando chego à praça o avisto. U2 está sentado em uma mureta da praça. Me aproximo e pergunto o que tinha acontecido ou porque ele não foi. Ele me diz que “já estava indo” e que tinha parado ali porque estava sentindo muita dor. Ele se levanta e pergunta onde estou indo. Digo que estou indo embora. Pergunta se vou “por ali” (pelo caminho em direção à UE). Digo que sim, embora não fosse, se não o tivesse encontrado ali. U2 parece sentir muita dor. Caminha com dificuldade. Me pergunta se não arrumaria muletas para ele. Digo que ele teria que ver com a equipe do CMS. Caminhando um pouco com ele decido acompanhá-lo na UE. Quando nos aproximamos dela, percebo que minha suspeita era correta. U2 não tinha entendido a explicação. Me disse que tínhamos que ir ao lado da “UPA”. Eu disse que não, que era na “UPA”. Ele disse que eu estava errado, mas eu persisti e disse a ele que tinha certeza. Ele confiou, então fomos à UE (passagem do diário de campo).

Primeiramente, se observa, nesta situação, uma postura, por parte de um profissional do CMSA (não era um profissional do CnaR) que se pode considerar não adequada ao cuidado. Ao invés de respeito e acolhimento ao usuário, o que se vê é uma ação desrespeitosa com o usuário. Entende-se que o mau cheiro, as roupas sujas e o estado alcoolizado sejam indicativos de uma maior vulnerabilidade de um sujeito. Além disto, o usuário está, nesta situação, aparentemente muito fragilizado, claramente sentindo muita dor. Esta constatação sugere entendimento de que usuários em tais condições necessitam de uma atenção mais cuidadosa do que a normalmente oferecida, e, não, uma atitude hostil.

Por sua vez, o atendimento junto aos profissionais do CnaR não parece atentar aos sinais de vulnerabilidade apresentados pelo usuário. Se o usuário já havia ido à unidade e está, naquele momento, em uma situação aparentemente pior, com seu ferimento agravado, sujo, alcoolizado, talvez, a produção de cuidado, nesta ocasião, exija maior preocupação em se afirmar um laço de confiança e co-responsabilidade no cuidado deste sujeito.

Parece a circunstância exigir uma forte operação de tecnologias leves, semelhantes às observadas no atendimento anterior. Porém, prevalece a tecnologia leve-dura da sabedoria médica, se referenciando o usuário a uma outra unidade sem levar em consideração sua condição e a viabilidade de tal itinerário ter sucesso. Ainda mais em um contexto no qual se pode observar inúmeras queixas dos profissionais das equipes observadas em relação ao acesso de seus usuários à UE.

Em diversos momentos na observação e, também nas entrevistas, se constata dificuldade de acesso a este serviço pela PSR. Ou seja, se entende que a situação exige um cuidado mais singularizado e, em alguma medida, mais “tutelado”, o que pode se expressar no

acompanhamento do usuário à unidade de saúde referenciada (aliás, se vivencia junto à U2 as barreiras de acesso da UE em relação à PSR).

Mas como já sinalizado anteriormente, a produção de cuidado não é operada apenas no interior da unidade de saúde e, no caso do CnaR, a rua se apresenta espaço de atuação prioritária das equipes. Tal característica, observada ao longo do campo, parece não ter estado sempre presente nestas equipes, como se observa nas entrevistas junto aos profissionais. O trabalho de LOUZADA (2015) também ratifica tal constatação. Em todas as visitas à unidade se observa a realização de atividades na rua, fossem elas acompanhamentos de usuários a serviços de saúde para exames ou consultas, visitas à rua (VR) para busca ativa e atendimento, realização de grupos de promoção da saúde e ações coletivas de promoção, prevenção e assistência. Portanto, o cuidado é operado na rua também, como se observa, por diversas vezes, ao longo do campo. Um exemplo de atendimento na rua está descrito abaixo:

U3 está a poucos metros da unidade, em uma rua perpendicular à rua da unidade. Senta-se próximo a uma porta de acesso para um hospital privado. Já o vi algumas vezes na unidade. Sempre calmo, de fala acanhada, mas sempre notei um certo carinho e apreço das pessoas da equipe para ele. P2 o aborda, o cumprimenta, me apresenta e apresenta a residente da UERJ de medicina que também acompanha a equipe aquele dia. Ela pergunta se ele se importa com nossa presença. Ele diz que não. U3 me parece desanimado, abatido, apático. Está sentado no degrau de uma entrada ao lado do acesso ao hospital. P2 pergunta como estão as coisas, como ele está. U3 retornou ao território recentemente. Passou um tempo internado no HMB. Foi internado, pelo que me relatou posteriormente P3, em decorrência de um surto psicótico, após ter suas coisas roubadas (não me recordo se U também tem tuberculose). Após a alta, U3 passou poucos dias na casa de uma amiga (P2 diz desconhecer o tipo de relação que tem com esta amiga) e depois retornou ao território. Além das prescrições relacionadas ao HIV, U3 tem prescrições de medicamento relacionados ao controle da pressão e para facilitar o sono. P2 o orienta em relação a medicação do HIV, propondo que ele o retire semanalmente na unidade, pegando-o junto à agente social. P2 problematiza os outros dois medicamentos. O da pressão, questiona se ele tem pressão alta. Pondera se tal medicação não foi prescrita em um contexto em que ele estava hospitalizado e ansioso para sair. Afere a pressão de U3 ali. 11 por 7. Propõe a ele que faça controle diário, por uma semana, de sua pressão. Negocia com ele a ida diária a unidade para esta aferição. Ele pergunta em que horário. P2 diz a tarde, com o P4. Ela entrega um papel a ele. Uma tabela para ele registrar este controle semanal. Ele diz que é ruim o papel ficar com ele, pois se guardar na mochila (que ele deixa guardada com o segurança que guarda a porta do hospital) amassa, às vezes pode molhar. P2 diz que quando for aferir pode deixar com P4, que ele guarda o de outros usuários também.

Em relação à medicação para o sono, P2 problematiza seu uso. Diz que inicialmente pode fazer o efeito desejado mas que, com o tempo pode produzir certa dependência. Pergunta se ele acha realmente necessário o remédio. Ele diz que o problema para ele dormir é a rua. Que tem que dormir “com um olho aberto e o outro fechado”. Que tem muita dificuldade de dormir e dorme mal estando na rua. Diz que isto está fazendo muito mal para ele, que tem se sentido fraco e desanimado para fazer outras coisas, procurar um emprego. Ele diz que se tivesse um lugar para ficar que dormiria melhor e se sentiria mais disposto para procurar um trabalho e alguma renda. P2

questiona a casa da amiga, onde ficou após a alta do hospital e onde, inclusive, se encontra a cachorra que tinha antes do surto. Ele diz que não se sente bem de ficar lá, que a casa é pequena e que ela tem uma filha. Então pergunta sobre a possibilidade de buscar um abrigo. Ele diz que já ficou em abrigo e que acha muito ruim. P3 diz que um dos abrigos tem sido bem comentado pelos frequentadores. Pergunta se ele conhece. Ele diz que não. Mas P3 problematiza e diz que para ir para esse abrigo ele precisaria ser referenciado por um outro abrigo (pelo que pude entender este abrigo é temporário, podendo, os que passam um tempo por lá, ser referenciado para o abrigo melhor)... Pactuam que U3 pensará a respeito e que depois dirá se deseja ou não ir para o abrigo. P2 também apresenta a possibilidade de reverem a questão do RIOCARD. Ele chegou a fazer demanda de gratuidade, mas foi negada. Mas P3 disse que desde então algumas coisas mudaram e que poderiam tentar novamente. Por fim, P2 informa a U3 que precisará deixar os exames dele com ele, mas que já tem tudo anotado. U3 não quer receber. Refere que perderá ou que se estragarão com ele. Mas a equipe não pode mais mantê-los consigo, deixando-os, mesmo assim, com o usuário” (passagem do diário de campo).

Nesta passagem se observa, novamente, uma série de tecnologias operando, duras, leve-duras e leves. O espaço de acontecimento é a rua e, independente do caráter altamente contingente do espaço público, o cuidado operado parece atento à singularidade do sujeito e de sua situação. Destaca-se, nesta ocasião, o exercício de “prevenção quartenária” empreendido por P2. A retirada de medicamentos prescritos anteriormente é realizada de maneira cautelosa e, no caso da medicação para dormir, o usuário é convocado a pensar nas consequências negativas que o uso de tal medicamento pode estabelecer. O projeto terapêutico do usuário é discutido e pactuado com ele e a decisão por um possível abrigamento é do usuário, apoiado pela equipe. Sobre a prevenção quartenária, NORMAN e TESSER (2009) atribuem tal termo a um médico belga (Jamouille) empregado com vistas a organizar o manejo do excesso de intervenção médica e de consequentes processos iatrogênicos. Trata-se de uma tecnologia leve-dura – conhecimento presente em P2, advindo de um conhecimento bem-estruturado, com fundamentação na Clínica Médica (Medicina Baseada em Evidências) e na Saúde Coletiva, que, em operação com tecnologias duras (o aparelho de aferir pressão, o receituário) e leves (os conhecimentos não estruturados empregados na produção de acolhimento, vínculo e de maiores graus de autonomia no usuário) produzem um cuidado centrado no sujeito.

Para o CnaR, a rua é espaço de atividades e ações da equipe que vão além do atendimento, especialmente do médico. Observa-se, por exemplo, a realização de um grupo junto aos usuários, no qual se nota uma outra forma de interação junto aos usuários, apoiada por outras tecnologias. Na ocasião deste grupo, que trata da temática do suicídio, a demanda pela realização de tal atividade está nos profissionais, que propõem tal atividade perante a

obrigatoriedade de realizar alguma ação, a fim de cumprir um calendário de atividades previamente estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSMRJ). Portanto, o que se observa não se trata da demanda dos sujeitos cuidados modulando o planejamento da equipe (ao menos, no primeiro momento), bem como seu trabalho; mas o planejamento desta secretaria modulando o planejamento da equipe.

Apesar disto, nota-se um grande investimento da equipe em pensar uma forma, que possa ser interessante aos usuários para trabalhar tal temática. O movimento que se vê é que, se em um primeiro momento, há uma “captura” do trabalho vivo pelo trabalho morto, na imposição de uma agenda de atividades pela gestão às equipes; em um segundo momento se observa um exercício da autonomia da equipe, a refletir, a inventar formas para se abordar tal temática junto à PSR, ou seja, trabalho vivo configurando a ação bem como as tecnologias empregadas nesta.

Novamente, se observa em operação uma série de tecnologias, destacando-se a presença de tecnologias duras não advindas do complexo médico-industrial, como o uso de música, um pandeiro, a oferta de um lanche. Além disto, há grande predominância de tecnologias leve-duras do conhecimento bem estruturado sobre o suicídio e a depressão, decorrentes de diversos campos do saber, como a sociologia, a psicologia e a medicina; e das tecnologias leves, que vão se apresentando à medida que o grupo se desenvolve. A equipe inventa uma dinâmica fazendo o uso de um pandeiro para estabelecer um movimento circular ao grupo, para que todos possam participar da conversa.

Antes do grupo começar, o pesquisador circula pela praça onde o grupo vai ocorrer, junto a duas agentes sociais, para convocar os usuários ao grupo. O “passeio” vai aos poucos revelando o emprego de tecnologias leves por estas profissionais, que interagem com sorrisos, com uma escuta atenta, quando paradas e convocadas a tirar alguma dúvida ou dar algum encaminhamento a alguma demanda apresentada por um usuário, ou com elogios ao usuário por sua boa aparência, ou por um talento que apresente (como se observa quando as agentes foram convidar uma usuária que fazia crochê).

Por sua vez, ao longo do grupo se nota uma relação dialógica, em que os profissionais se apresentam mais como mediadores ou facilitadores de um debate. O espaço é de escuta dos usuários, de suas opiniões, de suas experiências pessoais relacionadas ao suicídio, revelando distintos conhecimentos e opiniões sobre o assunto. O grupo parece apresentar processos de interação capazes de fortalecer o vínculo dos usuários com a equipe, além de se mostrar uma

possível ferramenta para se dar voz e visibilidade ao sujeito cuidado, o que, talvez, possa contribuir a seu processo de autonomia.

A vivência cotidiana junto às equipes possibilita reconhecer a importância das tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado. Mas de forma alguma se abre mão da importância das tecnologias duras no cuidado. O caráter público e contingente da rua parece estabelecer certas limitações à produção de cuidado empreendida, em razão de não se contar com certas tecnologias duras normalmente presentes em uma unidade de saúde (como uma mesa ginecológica, um sonar, uma farmácia, um setor de imunização, entre outros). Até mesmo, a privacidade, possível em um consultório, é claramente prejudicada no espaço da rua. Mas, ao longo do campo, duas tecnologias duras se destacam ao pesquisador. Uma, se refere a uma tecnologia advinda daquilo que MENDES (2010) trata como sistemas logísticos, especialmente do prontuário eletrônico e do sistema de regulação de vagas de especialidades médicas, de exames e de internação, denominado de SISREG. A outra se refere ao veículo disponibilizado às equipes. Veja-se a perspectiva de uma profissional sobre a regulação de vagas e o SISREG:

Então, o SISREG, ele vem... como uma... uma alternativa as filas de marcação de consulta, né, de, não só de especialista, mas, também, alguns exames específicos e alguns procedimentos, enfim, e que era uma fila física, né, antigamente, e que hoje, ela se tornou uma fila virtual, então, você continua... você tem um inchaço de acúmulos de encaminhamentos que você não faz ideia de quantos são, então, você não tem como dar uma previsão para o paciente, assim “olha, eu estou te encaminhando para o cardiologista, vai demorar um mês, dois”, você não sabe quantas pessoas tem naquela fila, e aí, é como alguns deles mesmos falam, assim, você entra no submundo do SISREG, assim, o que vai acontecer dali adiante, ninguém sabe, e a gente está lá para segurar a onda, assim, está piorando disso, mas o SISREG não sai, o que a gente pode fazer enquanto o SISREG não sai. E... se torna um dilema, se torna muitas vezes uma ansiedade, porque o paciente fica voltando lá, pergunta pra quando foi marcado (trecho de entrevista com P2).

Observa-se a problematização de uma profissional sobre tal tecnologia e sobre a dificuldade de gerir o cuidado na rede a partir do uso desta tecnologia. Mas esta profissional também reconhece que as limitações à organização do cuidado não se limitam apenas à ferramenta em si ou ao quantitativo de recursos disponíveis na rede (que, em um quadro de limitações da média e alta complexidade, conforma certos gargalos ao itinerário dos usuários), reconhecendo também a fragilidade das equipes, em certos momentos, na operação de um vínculo com corresponsabilização:

E a gente ainda tem uma outra particularidade, dentro do cuidado a população em situação de rua, que é o fato de você agendar a consulta no SISREG, a consulta ser amanhã, e o paciente perder a consulta, e aí, quando a gente vai reagendar é pra daqui a três meses, quatro meses, e, isso é muito angustiante, pra mim, enquanto profissional, quando eu chego lá no dia seguinte, descubro que o fulano não foi pra consulta, porque estava chovendo e ele não conseguiu chegar a unidade e ninguém foi lá buscar ele, ninguém articulou isso de uma outra forma, enfim, e aí, pensam que centram muito no paciente, “não, mas ele tem que ser responsabilizado por isso, ele tem que dar conta disso”, e eu acho que a gente lida com uma população que é mais frágil nesse sentido, assim, que tem questões mais frágeis, nesse sentido, e que não dá pra... é... pra simplesmente culpar o SISREG, assim, dizer “ah, é daqui a três meses”, e pronto. Não, é daqui a três meses, então vamos batalhar pra não ser daqui a seis, então, eu acho que, pra além do, do entrave que já é o sistema em si, a gente ainda tem outras barreiras que são colocadas, à medida que os atendimentos tem que acontecer e não acontecem por causa desse contexto da rua (trecho de entrevista com P2).

Em relação ao prontuário eletrônico (PE), ao longo da observação participante, se observam muitas queixas dos profissionais na operação de tal ferramenta. Dificuldades principalmente no registro das informações dos usuários, como se observa em uma reunião o relato de alguns profissionais referente a certas informações registradas que com o tempo “somem”. Outra questão sobre o PE é que este, apesar de se operar em uma rede e ser eletrônico, não se mostra integrado, ou seja, um mesmo prontuário não é passível de acesso por distintas unidades. O que se observa, na verdade, é uma integração parcial, onde unidades que operam prontuários de uma mesma empresa podem, aparentemente, acessar um mesmo prontuário (ainda assim, o acesso ao prontuário parece estar restrito e controlado pela GESF/CnaRCMSA). Sobre isto, veja-se a opinião de uma das profissionais sobre o PE:

A questão, pra mim é que o prontuário cumpre uma função importante da gente poder se comunicar entre equipe, com pessoas que já não estão mais aqui, sem que o usuário precise repetir toda a vez a mesma história. Então, essa forma... a potencialidade do registro, né, uma forma de registrar, e de possibilitar que a gente acesse o que já foi, o que já aconteceu, e possa registrar pro futuro o que está acontecendo naquele momento. Só que é um instrumento extremamente limitado do meu ponto de vista.

[...] Então, acho que umas das grandes limitações do prontuário, e não é só a gente, assim, no Rio de Janeiro, no Brasil de uma forma geral mesmo, no Rio de Janeiro, que é o que a gente vive, é a questão do uso do prontuário que não se comunica, né [...] com outras unidades. E, pior ainda quando é entre as CAP's, né? Porque cada CAP usa um prontuário eletrônico diferente...

[...] Mas, assim, acho que é uma coisa que atrapalha muito, ainda mais com a nossa população, porque a gente partilha muitos casos com outros Consultórios na Rua. E aí, as equipes dão de tudo, né? Fazem todo aquele movimento [...] programa, e o

usuário sai de lá, perde isso. Então, até a gente conseguir, de fato, fazer contato, com a ligação de telefone, manda pra lá, vai pra cá, não sei o que... obter essa informação, para mim é uma perda muito grande, pro usuário, pro atendimento, pro acompanhamento... né? [...] O prontuário tem uma potencialidade do registro, que é super importante, mas tem um grande limite de ser um fim em si mesmo, você registrou, acabou, funciona muito para a equipe, mas acho que perde, o usuário perde muito quando a gente não consegue ver o que foi feito nos outros espaços” (trecho de entrevista com P3).

Apesar dos problemas apontados sobre o PE, é possível se reconhecer benefícios, por estabelecer certa “normatização” dos registros, estabelecendo um mínimo de informações necessárias ao registro, possibilita que os profissionais acessem com maior agilidade os dados de um usuário (quando o dado está no prontuário da própria unidade), possibilita à gestão e à própria equipe monitorar o cuidado produzido e otimiza o espaço físico das unidades, cessando a necessidade dos volumosos arquivos de papel.

Por sua vez, o veículo, assim como o PE, se apresenta às equipes como uma importante (e polêmica) tecnologia dura disponível ao cuidado. Com ele, a equipe consegue, além de carregar algum volume de insumos, operar deslocamentos diversos pelo território. A disponibilidade do veículo, por exemplo, se mostra importante na produção de cuidado a uma gestante em final de gestação, acolhida pela EA. Esta gestante não havia iniciado o pré-natal até então e havia chegado há poucos dias na cidade. Com tal disponibilidade, é levada até o CMSB e atendida por uma ginecologista/obstetra. Esta mesma usuária, necessita fazer o tratamento para sífilis e o faz sendo semanalmente levada de carro à unidade para a administração da medicação injetável, facilitando seu deslocamento, uma vez que a unidade se localiza há algumas centenas de metros do lugar onde ela costuma ficar. Neste sentido, o carro se mostra uma ferramenta importante, atribuindo ao cuidado agilidade e viabilizando o acesso a serviços que, talvez, em sua ausência, não ocorrem.

O veículo também possibilita uma circulação ampla e ágil no território, o que parece importante, especialmente, na busca ativa de usuários que a equipe apresenta dificuldade de localizar, ou, até mesmo, na operacionalização do DOTS diariamente.

Apesar do reconhecimento do veículo como uma tecnologia dura disponível às equipes, evidencia-se um maior uso deste pela EA, o que se dá por sua atuação em território mais distante do CMSA. Contudo, algumas vezes se constata ser esta distância relativa e, por vezes, os trabalhadores da EB fazem deslocamentos a pé no território de distâncias relativamente grandes, talvez, equiparadas aos deslocamentos da EA.

Tal constatação possibilita supor que o menor uso do veículo pela EB estabelece a esta equipe maiores limitações na produção de cuidado. Por exemplo, quando se acompanha atendimentos desta equipe em uma praça e se observa um atendimento a uma usuária que demanda um medicamento que a profissional não tem naquele momento (os profissionais costumam carregar algumas medicações de uso mais recorrente, durante as VR's). A usuária está com sua saúde debilitada, aparentemente, não consegue ir a unidade para pegar o medicamento.

A solução operada nesta situação é agendar a entrega do remédio, no dia seguinte, através da agente social. Neste sentido, é possível supor que a disponibilidade do carro, nesta situação, poderia assegurar maior agilidade e sucesso ao cuidado operado, pois asseguraria o acesso à medicação com maior rapidez.

O caráter contingente da rua faz com que muitas vezes os usuários se desloquem, abandonando locais que frequentam recorrentemente, por fatores alheios à sua vontade. Sendo assim, o maior uso do veículo por uma equipe em detrimento da outra parece ser um aspecto de desequilíbrio e conflito entre as equipes. As entrevistas junto aos profissionais evidenciam isto, tendo sido tal conflito reconhecido por todos profissionais entrevistados.

Já, em relação às tecnologias leve-duras, estas se mostram ferramentas importantes da produção de cuidado, e não se limitam a razão gerencial, fortemente observada nas reuniões. A presença de profissionais de quatro profissões distintas de nível superior – médica, enfermeira, assistente social e psicóloga – além dos técnicos de saúde bucal e enfermagem e os agentes sociais, parece tornar mais complexo o cuidado, porém, também mais capaz de produzir práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e sujeito-centrado.

Nota-se, ao longo do campo, a presença de subjetividades oriundas de tecnologias leve-duras, forjadas em campos do conhecimento como a Saúde Coletiva, a Saúde Mental, a Assistência Social e a Psicologia, não limitando o cuidado a campos do conhecimento fortemente modulados pelo saber biomédico, como são os casos da medicina, enfermagem e odontologia, profissões mais fortemente presentes na ESF.

Portanto, os conhecimentos advindos dos campos citados se apresentam na produção de cuidado, como forças instituintes, o que se evidencia ao longo do campo, nas observações e nas entrevistas junto aos profissionais. Além disto, nas entrevistas se percebe profissionais com pós-graduação em Saúde Pública ou em Saúde da Família e, até mesmo, o técnico de

enfermagem relata a realização de um curso sobre Redução de Danos, tema fortemente trabalhado na Saúde Mental, mais recentemente observado na Saúde Coletiva e na Atenção Básica. Tais constatações podem ser indicativas de profissionais formados a partir de uma perspectiva sobre o cuidado mais próxima da formulada pelo MS (BRASIL, 2012b) ou presente nos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental.

Em relação às práticas observadas, entende-se que tais conhecimentos se expressam, por exemplo, na organização de um grupo de álcool e drogas, operado sob uma perspectiva de redução de danos (este grupo está descrito no último tópico deste capítulo), visando a produção de cuidado à PSR em relação abusiva de álcool e drogas. Aliás, observa-se a redução de danos mencionada em quatro das seis entrevistas com profissionais, mesmo não havendo um questionamento direto sobre esta ou qualquer menção anterior pelo pesquisador. Ela aparece de maneira genérica, não aprofundada, mas sugere ser um termo apreendido e utilizado pelos profissionais. Destaca-se, neste fato, sua menção na entrevista junto ao profissional técnico, associada a tema de curso realizado por ele.

Por sua vez, a observação de práticas que operam um cuidado sujeito-centrado e o reconhecimento, nas entrevistas, de uma narrativa que apreende o usuário como sujeito de desejo, ou um cidadão de direitos pode ser sugestiva de que a subjetividade destes profissionais seja influenciada por saberes forjados nos campos da Saúde Coletiva, da Saúde Mental e da Assistência Social. A entrevista com um dos profissionais, por exemplo, sinaliza a influência destes campos, em alguma medida imbricados e expressos em um documento do MS:

A gente tem um manual de população em situação de rua que aponta alguns caminhos, né, que é essa questão do acesso universal, né, da tentativa também, nesse sentido, de garantias de direitos, de acesso ao serviço, aos serviços intersetoriais, né, acho que tem muito essa diretriz da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, do acompanhamento continuado... e do total reconhecimento do que é desejo do sujeito, né, não... desejo é uma categoria muito da psicologia mas, assim, que que é de vontade do sujeito querer, né, acho que é mais isso... é... isso que eu ia falar... e aí, acho que tem o manual que aponta um pouco isso (trecho de uma entrevista com P3).

Em relação à presença de profissional assistente social na composição das equipes, tem-se a impressão de que certos elementos do “saber” e das práticas forjados no campo da Assistência Social incluem, em alguma medida, na produção de cuidado e na conformação do

projeto terapêutico, medidas que buscam assegurar não apenas a saúde física e mental do sujeito, mas a garantia de certos direitos básicos de cidadania, como uma renda mínima (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada) ou assegurar ao sujeito a capacidade de se deslocar na cidade (gratuidade no transporte público).

Neste sentido, se observa, ao longo do campo, o reconhecimento de tais direitos e benefícios presentes na prática diária dos profissionais do CnaR, ainda que o assistente social se mostre a figura dentro da equipe mais capaz de orientar corretamente as demandas referentes a direitos e benefícios sociais, além de facilitar o acesso a serviços da assistência social ou a emissão de novos documentos. Isto acaba, aparentemente, personificando no assistente social certas orientações que poderiam compor práticas de qualquer profissional das equipes. Sobre isto, P3 comenta, analisando especificamente o trabalho dos agentes sociais:

Eu entendo que não é uma especificidade do assistente social orientar sobre segunda via de documentação, porque é uma orientação super simples, e que não precisa esperar, eu to trinta horas, eles estão quarenta, eles vão mais ao território, eles vão mais vezes ao mesmo espaço que eu, porque vai com a enfermeira, vai com o médico, e tal, e eles tem muita dificuldade de orientar sobre isso. Hoje em dia, eles tem conseguido, depois desse longo de um ano, ao longo desse um ano, eles tem melhorado um pouco isso, e conseguido entender que é bom para o usuário, né, é bom para quem tá acessando o serviço que ele possa resolver a documentação dele. Não precisa que eu fale sobre uma coisa que é informação pública, né (trecho de entrevista com P3).

As tecnologias duras e leve-duras vêm se mostrando importantes componentes do trabalho, com um forte caráter dominante sobre os processos de trabalho em saúde, como vem sinalizando MERHY (2013a) e como se pode deduzir em AYRES (2009), quando este critica a predominância da tecnociência sobre a sabedoria prática. Ainda que estes autores critiquem a força de uma tecnologia biomédica na definição das práticas de cuidado, e que se encontrem estudos como o de GRAZIANO e EGRY (2012, p.654) que analisam processos de trabalho de equipes de saúde da família vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo, descrevendo a “predominância da utilização de tecnologias pautadas pelo saber biomédico, o qual prioriza sinais e sintomas biológicos dos sujeitos, em detrimento ao vínculo e a processos interseções de relações”, o que se observa na produção de cuidado das equipes observadas é uma interseção trabalho-usuário atravessada por diversas forças instituídas e instituintes.

O trabalho observado não é essencialmente burocrático ou orientado por tecnologias duras e leve-duras advindas, respectivamente, do complexo médico-industrial e da razão

biomédica. O que se observa é um cuidado operando a partir de um universo de tecnologias leve-duras que claramente extrapolam o conhecimento biomédico. A presença cotidiana de profissionais formados em profissões não biomédicas, como a psicologia e a assistência social, parece contribuir à ampliação desta *caixa de ferramenta* operada pela equipe na produção de cuidado, contribuindo na singularização do cuidado e no reconhecimento de um sujeito desejante, cidadão de direitos.

LOUZADA (2015) refere a composição multiprofissional das equipes como elemento que contribui ao processo de incorporação de elementos da Saúde Mental na Atenção Básica e considera ser imprescindível a construção de uma clínica ampliada, ainda que se encontrem dificuldades para operar uma rotineira comunicação e discussão de casos na elaboração de um cuidado singularizado. SILVA (2013), analisando as práticas de uma outra equipe de CnaR na cidade do Rio de Janeiro, sinaliza um cuidado operado pela equipe não centrado na figura médica e em seus conhecimentos, mas orientado pelas necessidades e desejos do usuário.

Os estudos da AB, especialmente da ESF, também atribuem importância ao caráter multiprofissional das equipes. PEREIRA, RIVERA e ARTMANN (2013), estudando o trabalho de uma equipe de ESF do Rio de Janeiro, observam nas entrevistas com profissionais, relatos de compartilhamento de trabalho, de ações nas quais se pode observar complementaridade e interdependência na produção do cuidado operado pela equipe. Estes autores identificam que tal processo se dá pelo estabelecimento de interações comunicativas, ao longo do trabalho em equipe.

Por sua vez, ELLERY, PONTES e LOIOLA (2013), estudando equipes de Saúde da Família no município de Fortaleza, identificam como campo comum dos profissionais da ESF a Saúde Coletiva, mas também diversos outros como a clínica, a geografia, a pedagogia e a educação popular. Os profissionais entrevistados neste estudo apontam que o caráter multiprofissional das equipes possibilita a construção de saberes interdisciplinares, que acabam conformando um campo de saber e práticas comuns a estes profissionais a partir do compartilhamento de práticas e saberes no cotidiano do trabalho.

Dentro desta perspectiva, entende-se que as tecnologias leve-duras, referentes aos conhecimentos sistematizados e estruturados pelos profissionais de CnaR das equipes observadas, atuam no espaço interseção usuário-profissional sob diferentes formas e intensidades. Ainda que certas situações sugiram forte atuação de conhecimentos advindos do planejamento e da gestão em saúde, ou advindos do conhecimento biomédico, observa-se que

existe uma ampla gama de conhecimentos compartilhados por estes profissionais por meio da comunicação, que extrapolam estes campos e conformam saberes que contribuem a compreensão destes profissionais de que a produção de cuidado operada por eles deve ter, por princípio ético-político, centralidade no sujeito cuidado, o que se dá através de práticas acolhedoras, no estabelecimento de vínculo e na produção de maiores graus de autonomia do sujeito cuidado. Veja-se as considerações de MERHY (2013a) sobre esta questão:

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático-administrativo na organização. Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações interseções com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico (MERHY, 2013a, p. 87-88).

Desta forma, se entende que à produção do cuidado são necessárias tecnologias não apenas dos componentes duro e leve-duro. É preciso que as tecnologias leves também sejam operadas na produção do cuidado, uma vez que tais tecnologias possibilitam a troca de afetos entre profissionais e usuários que conformam processos de acolhimento e de vínculo, essenciais no estímulo à autonomia do usuário, fortalecendo sua capacidade operar novos modos de vida. Sendo assim, o próximo tópico deste capítulo tem por interesse explorar o acolhimento, o vínculo e a autonomia do usuário no processo de produção de cuidado das equipes de CnaR observadas.

4.3 ACOLHIMENTO, VÍNCULO e AUTONOMIA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO OPERADA PELAS EQUIPES OBSERVADAS

O tópico anterior analisa a composição técnica do trabalho dando maior ênfase aos componentes de tecnologia dura e leve-dura, ainda que a tecnologia leve se apresente claramente nos exemplos apresentados, extraídos do diário de campo. Portanto, neste tópico, se procura enfatizar as tecnologias leves em operação no espaço interseção usuário-profissional. Para isto, se lança mão da análise de três das categorias analíticas elencadas nas considerações metodológicas deste estudo: o acolhimento, o vínculo e a autonomia. Estes elementos, já tratados conceitualmente no capítulo 2, correspondem a substratos tecnológicos em operação no trabalho vivo, também sendo compreendidos como resultantes da operação das tecnologias leves no processo de produção de cuidado (MERHY, 2013a).

Como as tecnologias leves se apresentam no espaço interseção? Olhando para algumas das situações expostas no tópico anterior, pode se identificar em operação tecnologias duras e leve-duras. Porém, constata-se, a título de exemplo, que o cuidado operado à U2 parece estar mais centrado no procedimento, em distinção do cuidado produzido nas situações de atendimento à U1 e U3, que parecem processos centrados no sujeito cuidado.

A diferença observada não está no caráter do trabalho morto que compõe o espaço interseção. Ela parece estar na forma assumida pelo trabalho vivo. Entende-se que o trabalho vivo não opera tecnologia dura apenas à luz de conhecimentos forjados em campos bem estruturados do conhecimento. O trabalho vivo opera tecnologias relacionais, não advindas de um saber estruturado, mas, sim, de um saber que se produz cotidianamente nas interações sociais e que se inscreve no corpo, se apresentando à medida que as interações acontecem, mediando saberes, interesses e desejos no espaço interseção.

Entender a tecnologia leve sob esta perspectiva possibilita o reconhecimento de que tais tecnologias não são de uso exclusivo dos profissionais de saúde. A tecnologia leve está presente para todo o sujeito, independente da “máscara”² (profissional de saúde, médico, agente social, psicólogo, segurança, usuário) que se usa ao longo de processos relacionais. Porém, é aos profissionais de saúde que a produção de cuidado se apresenta, antes de tudo, como um imperativo ético-político. A produção que se opera no espaço interseção deve ter o

²ROLNIK (2006) usa o termo máscara para se referir a territórios existenciais bem discriminados, passíveis de representação. Para esta autora, as máscaras correspondem as linhas de segmentaridade dura, as quais juntas às (não) linhas de segmentaridade flexível conformam os processos de subjetivação dos sujeitos.

sujeito cuidado em seu centro. Para isto, lança-se mão de tecnologias que buscam evidenciar o sujeito que manifesta desejo por cuidado. Isto se faz escutando, dialogando, operando gestos e ações que produzam segurança, confiança, corresponsabilidade e se buscando fortalecer a autonomia daquele que se cuida.

Portanto, entende-se que estes substratos tecnológicos são capazes de centralizar a produção do cuidado no sujeito, possibilitando a este maior potência à produção de novos modos de se viver a vida.

Ao longo do campo, diversas situações, bem como certas falas dos profissionais entrevistados, parecem indicativas de um cuidado operado com base nestes substratos. Porém, por vezes, assim como se observou na produção de cuidado à U2, se notam certas barreiras ou elementos em operação no trabalho vivo que parecem atrapalhar o acolhimento, a consolidação de um vínculo, bem como a produção de maiores graus de autonomia ao usuário. Veja-se, por exemplo, uma situação de interação usuário-profissional presenciada na recepção da unidade:

Observo P6 atender um senhor, negro, grisalho, imagino ter 50 ou 60 anos. U4 não tem a aparência de uma pessoa em situação de rua que carrego em meu imaginário: uma pessoa suja, maltrapilha, de pele e roupas encardidas. Aliás, não vejo pessoas em tal condição neste acolhimento: a maioria possuem vestes simples, mas que me parecem limpas. U4, inclusive me parece ter tomado banho há pouco, visto o cabelo penteado e com aspecto molhado. Na conversa com P6, este lhe informa exames e consultas agendadas. Com muitos papéis nas mãos, informa tais compromissos, bem como datas e locais, um papel para cada procedimento a se fazer. Alguns já agendados, outros, me parecem guias para o agendamento. U4 me parece confuso com tantas informações e P6, por sua vez, me parece um tanto impaciente perante tal situação. O usuário me parece confuso, mas balança a cabeça positivamente como se estivesse entendendo tudo que lhe é explicado. U4 é convocado à sala de procedimento e quando volta, novamente conversa com P6, que me parece perceber que U4 está confuso com todas aquelas informações. P6 tenta novamente explicar o itinerário para o usuário. Por vezes, P6 também me parece confuso com os vários papéis e guias que entrega a U4, embora não se assuma confuso e com dúvidas. Sinaliza positivamente com a cabeça às explicações. O que me parece é que os dois tentam escapar daquela situação: P6, a repetir a explicação, aparentemente demonstrando certa impaciência, expressa no tom de sua voz e na forma como explica; e U4, a repetir incansavelmente o movimento afirmativo com a cabeça, como se estivesse entendendo tudo, o que desconfio não estar acontecendo.

Me questiono se esta interpretação sobre a situação que presenciei não pode estar equivocada. Eu mal os conheço e talvez tudo tenha ocorrido bem, e U4 tenha entendido seu itinerário. De fato, pode ser uma interpretação equivocada. Mas após a saída deste usuário da unidade, P6 percebe em sua mesa um dos papéis, referente a alguma consulta ou exame de U4. E imediatamente diz: 'ele esqueceu'. Mas a explicação que oferece a U4 ocorre toda em pé, distante da mesa. Os papéis ficam com P6, quando U4 entra na sala de procedimento, e P6 os entrega a U4 ao longo da conversa, em pé, já próximos da porta de entrada do espaço do CnaR.

Quando P6 encontra P7, aparentemente responsável por U4, entrega o papel de U4 informando o ‘esquecimento’ do usuário, dizendo ser este muito confuso. P7, por sua vez, informa que não trabalhará no dia seguinte só estando na unidade na segunda (trecho do diário de campo).

Esta situação chama a atenção do pesquisador. Ela ocorre exatamente no espaço convencionalmente reconhecido pelos profissionais das equipes como “acolhimento”. Nesta situação, um usuário, talvez idoso, claramente apresentando dificuldades de assimilar aquilo que lhe é orientado, recebe orientações de P6. Trata-se de explicação sobre seu itinerário terapêutico: exames a se fazer para um pré-operatório (que, ao longo do campo, se descobre que ao menos um dos exames ou consultas pré-agendadas nesta ocasião acaba não sendo realizada). Na interseção, há trabalho morto, expresso em um itinerário terapêutico, elaborado por um profissional ou mais, que se materializa nas guias de exames agendados. E há também o trabalho vivo de P6, operando um diálogo com o usuário, a fim de que este, no exercício de sua autonomia, execute aquilo que supostamente lhe cabe em seu próprio cuidado.

Mas a impressão que se tem, é de que não estão em operação certas tecnologias não estruturadas comumente utilizadas no espaço interseção a fim de se alcançar os objetivos da produção de cuidado. Não parecem estar em operação certas tecnologias que possibilitam o profissional acolher o usuário, tampouco afirmar um laço de confiança entre ambos. E, com relação à autonomia, será que tal conduta contribui a produção de maiores graus de autonomia do usuário?

Questionam-se possibilidades de se operar este cuidado de outra forma. Isto seria possível? Teria mais eficácia uma ação em que a pessoa que acolhe convida o usuário a se sentar e que calmamente procura a compreensão do usuário sobre o itinerário proposto e, não, simplesmente a execução de uma explicação (um procedimento)? Poderia ter se operado um cuidado mais centrado no sujeito, caso o agente que acolhe procurasse ratificar o entendimento do usuário, questionando a este, após a explicação, qual seria seu itinerário? Seria mais prudente na operação deste cuidado, ao se constatar a impossibilidade deste usuário compreender seu itinerário (e de, conseqüentemente, se comprometer com ele), se planejar o cuidado de uma forma mais corresponsabilizada pelo profissional, ou seja, reconhecer certo limite, temporário ou permanente, do exercício da autonomia do usuário, constatando que o cuidado a este usuário exige maior protagonismo da equipe sobre o itinerário estabelecido?

Evidentemente tais especulações não provam outra forma mais eficiente de operar o cuidado, mas se inúmeros autores no núcleo da saúde coletiva têm formulado a elaboração de um cuidado singular, atento ao diálogo com o usuário e aos sinais que este expõe sobre seu modo de vida e suas capacidades (CAMPOS, 2003; FRANCO e MERHY, 2013; AYRES, 2009; MATTOS, 2004), parece razoável crer que toda prática relacional operada no espaço interseção usuário-profissional precise se dar de forma singular, ou seja, uma explicação sobre o itinerário terapêutico não pode ser operada da mesma forma a distintos usuários.

Lida-se cotidianamente com usuários singulares, que possuem distintas capacidades de assimilação da informação que recebem. Entende-se, portanto, que acolher se trata de oferecer uma escuta, mas, também, de oferecer a palavra segundo as distintas capacidades de apreendê-la que possuem os usuários. O vínculo se refere à capacidade de produzir confiança, o que se entende relacionado à capacidade de demonstrar corresponsabilização com o processo de saúde e doença. E a autonomia é sempre um processo relativo. É evidente que maiores graus de autonomia é um resultado desejável na produção de cuidado, mas, não as custas do prolongamento desnecessário de uma doença, de um agravo ou de uma condição indesejável.

Por isto, assim como se desejam maiores graus de autonomia, por vezes, se necessita maior protagonismo da equipe, operando a corresponsabilização. Não seriam estas considerações também pertinentes a situações como a narrada no tópico anterior, de cuidado à U2, quando este procura o serviço apresentando o que se pode entender como sinais de agravamento de sua situação de vulnerabilidade? Não corroborariam tais ponderações às considerações de P2 (também apresentadas no tópico anterior) ao constatar que a implicação dos profissionais em um cuidado sujeito-centrado (capaz de produzir vínculo com corresponsabilização) influi na qualidade do funcionamento do sistema de regulação?

JORGE et al (2011), estudando a promoção da Saúde Mental em um CAPS no Ceará, constata ter o espaço relacional usuário-profissional grande importância na operação do cuidado, por se apresentar espaço de produção às tecnologias leves. Para estes autores, a ênfase no espaço relacional potencializa ações resolutivas e a centralidade do sujeito no cuidado operado. Os autores reconhecem o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização (elemento que no presente estudo entende se referir ao vínculo) e a autonomia como dispositivos operacionalizados principalmente por tecnologias leves, relacionais. Mas

atribuem ao acolhimento certa centralidade por entenderem que este se refere à escuta, ao diálogo e a valorização do saber do outro.

O vínculo, para JORGE et al (2011), refere-se a laços afetivos relacionados à confiança que se estabelece entre usuário e profissional (e vice-versa) e à capacidade do profissional produzir um cuidado resolutivo, além de também ser entendido como ferramenta à democratização e horizontalização do cuidado. A corresponsabilização é abordada por estes autores à luz de uma perspectiva trabalhada por Ayres (descrita no capítulo 2) de que cuidar diz respeito a um projetar-se no de forma responsável, compartilhando responsabilidades. E a autonomia corresponde ao estabelecimento no projeto terapêutico de ações e de abordagens que contribuam à manifestação das necessidades e dos desejos dos usuários e à superação de limitações, no apoio ao autocuidado e na conformação de redes que fortaleçam sua potência de viver e de produzir novos modos de vida.

COELHO e JORGE (2009) também analisam práticas de cuidado, neste caso, de equipes da ESF do Ceará. As autoras identificam, a partir de entrevistas, grupos focais e de observações de processos de trabalho, que muitas vezes o cuidado se opera como uma cadeia de procedimentos, o que pode contribuir a certa mecanização e enrijecimento das práticas e certa automatização das relações. Isto pode acarretar prejuízos à escuta, ao vínculo estabelecido, bem como fragilizar o exercício da autonomia do usuário. Para estas autoras as tecnologias relacionais supõem “troca de saberes (incluindo o dos usuários e familiares), diálogo entre os trabalhadores e modos de trabalhar em equipe” (COELHO e JORGE, 2009, p.1530) que não dizem respeito apenas a reuniões, mas ao estabelecimento de processos coletivos, envolvendo profissionais, usuários, comunidade.

SCHIMITH e LIMA (2004) analisando o vínculo e o acolhimento no processo de trabalho de uma equipe da ESF no Rio Grande do Sul, identificam processos distintos de se produzir o cuidado em uma mesma equipe, reconhecendo situações em que o cuidado é operado de forma mais centrada nos usuários, correspondendo a um processo de acolhimento mediado pela escuta e diálogo do usuário e, em outras, um cuidado mais procedimento-centrado.

A autonomia, por sua vez, é abordada por CAMPOS e CAMPOS (2007) como uma co-construção. Os sujeitos implicados no cuidado, usuário e profissional, constroem a autonomia de forma relacional e histórica. No decorrer da vida dos sujeitos, a autonomia vai se conformando, não se mostra nunca estática, se apresenta em distintas intensidades a

depender daquilo que se vive. E no que se refere à saúde, especificamente à clínica ampliada, estes autores postulam ser a autonomia forjada através do vínculo: “se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela em que – por meio do vínculo – pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolocam o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida” (p.683).

A autonomia é um objetivo da produção de cuidado, mas sua dimensão relacional deve estar sempre associada à consideração de que esta seja sempre relativa (SOARES e CAMARGO JR, 2007). Por isto, não se faz possível pressupor que todos os sujeitos cuidados gozem da mesma capacidade de exercer autonomia e, portanto, o cuidado operado necessita ser singular, planejado, tendo por base o sujeito, seus desejos e suas capacidades.

Nos estudos sobre equipes de CnaR consultados ao longo desta pesquisa, o que se observa é a constatação de que o acolhimento, o vínculo e a produção de maiores graus de autonomia são elementos centrais às práticas operadas por estas equipes. E que se operam de distintas formas. Por exemplo, ROOS (2014) relata, com base em observação de uma equipe de CnaR, a música ser utilizada na abordagem aos usuários, reconhecendo tal medida como uma forma de se fortalecer vínculos e diminuir certas resistências dos usuários em relação à equipe. Esta autora também reconhece que a regularidade da presença da equipe em determinados locais e dias e a explicitação dos objetivos da equipe contribuem ao processo de vinculação aos usuários.

ALBUQUERQUE (2014) entende que o formato “queixa-conduta” na produção de cuidado à PSR não é muito efetivo, no processo de acolhimento e de vinculação. Por outro lado, percebe que a disponibilização de insumos pode contribuir a tais processos. Por exemplo, a oferta de água na abordagem mostra-se uma forma de interessante de se relacionar, reconhecendo que estes usuários passam, muitas vezes, muito tempo expostos ao sol, abrindo quadros de desidratação. Portanto, a oferta de água pode tornar mais fácil o diálogo e a produção do acolhimento e do vínculo, que por sua vez, possibilita o conhecimento sobre a história de vida do usuário, viabilizando a elaboração de projetos terapêuticos singulares, mais capazes de contribuir com a ampliação da autonomia do usuário.

A mediação da relação por insumos se nota recorrente ao longo da observação das equipes participantes do presente estudo. Na unidade, por exemplo, é comum a presença de usuários que passam por lá apenas para encher uma garrafa de água ou para apanhar preservativos ou kits de saúde bucal. Na rua também é comum a disponibilização de tais

insumos. Desta forma, parece o insumo abrir uma possibilidade a um diálogo, a uma conversa, por vezes despreziosa, mas muitas vezes relacionadas ao cuidado. Isto foi observado em diversas situações, tanto no interior da unidade quanto nas VR.

Já, LOUZADA (2015) apreende uma perspectiva sobre acolhimento que o refere como uma diretriz para a organização do trabalho e ampliação da clínica. Esta diretriz compreende o acolhimento como elemento transversal do cuidado operado, não se restringindo a um espaço físico. E, especificamente em relação ao acolhimento usuários sob efeito de álcool ou drogas, esta autora ainda constata que tal efeito “parece produzir um certo desejo e interesse no usuário pelo cuidado, e ainda demarcar o seu direito à saúde” (LOUZADA, 2015, p.89).

O presente estudo, ao longo do trabalho de campo, constata o aparecimento do termo “acolhimento” como sinônimo de recepção, no cotidiano e nas entrevistas. No roteiro de entrevista não havia uma pergunta que referisse explicitamente tal categoria. A aparição do termo se dá ao longo de respostas a diversas perguntas relacionadas ao cuidado. Mas também se observam outros sentidos empregados ao termo como a ideia de “equipe acolhedora” (associada à escuta do usuário) e a do acolhimento como algo que se faz ao longo do cuidado operado, empregos que se observam nos trechos de entrevistas descritos abaixo, cada trecho extraído de distintas entrevistas:

Acolhimento? Na rua, assim... qualquer lugar... eu acho que, no geral, a gente não tem muita dificuldade, assim, né, em relação ao acolhimento, né, as pessoas, o pessoal da equipe é, eu acho assim que é bastante aberta, é acolhedora, entendeu? Eu sinto isso, ouve o usuário, eu sinto que eles se sentem bem com a gente, a maioria, tem alguns pacientes que são mais difíceis, mais, digamos, mais agressivos, assim, nas palavras, que a equipe tem mais dificuldade (trecho de uma entrevista com P1).

Então, a gente tenta escutar esse paciente, entender realmente onde é que ele fica, a gente faz o atendimento, faz o acolhimento e vai dando continuidade ao tratamento até que a gente consiga direcionar esse paciente pra onde ele deve e pode ser atendido, então a gente faz o acompanhamento, até o momento em que esse paciente tem uma outra instituição responsável por ele (trecho de uma entrevista com P4).

O uso do termo acolhimento para se referir à recepção é também relatado por SILVA (2013) em seu estudo sobre as práticas de cuidado de uma equipe de CnaR do município do Rio de Janeiro. Ainda que o presente estudo não tenha por finalidade analisar a representação dos profissionais sobre as categorias elencadas, entende-se que a mudança dos profissionais

das equipes pode ter influenciado a produção de cuidado, uma vez que novos profissionais podem ter distintos conhecimentos e práticas.

Quanto à abordagem do usuário sob efeito de álcool ou drogas, ao longo do campo se observa tal efeito, por vezes, barreira para a operação do cuidado, na medida em que dificulta o estabelecimento da comunicação ou que, aparentemente, produza a recusa do atendimento pelo profissional, ou seja, modifica a atitude do profissional em ato. Vejam-se as duas passagens do diário de campo abaixo:

[...] encontramos três senhores. P2 tinha algo a comunicar a um deles e tenta conversar com o usuário. Mas acaba desistindo perante o grau de embriaguez desde (passagem do diário de campo).

Quando entramos na van, P8 vê alguém, atrás de um caminhão próximo do veículo do CnaR, que poderia ser a mulher procurada. Mas prefere seguir: “não vou não, deve estar ali usando droga” (passagem do diário de campo).

Já o vínculo está relacionado à capacidade da equipe em ofertar escuta e cuidado, sendo entendido como aquilo que “possibilita, aos poucos, pensar com o usuário, dentro de seu contexto de vida, estratégias de cuidado e promoção da saúde” (LOUZADA, 2015, p.76). A presença das equipes na rua se mostra essencial para a consolidação das mesmas como referência à PSR no cuidado à saúde. Esta autora também atribui ao vínculo certo caráter protetor, uma vez que se nota a ampliação da vinculação de alguns usuários às equipes, em momentos em que se sentem ameaçados, por exemplo, pelo crime organizado.

Ao longo das observações, veem-se certos usuários, por vezes, sumirem e retornarem ao território ao se sentirem ameaçados, buscando o cuidado das equipes. Se uma dada situação de violência pode “contribuir” ao vínculo com as equipes, outras parecem prejudicar a vinculação estabelecida. É o que se constata, por exemplo, da ação de certos programas de segurança pública que acabam expulsando a PSR de áreas de interesse comercial e turístico, prejudicando o vínculo, uma vez que muitos usuários se “assentam” em lugares onde permanecem a maior parte dos dias.

Ontem, veio um menino aí que ele tem tuberculose, aí, eu falei para ele: “meu filho, eu fui lá, aí tava o Segurança Presente, não te vi...”, ele: “pois é Tia, eu saí, deixei, depois que eles foram embora é que eu voltei...”, aí já é noite, a gente não está mais

trabalhando. Então, eles atrapalham no sentido da gente encontrar os usuários. E acham que, inclusive, outro dia eu tava te falando também, colega, eu nunca cheguei a falar com eles, mas a minha colega até discutiu com um deles lá, porque eles acham que os nossos usuários são ladrões. E eu tenho a tese de que eles não são ladrões. Eles podem, até, de repente, naquela coisa da fome, tá ali... mas geralmente eles vão catar uma latinha, papelão, fazer um serviço para alguém, guardar um carro, pra comprar sua droga, para comprar sua comida, mas eles não roubam não. Toda vez que prendem alguém, você pode ir lá ver que está todo arrumadinho, bonitinho, veio não sei de onde, não é a população em situação de rua que rouba. Entendeu? (trecho de entrevista com P9).

Na cidade do Rio de Janeiro, atualmente há a Operação Segurança Presente, designada pelo nome do bairro onde se realiza seguido da palavra “presente”. Esta operação é resultado de uma parceria do governo estadual com o Sistema Fecomércio RJ. Trata-se de uma operação operada por agentes de segurança em certos bairros de importância comercial e turística. Como o próprio site do governo do estado informa, são ações combinadas que envolvem prisões e “acolhimentos”, o que se percebe no “balanço” da operação, divulgado pelo governo do estado no início de 2017: “Até a noite de ontem (12/01), os agentes da Operação Segurança Presente efetuaram 4.149 prisões, sendo 2.191 por posse e uso de entorpecentes, e já cumpriram 369 mandados de prisão. Também foram conduzidas à delegacia 148 pessoas por porte de arma branca e 16 por porte de arma de fogo, 171 por roubo e 288 por furto. Em parceria com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, foram realizadas 3.242 ações de acolhimento a moradores de rua” (SEGOV, 2017).

Estas ações dirigidas à PSR, chamadas pelo governo do estado como “acolhimento”, são relatadas por SILVA (2013) como ações de recolhimento compulsório, nos quais a PSR é levada para abrigos localizados em áreas periféricas da cidade. Esta autora percebe que, por vezes, serviços de saúde como o CnaR são confundidos com outros serviços ofertados pelo poder público que, ao contrário do CnaR, atuam de forma hostil e violenta junto a PSR. Ao longo do campo da presente pesquisa, quase não se observam situações em que se note medo ou insegurança da PSR com relação a possíveis violências que possam sofrer na relação com os profissionais do CnaR. Ao contrário, nas VR é frequente o encontro com usuários que já conhecem as equipes, notando-se algum vínculo afetivo com os profissionais. Mas, ao final do campo, em uma das últimas observações realizadas se presencia uma situação em que este medo aparece:

Estou um pouco descolado da equipe, a seguindo, quando uma garota me aborda, uma jovem, me parece ter não muito mais do que vinte anos. Ela me diz que está grávida, e que já é mãe de filhos gêmeos. Pergunto se está fazendo algum acompanhamento, ela diz que não. Pergunto como ela sabe que está grávida. Ela me informa que por causa da menstruação e da barriga crescendo (muito magra, realmente se destaca a barriga saliente). Mas me diz também que fez teste em uma UE, se não me engano. Ela informa também ter epilepsia e estar sem remédio. E me diz ter medo de ir a um serviço de saúde porque já “pegou cadeia” e “deve à justiça”. Convido ela para irmos ali próximo à Van, para conversarmos com a equipe. Então, chamo P10 para a conversa e as apresento. O psicólogo da UP também se aproxima. A preocupação com a epilepsia e a ausência de remédios se sobressai nos dois profissionais. Propõem que ela suba na Van e vá conosco lá no UP, onde um neurologista ou um psiquiatra poderia a examinar e assegurar a medicação. Mas ela nega essa opção. Tem medo de entrar na Van e não voltar. Tentamos todos persuadi-la, para que fosse conosco, que não haveria problemas, mas ela se nega e sai andando. Chamamos o namorado para conversa. Explicamos a ele a questão. Ele se dispõe a falar com ela. Mas ela está irredutível. Então, a equipe propõe que vão eles, andando, ao UP, que lá poderiam ser atendidos e conseguir o medicamento. Mas o fazem sem muita esperança de que farão isso. De qualquer forma a equipe planeja retornar mais vezes ao local. Talvez, tenha mais sorte num próximo dia (trecho do diário de campo).

A vulnerabilidade da PSR perante inúmeros tipos de violência é estudada e comentada por autores como AGUIAR e IRIART (2012) que, estudando a PSR na cidade de Salvador (BA), reconhecem a violência como uma grande preocupação para esta população, identificando junto a esta inúmeros relatos de violência, inclusive de assassinatos. Mas a violência ela não se expressa apenas pela violência física, sendo esta população constantemente vítima de maus tratos por outros grupos sociais e pelo estado, na figura de seus agentes públicos (VARANDA e ADORNO, 2004). Na cidade do Rio de Janeiro, os maus tratos à PSR e o medo da violência estão descritos e relatados em diversas fontes (SCOREL, 1999; DANTAS, 2007; VALÊNCIO et al, 2010; SILVA, 2013; COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO, 2014). O depoimento de uma usuária de CnaR entrevistada ilustra tal questão:

A questão de políticas públicas pra população em situação de rua... que o próprio Consultório na Rua é uma conquista dessas políticas, né? Aqui no Rio de Janeiro, o Eduardo Paes, no primeiro mandato, ele fechou com abrigo, com albergue, tudo que tinha próximo daqui. No segundo mandato, ele terminou de... fechar o circo, deixando de herança, aí, o Segurança Presente, né, a milícia armada, aí pra... ir lá, acordar morador de rua, e tem que levantar, que não pode ficar no parque, não pode ficar ali... e é isso.

[...] Expulsa, agride, joga água, várias violações diariamente (trecho de entrevista com U5).

Mas a violência não parece se expressar apenas nas ações da segurança pública. Ao longo da pesquisa foi possível registrar um relato sobre uma profissional do CMSB agindo de forma hostil perante um usuário do CnaR. A situação é narrada por uma das profissionais entrevistadas:

Acompanhei. Eu estava acompanhando e a agente social também. E assim, em nenhum momento ela não se privou de estar na minha presença, de estar na presença da agente. Então, eu fiquei imaginado “imagine se essa paciente vai sozinha”. Falando que a paciente estava fedendo. Que a paciente, da próxima vez, tomasse um banho, nem que fosse no chafariz, pra não estar daquele jeito, e a paciente, assim, ela não estava fedendo, ela não estava suja. Então, eu vi, assim, o semblante da paciente, que ela estava totalmente constrangida. E foi uma situação muito, muito chata. Sorte que a paciente é bem tranquila, que ela poderia ter quebrado o vínculo ali mesmo, entendeu, mas foi uma situação muito chata (trecho de entrevista com P11).

Situações como esta, onde a violência se expressa de forma muito clara, pelo preconceito e rejeição, não foram observadas na interseção profissional de CnaR-usuário. Porém, em um situação observada, se presencia uma interação profissional-usuário, aparentemente operada tendo por base conhecimentos produzidos no campo da Saúde e no próprio núcleo da Saúde Coletiva, que, se não se pode afirmá-la uma violência, certamente é possível considerá-la inadequada na operação de cuidado centrado no usuário:

Uma paciente obesa e se apoiando em uma muleta entra no espaço do CnaR. Ela carrega consigo um cheiro forte de urina e possui um grande edema no lado esquerdo da face, na altura dos olhos. Relata uma picada de abelha. Enquanto U6 aguarda o atendimento médico, P6 conversa com ela e faz uma série de recomendações: “você precisa comer menos, você come muito e está engordando muito, daqui há pouco não conseguirá andar, já está até usando muleta. Você precisa se mexer, caminhar, na praça não tem os aparelhos (Academia Carioca)? Você deveria usar”. A usuária apenas ouve e resmunga alguma coisa (trecho do diário de campo).

Nesta situação presenciada, o diálogo com a usuária é operado de forma nada intimista. Estão distantes dois ou três metros. Observa-se a prescrição de orientações comportamentais, que supostamente deveriam ser assimilados e praticados pela usuária. Mas como P6 identifica a necessidade da usuária? Sob quais critérios forja suas prescrições? Não se observa uma escuta atenta da usuária pois a única queixa que esta relata é o problema nos

olhos. Outras queixas só foram observadas, posteriormente, ao longo da consulta junto a outro profissional, mediante questionamento. Mas, antes disto, P6 a acolhe e infere, por sua aparência, ter ela um problema de obesidade e avalia pertinente a recomendação de um outro modo de viver supostamente mais saudável, com práticas de atividade física e alimentação saudável. Tal prática não parece adequada a um processo de acolhimento e construção de vínculo com um usuário. Se não se observa uma relação dialógica entre profissional e usuária, se não se observa em operação tecnologias leves operando acolhimento e vínculo com o usuário, como esperar a assimilação de tais prescrições e uma mudança comportamental decorrente da autonomia de uma usuária a operar seu próprio cuidado?

ROSSI e LIMA (2005, p.308), estudando o trabalho de enfermeiros em um hospital no Rio Grande do Sul, suscitam a “existência de uma violência institucionalizada, associada à não articulação de respostas aos problemas dos usuários”, que se expressa em uma não articulação de respostas técnicas e operacionais aos problemas apresentados, vinculados a certos prejuízos no âmbito do respeito, da ética e da dignidade humana. Para DESLANDES (2004, p.10) a violência na produção de cuidado também se expressa no “desrespeito à palavra e a falta de troca de informações” e na “debilidade da escuta e do diálogo” com o usuário.

Sendo assim, tem-se a impressão que a violência é um aspecto da vida da PSR que repercute negativamente no processo de produção de cuidado, por vezes se expressando no próprio espaço interseçor, seja do profissional em direção ao usuário, seja o contrário (também há relatos de violência sofrida pelos profissionais). A violência parece se conformar uma barreira ao acolhimento, ao estabelecimento de vínculo e ao fortalecimento da autonomia do usuário.

Mas a violência não é o único aspecto da produção do cuidado que se percebe influente à operação das tecnologias leves. Sobre o vínculo, LOUZADA (2015) destaca a relação deste com uma perspectiva de território adotada pelos profissionais do CnaR, distinta da que se observa na ESF, cuja noção de território está orientada ao território do domicílio. Diferentemente, o CnaR produz vínculo não a partir de um cadastro que se referencia a um domicílio, mas na abordagem a um sujeito e na busca por uma compreensão da relação deste com a rua e o território em que costuma ficar. Esta questão, abordada por esta autora, relacionada ao processo de vinculação da equipe com o usuário, também se entende intimamente influente do processo de acolhimento, uma vez que uma noção mais rígida de

território, antes de atrapalhar o vínculo, parece prejudicar o próprio acesso do usuário ao serviço. Mas, é evidente que também pode prejudicar o vínculo.

Uma situação observada que sugere estar em operação uma noção “sujeito-centrada” de território é a em que se vê um usuário (U7, um dos entrevistados) em tratamento de TB (DOTS) se “mudar” para outra área, onde não há cobertura de CnaR. O que se observa parece ser uma situação na qual o cuidado é operado tendo o desejo e a necessidade do usuário no centro de sua formulação. O usuário, em exercício de sua autonomia, se “muda”, buscando um local que ele considera melhor para si, mais calmo, com menores riscos. A equipe sabe que não há CnaR cobrindo o território que U7 passa a ficar. Opta-se por manter seu acompanhamento, avaliando-se a possibilidade de referenciá-lo de forma responsável, assegurando a não interrupção do tratamento. Segue-se com o DOTS, mas, para assegurar a medicação, sabendo da maior dificuldade do usuário se deslocar de seu novo local de parada para a unidade todos os dias, se passa a entregar o medicamento para dois dias, diminuindo o número de dias que o usuário precisa ir à unidade. Por outro lado, se fez contato com a unidade de AB de referência do local onde U7 passa a ficar, a fim de avaliar a possibilidade de referenciá-lo sem maiores prejuízos ao cuidado operado.

Por outro lado, ao longo do campo, também se observam situações em que uma escuta aparentemente pouco atenta somada a uma definição rígida sobre quem são os sujeitos cobertos pelo CnaR parecem conformar certas barreiras ao acesso e acolhimento de usuários:

Vou à unidade em busca de usuários para entrevistar, mas um acontecimento, na recepção, me chama a atenção. Um usuário se apresenta e informa estar albergado. Mas sua informação é confusa. Diz que dia está em um albergue, outro dia em outro, não parecendo se tratar de um usuário regular. Ele questiona a agente: “Hoje eu estou nesse e posso? Amanhã eu estou em outro e não posso”? Ele questiona isso perante a negação por atendimento.

Esta situação me fez lembrar de outra semelhante, que pensei ter registrada no diário, mas aparentemente não o fiz. Por isso, não me recordo exatamente o dia. Esta situação me marcou porque, neste dia, acabei intervindo. Outra agente social atendia um usuário que informava “morar” em uma rua e um número que não me recordo agora. A agente, prontamente o informa que ali não era o local onde ele deveria ser atendido, que ele deveria procurar o “posto” mais próximo. Intervi porque suspeitei de que a rua e o número não informavam o domicílio, mas, sim, a altura na rua, onde costumava dormir. Minha suspeita estava correta. O rapaz informou que trabalhava durante o dia por ali e que à noite se abrigava ali (trecho do diário de campo).

Desta forma, parece que uma compreensão mais rígida ou mais flexível sobre um conceito que operacionaliza o cuidado (definindo o território que se cobre ou quem se cobre) pode contribuir ou atrapalhar a operação de tecnologias leves no interior do espaço interseçor. ZAMBENEDETTI e SILVA (2015), estudando a questão do território e do acesso, no caso de portadores de HIV usuários de uma equipe de ESF em Porto Alegre (RS), reconhecem um paradoxo no qual, ao mesmo tempo em que uma nova perspectiva sobre território (presente na ESF) possibilita a expansão do acesso à AB, em certas circunstâncias, pode acarretar barreiras à vinculação do usuário à equipe, decorrentes, neste caso, de constrangimento e medo sentidos pelos usuários, decorrentes dos estigmas da doença. Neste caso, os autores assumem uma perspectiva de que o território deve ser um conceito flexível, passível de arranjos singulares decorrentes de necessidades específicas (o que estes autores encontram em uma proposta de multiterritórios, que oferece diferentes pontos de entrada aos usuários).

Outro aspecto do cuidado operado que parece fortalecer as possibilidades de acolhimento e vínculo é a operacionalização de cuidado na rua. Na presente pesquisa se observam diversos momentos que ilustram isto. Nas atividades cotidianas de atendimento a usuários na rua, observados em praças e nos terminais de ônibus, o que se observa são recorrentes atendimentos a usuários já vinculados, mas, também, muitos atendimentos de primeira consulta, envolvendo cadastramento de novos usuários. Outro fato que se observa relevante ao acolhimento é o fato de muitas pessoas buscarem o CnaR por indicação ou recomendação de usuários já acolhidos ou vinculados à equipe, o que se pode perceber nas entrevistas aos usuários (trechos de distintas entrevistas):

Um amigo, um conhecido, falou que tinha a Doutora [...], que ela sempre ia nas praças, pegar as pessoas, ou consultar as pessoas, sei lá, e aí, e também me deu o endereço que era lá na [...], tal, aí eu fui lá. Primeiramente, eu encontrei com a Doutora [...], aí ela me deu o endereço para eu ir lá. E fui (trecho de entrevista com U8).

Aqui eu fiz preventivo, aqui eu faço esse teste rápido de HIV, aqui eu trouxe meu parceiro, também, pra fazer, que ele nunca fez na vida (trecho de entrevista com U5).

LOUZADA (2015) também reconhece a importância do trabalho das equipes operado na rua, uma vez que muitos atendimentos e ações ocorrem em locais frequentados por dezenas de pessoas em situação de rua, abrindo possibilidade de outras pessoas acessarem. Assim

como esta autora, outros trabalhos também descrevem a rua como um importante espaço de aproximação com a PSR.

SILVA (2013), analisando uma equipe de CnaR da cidade do Rio de Janeiro, afirma que a procura por atendimento é estimulada pela presença das equipes na rua, facilitando o acesso de uma população que muitas vezes só procura cuidado em processos de agravamento de certas doenças ou agravos.

ALBUQUERQUE (2014), analisando uma equipe de CnaR de Campinas (SP), reconhece na organização desta atividades realizadas na rua diariamente e constata que o caráter itinerante das equipes é importante para viabilizar o acesso.

Uma outra questão que parece pertinente se comentar sobre as tecnologias leves em operação se refere ao exercício de autonomia de um usuário que se contrapõe as orientações fundamentadas no saber biomédico. AYRES (2009), sobre a questão do sucesso do cuidado operado por profissionais de saúde, afirma que a compreensão de sucesso, quando muito centrada na sabedoria da tecnociência (conhecimento biomédico), pode produzir importantes frustrações nos profissionais, que só reconhecem o sucesso do cuidado no caso de usuários que seguem à risca as orientações forjadas com base no conhecimento biomédico.

Suspeita-se, com isto, que profissionais que operam um cuidado mais centrado no procedimento talvez sejam mais suscetíveis ao desânimo ou a desistência do cuidado a certos usuários que optam por não seguir certas recomendações. Por isto, este autor postula um “sucesso prático”, que estaria relacionado a um cuidado que objetiva, a partir de uma relação dialógica entre usuário e profissional, a produção de uma vida feliz.

Apoia-se nestas questões para comentar o cuidado que se observa operado à U9, um usuário acompanhado pela equipe, em tratamento de tuberculose (TB). O usuário foi identificado por uma agente social, passando a contar com os cuidados de toda a equipe. O relato das profissionais sobre o caso é de ter encontrado este usuário em estado muito debilitado, extremamente vulnerável. Descrevem os primeiros encontros com ele difíceis. Um usuário desnutrido, sujo e muito doente, porém relutante em receber ajuda. Mas que, a medida em que interage com a equipe, vai cedendo ao cuidado, aderindo ao tratamento de TB e aos cuidados prestados como roupas doadas pela equipe e comida. O que os profissionais descrevem é uma gradativa melhora.

Em uma dada VR o pesquisador tem a oportunidade de conhecer U9. Nesta ocasião o usuário mostra-se aparentemente bem, limpo, com roupas limpas e trabalhando, vendendo doces na rua, em uma banca improvisada à frente de um supermercado. A complexidade do caso e do cuidado operado a U9 parece se revelar nas palavras de um outro usuário do CnaR, que na ocasião da citada VR estava próximo, relatando que a equipe “salvou” U9.

A propósito de um acolhimento e vínculo aparentemente bem-sucedido, o que se observa é que com a melhora do quadro, este usuário decide abandonar o tratamento e passa a recusar a medicação, apesar do relato de vários profissionais da equipe sobre o esforço empreendido para que isto não ocorra. Com isto, o que se afirma aqui é a necessidade de se reconhecer sucesso no cuidado empreendido, pois, a despeito da conclusão do tratamento indicado, o cuidado operado sugere uma força do vínculo que a equipe estabelece com o usuário. E que, aparentemente, não se interrompe com o abandono do tratamento pelo usuário, o que se entende em um trecho de entrevista a uma profissional:

Ele não quer tomar, então, assim, já está dado como abandono... mas mesmo assim, uma vez por semana a gente dá uma passadinha lá...“ E aí como é que tá?” Ele: “to bem, mas ontem eu não dormi direito”. “Ah tá”. Outro dia eu passei lá com a enfermeira, aí, a gente conversou com ele e ele: “estou só com um pouquinho de dor de cabeça hoje, mas eu falei pra senhora que eu ia ficar bem, eu não estou bem?” Eu falei para ele do perigo de parar o tratamento, ele estava bem, ele já estava na segunda fase. Mas não, ele quis, ele parou. E agora se... eu tenho até medo, porque quando ela vir, vai vir muito forte e ele é muito orgulhoso. E esse tratamento de multi resistente, quer dizer, ou toma injeção todos os dias ou de três em três, dependendo de como está o...é... dependendo de como está a baciloscopia dele, ele vai ter que tomar todos os dias injeção, fora os remédios que é de dez a doze comprimidos de uma vez... se quatro ele ficou nessa resistência, você imagina isso (trecho de entrevista com P9).

Outra questão que também se entende relacionada à autonomia do usuário se refere a uma aparente idealização de alguns profissionais (de outros serviços, mas, também, do próprio CnaR) sobre a família e o papel que esta pode cumprir no processo de cuidado dos usuários. É notório, ao longo do campo, que os usuários possuem distintas referências e vínculos familiares. Por vezes, se observa um interesse, por parte de alguns usuários, por se retomar uma relação com a família. Por outras, se nota uma relação ambígua, paradoxal, na qual, ao mesmo tempo em que a família parece representar possibilidades de proteção, de segurança e de afetos alegres, também parece representar problemas relacionais atrelados a

sofrimentos, angustias e desavenças. Em outras, ainda, é possível perceber um desejo muito forte em não retornar ao espaço familiar.

Esta constatação, possibilita supor que a abordagem ao usuário não deve ser sempre orientada ao retorno deste usuário para sua família. E que, por isto, a busca por uma retomada de laços familiares deve estar sempre ordenada a partir do exercício de autonomia do usuário e fundada na expressão de seu desejo. Sendo assim, faz-se importante destacar que, ao longo do campo, se notam distintas perspectivas dos profissionais sobre esta questão, o que parece se evidenciar no depoimento de duas profissionais entrevistadas:

A gente busca alcançar, assim, vínculo, né, tentar inserir esse usuário junto à sua família, na medida do possível, a gente não obriga, mas a gente sempre orienta... “o que que aconteceu com sua família? Como é que estão seus laços familiares? Você não pensa em tá retornando para a sua casa?” Entendeu? (trecho de entrevista com P11)

Tem uma coisa, também, da assistência, como é uma das normativas da política de... dessa centralidade da família... né, eu acho que assim, muitos profissionais acabam, inclusive com a gente, pressionando pra que se tenha uma família, pra acessar esse serviço... eu acho que tem uma regra, que é deles, mas que eu, enquanto da saúde, né...

[questionada se a família compreende critério para o acesso da PSR ao CnaR] Não. Não para acessar, mas para não acessar, entendeu? Pra você... “se você tem família, por que que você não vai para a sua família? Pra que você vem pra cá? Você não acha melhor você ir para sua família”? Né? Mas, que tem uma coisa que é da pessoa, que de repente ela vai querer... não quer ficar com a família dela, entendeu? Acho que o serviço está ali para isso, eu acho que... eu entendo, não estou questionando o profissional, estou questionando a política, essa centralidade da família (trecho de entrevista com P3).

O que se observa com estes dois trechos de entrevista é que, aparentemente, os profissionais entrevistados atribuem distintas importâncias ao papel da família no processo de produção de cuidado ao usuário. Por isto, considera-se pertinente reiterar a necessidade que o projeto terapêutico do usuário, inclusive, sua possibilidade de retorno à família, seja produzido se tendo como objetivo o fortalecimento do exercício de autonomia do usuário, o que não se pode alcançar a partir de um processo produtivo alheio ao desejo do usuário.

Ainda sobre a autonomia, sinaliza-se aqui, a importância deste substrato tecnológico (que, também se mostra um objetivo da produção de cuidado) estar presente em todas as ações que a equipe opera, sejam elas assistenciais ou de promoção da saúde. Mas aqui, também se enfatiza a possibilidade de que certas atividades lúdicas também sejam orientadas

a produção de maiores graus de autonomia. Comenta-se isto porque ao longo do campo se presencia a realização de uma festa para comemorar os seis anos do início das atividades do POP-RUA. A festa é organizada pelos próprios trabalhadores, com recursos próprios, rateando os gastos com a organização. A festa tem música, comida e bebida, mas, ao que me parece, tem pouca interação. Ao menos, dos usuários com os profissionais. A festa ocorre em uma quadra próxima à unidade. Nela, há uma barraca que concentra os comes e bebes da festa e que, de certa forma, concentra também os profissionais. A barraca era de acesso exclusivo destes, que, em sua maioria, passam boa parte do tempo na barraca, de uma forma aparentemente um tanto segregada dos usuários. Por outro lado, os usuários ocupam os extremos periféricos do espaço onde se realiza a festa, o que ao pesquisador remete à ideia de marginalidade, uma vez que é possível entender a PSR sob a perspectiva de segmento social que ocupa a “margem” de um dado processo societário:

Marginalidade é uma noção que evoca a oposição centro/periferia; designa uma posição integrante de uma estrutura social. Esta oposição, porém, situa-se nas margens em termos de acesso e usufruto das riquezas e benefícios disponíveis, o que lhe confere as qualidades de inferioridade e subalternidade (SCOREL, 1999, p.39).

Além disto, a relação com a comida parece um tanto infantilizada, sendo esta controlada pelos profissionais, o momento de oferta e o quanto se oferta.

Dentro de uma perspectiva orientada a uma produção de cuidado centrada no usuário, tendo o acolhimento, o vínculo e o fortalecimento da autonomia do usuário como substratos tecnológicos e também como objetivos, seria possível pensar outras formas de organizar a festa? Seria possível, por exemplo, organizar a festa junto aos usuários, com estes participando das decisões sobre o caráter e o conteúdo da festa? Seria possível uma relação com os alimentos da festa menos tutelada, ou, ainda que, se reconhecendo a necessidade de controle dos alimentos, pela limitação, planejar tal controle co-gerido junto aos usuários?

Pensa-se que tais constatações partem do reconhecimento de uma produção de cuidado que se opera constantemente política, independente daquilo que se produza, seja um procedimento específico do técnico de enfermagem, do enfermeiro, do médico ou de qualquer outro profissional, seja a escuta atenta operada por todos, seja uma festa, qualquer coisa que se produza na dinâmica de produção de cuidado em saúde é política e, portanto, responde a

um imperativo ético-político que, no caso, se trata da centralidade do usuário no processo de cuidado.

Apesar disto, é fundamental sinalizar que o CnaR tem sido descrito como uma potente forma de se assegurar cuidado em saúde à PSR. São diversos estudos que constataam isto (LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014; SILVA, 2013; LOUZADA, 2015; TEIXEIRA e FONSECA, 2015). O que se pretende com tais apontamentos não é negar a potência do CnaR na produção do cuidado à PSR, mas sim, reconhecer certos problemas e dificuldades que se observam no cotidiano de trabalho e interação, entendendo que o reconhecimento e a discussão sobre tais problemas pode contribuir à melhoria do processo de produção de cuidado. No mais, é inegável reconhecer que, ao longo de três meses, se observa muita produção de cuidado centrada no usuário, vínculos afetivos entre trabalhadores e usuários e estímulo a autonomia dos usuários, além de uma produção rica e constante de redes que contribuem e co-operam o cuidado à PSR. Desta forma, o último tópico deste capítulo aborda estas redes.

4.4 O CUIDADO EM REDE CO-OPERADO PELAS EQUIPES OBSERVADAS

A produção de cuidado operada pelas equipes de CnaR observadas é algo que claramente se produz em rede. Uma rede de múltiplas conexões, viva, a se produzir em um universo de forças instituídas e instituintes. Por isto, trata-se de uma Rede Viva (MERHY et al, 2014), em movimento e em processo de produção de inúmeras conexões e cortes não limitados aos profissionais e serviços de saúde. Além disto, a própria produção de vida pelos sujeitos cuidados (e, inevitavelmente, por qualquer sujeito) acontece em rede.

Neste tópico, se apresentam alguns destes movimentos identificados pelo pesquisador ao longo do trabalho de campo, os quais se apresentam em três perspectivas:

- Uma referente aos movimentos que conectam as equipes de CnaR a outros serviços de saúde;
- Uma referente aos movimentos que conectam estas equipes a outros serviços que não estão organizados no setor saúde;

- E uma que se refere aos movimentos que conectam o sujeito cuidado em sua Rede Viva;

Apesar da construção de perspectivas, segmentações através das quais se busca compreender os processos de rede no cuidado, não se deve entendê-las como processos distintos, que se dão de forma isolada uma das outras. Estas perspectivas correspondem a movimentos de rede que operam simultaneamente e se atravessam, se conectam e se cortam, definindo as inúmeras possibilidades de se operar o cuidado e de se produzir a vida.

A começar pela RV das equipes de CnaR junto a outros serviços de saúde, constata-se, ao longo da pesquisa, que o cuidado operado é fortemente influenciado por demandas forjadas em instâncias gerenciais que não incluem as equipes e exercem certa influência sobre estas, a partir de uma dinâmica de poder que se expressa de forma vertical e descendente.

Em relação ao cuidado co-operado junto a distintos serviços de saúde também é possível notar a influência da gestão sobre certas práticas e fluxos, aparentemente estabelecidos em instâncias gerenciais, que configuram movimentos de usuários na rede de serviços de saúde. Não se quer com tal sinalização negar a importância destas forças instituídas que conformam o cuidado. O que se deseja é sinalizar certas limitações destas sobre a produção de cuidado.

Pode-se observar isto, por exemplo, no episódio de cuidado operado à U2, descrito anteriormente. Este usuário foi encaminhado por um profissional da equipe de CnaR para um serviço de saúde da rede de serviços do SUS carioca, a UE. Observe o relato do pesquisador sobre o acolhimento deste usuário na citada unidade:

Chegamos na UE por volta de 16h30. Na entrada há uma porta de vidro guardada por um segurança. Quando U2 entra percebo no olhar e na abordagem do segurança desconfiança e incomodo. Mas ele não impede a entrada de U2. Ele se dirige ao enfermeiro ou técnico que faz a primeira “triagem”. Este mal ouve U2 e já diz que ele tem que ir pro HMA. U2 mostra o papel de encaminhamento dobrado, mas o homem que o atende apenas afirma que ele deve ir ao HMA. Quando percebo a negativa, me dirijo a mesa onde U2 está sendo atendido. Digo que estou acompanhando U2, que ele passou pelo CMS e que um médico do CMS o encaminhou para a UE, e peço para que ele abra o encaminhamento e veja. Ele diz que “vai demorar”, mas dá seguimento ao atendimento de U2 (passagem do diário de campo).

Um profissional do CnaR o encaminha para UE sob uma perspectiva protocolar. Esta unidade é referência das equipes de CnaR observadas para emergências. Mas o “acolhimento” da UE se apresenta como uma barreira ao acesso do usuário. O que se constata nesta situação poderia ser um episódio isolado, contudo diversos profissionais, ao longo da observação e das entrevistas, indicam ser um fato corrente. Há uma percepção dos profissionais de que há barreiras que se produzem à conexão entre o CnaR e a UE, ainda que institucionalmente tal conexão esteja prevista. Veja-se, por exemplo, o depoimento de um profissional do CnaR:

A UE a gente tem bastante dificuldade, apesar de se ter feito um grupo, o DCMSA e a GESF/CnaRCMSA irem lá para apresentar nosso trabalho [...] tem um pouco de dificuldade. Nesse grupo, as assistentes sociais, quando chega algum usuário lá nosso [...] elas passam um “whatsup” pra gente e falam “olha, tem um usuário assim, assim, assim, com essas características, é do território de vocês?” Entendeu? E, no dia seguinte, quando, às vezes, é à noite, a gente [...] vai até lá, pra ver se reconhece esse usuário... então, tem uma certa parceria, mas [...] tem uma dificuldade médica... mais da parte médica, de atender esse usuário, que eles tem a mania de falar “questão social”... “paciente social”.

[...] E assim, como não tem familiar, não tem nada, eles ficam lá, meio que, largados, entendeu? (trecho de entrevista com P11).

Pode-se observar, com isto, uma aparente limitação da rede institucionalmente definida, a qual se constata a partir de recorrentes situações em que se observam prejuízos no acesso do usuário do CnaR a esta unidade.

Por outro lado, constata-se, em paralelo, o movimento da RV produzindo novas conexões, buscando soluções para tal problema. Estas escapam ao instituído a partir do planejamento e da gestão da Secretaria de Saúde. São formuladas pelos gestores das unidades e pelos próprios profissionais das equipes. Na situação citada, vê-se as equipes se apoiarem em uma ferramenta tecnológica de comunicação por internet para se ter maior interação entre os profissionais das unidades, procurando viabilizar o acesso dos usuários. E, apesar disto, a impressão que se tem é a de que tal “saída” formulada, ainda que possibilite maior interação entre os profissionais das unidades, não garante o pleno acesso dos usuários. No que tange a UE, a “saída” que se acredita poder ter mais “sucesso”, ou seja, ser mais capaz de assegurar o acesso aos usuários referenciados, é o acompanhamento do usuário a esta unidade, o que, ao longo da vivência, não se presencia em nenhuma situação, embora haja relato de situações em que profissionais destas equipes acompanham usuários à UE.

Em outras ocasiões, mesmo que a institucionalidade assegure o acesso do usuário, o cuidado produzido em outra unidade pode afetar negativamente o vínculo do usuário com o CnaR. Isto se observa na relação do CnaR com a Maternidade A (MA) descrita pelos profissionais. As usuárias em pré-natal junto às equipes de CnaR (que as referencia para a MA para terem seus filhos) estranham o procedimento da MA de não as liberarem juntas aos filhos, em razão de encontrarem-se desabrigadas. A maternidade acaba acionando, nestes casos, o Conselho Tutelar, que acaba encaminhando os recém-nascidos a abrigos.

O relato dos profissionais é de que as usuárias passam a ter receio das próprias equipes de CnaR por estas, ao longo do pré-natal, mediar a relação das usuárias com a maternidade.

A partir de tal situação, o que se opera é novamente a busca por outras conexões não definidas a partir da institucionalidade da rede de serviços de saúde. Também, novamente, lançando-se mão de ferramenta tecnológica de comunicação via internet para se aumentar a conexão entre os profissionais das unidades (especialmente junto ao serviço social da unidade, aparentemente com maior êxito do que o observado no relato referente à UE).

Além disto, profissionais das equipes de CnaR observadas, junto a profissionais da MA, passam a se reunir com uma certa periodicidade e as conexões se expandem para além dos serviços de saúde, passando a ter maior relação com o Conselho Tutelar e, principalmente, com a Defensoria Pública do Estado (DPE). O que a equipe relata é um processo de singularização dos casos, de forma que em cada pré-natal se busque saídas para assegurar a permanência da criança junto à mãe, sem que isto se dê nas ruas: seja a ida das mães para abrigos públicos, seja identificando na rede social da usuária familiares ou pessoas próximas que possam assegurar um mínimo de condições para que esta mãe fique com seu filho em um domicílio, ou alugando um quarto para ficar, com recursos próprios ou do pai da criança, visto que algumas pessoas em situação de rua possuem uma renda mínima.

Outra expressão da Rede Viva do CnaR junto a serviços de saúde se refere à relação que se produz a partir de uma demanda que se observa recorrentemente no território das equipes: a demanda por cuidado à usuários em abuso de álcool e outras drogas. Observa-se uma grande limitação na Rede de Saúde Mental que opera cuidado nos territórios cobertos pelas equipes. Não há nenhum Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) cobrindo estes territórios, tampouco um que seja específico ao atendimento destes casos (CAPS-ad). A rede

conta com uma unidade de saúde mental (Unidade Psiquiátrica - UP) a qual possui ambulatório, hospital-dia e emergência psiquiátrica, além de leitos psiquiátricos.

Desta forma, o que se vê em produção é a conformação de processos em rede que escapam à institucionalidade estabelecida no planejamento dos serviços e visam o suprimento de uma demanda. Uma profissional de uma das equipes de CnaR junto a uma profissional da UP criam um grupo para usuários das equipes de CnaR em abuso de álcool e outras drogas. O grupo tem por objetivo oferecer um espaço semanal de escuta em grupo (grupo AD) destes usuários e viabilizar o acesso destes usuários à UP. Este acesso integra estes usuários aos serviços oferecidos pela UP, especialmente ao hospital-dia, que oferece, de segunda à sexta-feira, um espaço de permanência aos usuários integrados, sendo oferecida uma série de atividades lúdicas e laborais (oficinas de dança, de música, pintura, entre outras). Os usuários podem frequentar diariamente a unidade, participar dos grupos, utilizar espaços de convivência que oferecem jogos, música, leitura, sendo assistidos pela equipe da UP e contando também com refeições, local para banho e a possibilidade de ter alguns objetos guardados com maior segurança.

Embora se possa, com tais exemplos de produção de Redes Vivas, ter a impressão de que estes casos se tratam de processos lineares, harmônicos e bem-sucedidos, a constituição destas redes é um processo vivo, dinâmico, no qual se operam conexões, mas também cortes, havendo tensões, conflitos. Portanto, estas redes não se conformam de forma linear e gradual. As redes operadas por vezes avançam, por outras retrocedem, assim como o próprio processo de produção de cuidado.

Observe-se o exemplo do grupo AD. Criado a partir de um problema que as equipes de CnaR enfrentam: a falta de equipamentos de saúde mental para apoio ao cuidado de usuários em abuso de álcool e drogas. Esta “saída” se produz a partir do diálogo entre profissionais do CnaR e da UP. Mas a UP não é uma unidade como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), serviços da rede de saúde mental, surgidos em um contexto histórico de reforma psiquiátrica, objetivando um processo de desinstitucionalização da loucura e dos transtornos mentais e a ruptura com um modelo de assistência a estes transtornos altamente medicalizante, hospitalocêntrico e segregador (LANCETTI e AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002). O artigo de KEUSEN e CARVALHO (2008) sinaliza um processo no qual esta unidade surge com um forte caráter de hospital psiquiátrico, no final da década de 1990 e que na década de 2000, em decorrência das diretrizes que passam a orientar a saúde mental e o engajamento de

profissionais do serviço, passa-se a observar uma mudança no caráter da unidade, com o avanço de seu processo de territorialização, e o aumento dos serviços ambulatoriais e do hospital-dia, que operam o cuidado sob uma lógica menos médico-centrada, mais multiprofissional, além de, no caso do hospital-dia, ofertar oficinas de arte, música e culinária, o que se observa até os dias de hoje. Constata-se, inclusive, uma parceria anterior com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, objetivando a inserção da PSR do território no hospital-dia (não existente atualmente). Mas, por outro lado, os leitos psiquiátricos também se mantêm até hoje, caracterizando um serviço complexo, em transição para um modelo mais condizente aos preceitos da reforma psiquiátrica, mas preservando características de um hospital psiquiátrico.

Em decorrência disto, pode-se levantar dúvidas sobre o caráter do cuidado (co)operado nesta unidade, como se percebe em um episódio em que P12 questiona à psicóloga da UP, após a realização de um grupo, o fato de um usuário acompanhado pelo CnaR estar sendo “vigiado” por um profissional da UP em razão de não estar se alimentando. Tal questionamento parece produzir uma certa tensão à Rede Viva que se opera:

Com o avançar da hora, encerra-se o grupo. Os usuários e a psicóloga da UP saem. Ficamos P1, P12 e eu. Elas me perguntam o que eu achei. Digo que achei interessante o espaço. Importante para que os usuários se expressem e para que a equipe também os escute. A psicóloga da UP retorna. P12 se coloca. Ela acha que U8 pode estar mentindo sobre o machucado que carrega. Ele diz que foi um “apagão” que teve. P12 desconfia que pode ter sido uma briga. Ela acha que a instituição não deve colocar uma pessoa para “vigiar” U8 (a psicóloga da UP havia mencionado estar preocupada com U8 em razão deste aparentemente não estar comendo, e que, por isto, um profissional da UP o estaria observando) e que a instituição deve considerar o desejo e a autonomia do usuário. A psicóloga da UP fica claramente incomodada com a fala de P12, diz discordar dela, entendendo a necessidade de se ter maior cuidado com U8, por este estar machucado e sem se alimentar. Pelo avançar da hora a psicóloga diz que precisa encerrar a atividade (trecho do diário de campo).

Mas tal tensão não resulta em ruptura, e o cuidado segue operado nesta rede. A impressão que se tem é a de que, ao menos em relação aos usuários que frequentam o grupo no período em que o pesquisador o observa (quatro sessões em que se observa três usuários do CnaR regulares e outros orbitantes), este grupo e a UP parecem um importante ponto de apoio para estes usuários. Não há exigência de abstinência para a participação nos grupos ou para frequentar o hospital-dia da UP, acolhendo-os em abstinência ou não. A prática observada no grupo parece apoiar os usuários em suas tentativas de interrupção de uso (os três

usuários regulares demonstram desejo pela interrupção de uso do álcool e de outras drogas). A UP parece possibilitar a estes usuários passarem menos tempo na rua, onde o desejo pelo uso parece intensificado. Dos três participantes regulares do grupo dois foram entrevistados nesta pesquisa. E é com base na entrevista e nas observações de campo referentes a um deles que, mais à frente, se desenvolve a terceira perspectiva da Rede Viva.

Mas as limitações observadas na produção de cuidado em rede de serviços de saúde não se referem apenas às forças instituídas pelo planejamento e pela gestão em saúde. Ao longo do campo observam-se atitudes hostis e violentas como a observada junto à U2 (usuário com ferimento na perna que procura cuidado) ou a relatada por P11, referente a atendimento a uma gestante (seção 4.3).

Mas, para além da Rede Viva que se opera entre os serviços de saúde, há uma rede que se conforma a partir de conexões com sujeitos e organizações não institucionalizadas na saúde. Ao longo do campo e das entrevistas é possível identificar diversos pontos de conexão como os serviços de assistência social, a Defensoria Pública do estado do RJ (DPE), o conselho tutelar, uma biblioteca pública, um restaurante popular, algumas instituições religiosas. Como já sinalizado anteriormente, não se tratam de conexões permanentes, rígidas e harmônicas, mas, sim, de conexões que se operam em distintas intensidades e de distintas formas, que se modificam com o tempo e que se transformam segundo o desejo e o interesse dos sujeitos conectados. Portanto, o que se vê são processos não lineares, idas e vindas de um processo produtivo que se opera cotidianamente.

Veja-se, por exemplo, as relações em rede com os serviços de assistência social (AS). Segundo P6, há uma importante rede de serviços prestados pela AS, que possibilitam acesso a documentos, benefícios e abrigamentos. Porém, notam-se certos conflitos que, em parte, esta profissional atribui a uma falta de conhecimento presente em ambas as partes (no CnaR e nos serviços de AS):

Na semana passada, a gente teve até um movimento de chamar esse e outros serviços [...] pra conversar, pra apresentar nosso trabalho, para que eles falem do trabalho deles, para gente poder falar das nossas dificuldades, para escutar as dificuldades deles, e tentar ir para a frente, porque tá muito difícil (trecho da entrevista com P3).

Segundo esta profissional, há dificuldades na relação entre CnaR e certos serviços de assistência social por não haver clareza dos profissionais destes serviços sobre as atribuições do CnaR, o que, aparentemente, acaba resultando em fluxos equivocados e ineficientes de usuários nesta rede:

Eles não entendem qual é o nosso serviço, então eles acham que a gente é uma porta de emergência e urgência [...] e aí, eles vêm com demanda de atendimentos imediatos que a gente não pode dar, respostas imediatas, e aí, ficam muito chateados quando a gente não dá essa resposta (trecho de entrevista com P3).

Por outro lado, esta profissional reconhece que as limitações não passam apenas pelo desconhecimento dos profissionais da AS sobre o CnaR, mas também pela própria capacidade estrutural e de recursos humanos dela:

O que acontece no Bairro A (BA –território coberto pelo CnaR) é que o BAPop (programa da assistência social que atende exclusivamente PSR) perdeu o espaço físico dele... e então ele é só uma equipe, com uma ou duas Vans, que realiza abordagens pelo território [...] e aí, coisas que eles poderiam fazer de atendimento, eles não conseguem porque eles não tem instrumento para isso, não tem equipamento, não tem telefone, não tem computador, entendeu, e, com todas as limitações que estes equipamentos fazem, eles são importantes também, né (trecho de entrevista com P3).

A profissional aponta que os serviços da assistência social possuem muitas limitações estruturais e de força de trabalho. Em relação aos abrigos, a situação não parece ser diferente, segundo o relato desta profissional. Os dois principais centros de recepção para a PSR disponibilizados pela AS ficam em regiões distantes do centro da cidade, definindo certo isolamento dos usuários que optam pelo abrigamento.

Em seu relato, a descrição é de que os usuários dormem em espaços grandes com inúmeros beliches dispostos em um mesmo local, a ventilação parece inadequada e também parece haver uma superlotação dos espaços. Além disto, os usuários não podem passar o dia todo abrigados. Eles devem passar o dia fora do abrigo. Mas não há qualquer planejamento de atividades para a ocupação destes usuários durante o dia e há ausência de políticas para que estes usuários se desloquem para o centro da cidade, onde se concentram equipamentos públicos culturais e educacionais, o que agrava o isolamento. Em razão disto, segundo o relato

de diversos profissionais, há, muitas vezes, resistência por parte dos usuários para frequentar os abrigos.

Outra questão importante sobre os abrigos observada em campo é que, por vezes, em decorrência de um estado de saúde, o usuário deseja ir para abrigo, mas é impedido. É o que se observa ocorrer com um usuário (U10) em tratamento de tuberculose que ao demandar abrigo é informado por uma profissional de CnaR sobre a impossibilidade de ser abrigado por estar no início do tratamento, o que representa risco de contaminação para os usuários albergados:

Eu também acho isso horrível, eu realmente, assim, não é porque eu... você está fazendo a entrevista, mas é algo que eu me sinto mal de fazer de verdade... e a gente levou isso pro serviço, pra pessoa do CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social) que estava aqui, pra tentar problematizar isso... pra entrar no abrigamento, eles precisam de um laudo médico, dizendo que eles tem condições de se sociabilizar com outras pessoas. E aí, enquanto eles não fazem a segunda baciloscopia negatizando, o médico não tem como dar esse laudo...

[...] Eu entendo que tem a questão da transmissão, e tal, hoje de manhã a gente, até, estava conversando sobre isso. Eu entendo que tem a questão da transmissão, mas, assim, os serviços de assistência precisam se preparar melhor para isso... e a gente sabe que a máscara não é o suficiente, né, assim, tanto é que a gente tem que usar aquela outra, horrível, bico de pato... então, assim, a gente fica nessa tensão de ter de falar isso para o usuário, por exemplo “olha, a gente não tem como garantir sua entrada agora” (trecho de entrevista com P3).

Todas estas questões apontadas sobre a rede de serviços da assistência social parecem dialogar com achados de DANTAS (2007) uma década antes da presente pesquisa. Esta autora, analisando as políticas públicas para a PSR, reconhece, apesar de esforços da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e dos profissionais que conformam estes serviços, uma dificuldade em “precisar se a metodologia de trabalho empregada nos abrigos da Prefeitura do Rio de Janeiro compreende efetivamente a inserção social como a meta principal de suas ações” (DANTAS, 2007, p.146).

As conexões para além da saúde não se limitam, como já sinalizado, à assistência social. Neste sentido, destaca-se a importante conexão com uma biblioteca pública presente no território coberto pela EB. Ao longo do campo se percebe esta biblioteca, segundo relato dos profissionais, ser espaço de convivência dos usuários, sendo um espaço importante, principalmente, por viabilizar aos usuários computadores e internet. Mas a conexão com a biblioteca não se limita a isto, como pode se notar neste trecho de entrevista:

A gente tem aqui... a biblioteca, que é super parceira, a gente está desenvolvendo um grupo lá, a P3 está coordenando, que é um grupo de mulheres...

[...] Foram quatro encontros, o único que eu não fui foi essa quinta, que eu estava em uma outra reunião. E tem sido bem legal, assim, né, cada encontro é uma coisa diferente. É, o penúltimo foi bem bacana, a gente falou sobre saúde da mulher... né, de questões relacionadas à sexualidade e tal, não tem ido muitas usuárias, tão indo duas, três, quatro... mas tem sido importante pra essas pessoas que estão indo, sabe, então, isso tem sido bom, assim, acho que tá respondendo minimamente ao objetivo, né, que é fazer sentido para alguém, então, tá fazendo sentido pra elas, tá bom. É... então, tem a biblioteca que é super parceira nesse sentido, parceira, no sentido de... é... de acompanhar os casos... porque eles circulam muito lá e, então, quando a gente precisa achar eles a gente liga, a gente pergunta “ta indo aí” e acha fulano, então, e como é um espaço pra eles também, né, eu acho que é importante isso. É um espaço que eles podem acessar, e que faz sentido pra eles (trecho de entrevista com P3).

O que se observa, portanto, ao longo da vivência junto às equipes e a partir das entrevistas é uma produção de cuidado co-operado em uma RV junto à múltiplos sujeitos e organizações. Organizações Não-Governamentais, Organizações Religiosas, Serviços de Saúde e da Assistência Social, biblioteca, restaurante popular. Conexões sendo operadas permanentemente, em movimentos que, por vezes, assumem maior força e, por vezes, se fragilizam, e que se produzem a partir do desejo e do interesse dos sujeitos envolvidos e segundo as possibilidades que se apresentam na realidade destas equipes de CnaR e dos sujeitos cuidados.

E sobre estes sujeitos é fundamental reconhecer uma infinidade de conexões que se estabelecem ao longo da vida destes e que conformam condições de viverem suas respectivas vidas, aliás, de reconhecerem distintas possibilidades de se viver a vida. Como pontua MERHY et al (2014, p.157): “os usuários são Redes Vivas de si próprios; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados”. Estes movimentos (ou parte deles), portanto, estão ilustrados aqui, a partir do olhar sobre um caso singular.

Trata-se de um usuário, adulto de 51 anos, nascido no estado de São Paulo, mas criado na cidade do Rio de Janeiro desde a infância. A mãe faleceu no parto, sendo criado pelo pai (já falecido) e pela madrasta. O trabalho aparece cedo em sua vida, por volta dos 12 ou 13 anos e, junto à labuta, também o álcool:

No trabalho tem sempre aqueles que se dizem amigo, né? Aí, no término do trabalho “oh, vamos ali tomar uma cervejinha”, aí, o que que acontece? Da cervejinha, passa pro quente, a cachaça, né? Aí, vai indo, vai indo, passa ano, e o cabra vai se viciando. Vai se viciando, se viciando, e foi isso que aconteceu comigo. Todo dia,

saía do serviço, bebida, vamos tomar uma cerveja, da cerveja passa pro quente e vai indo, quando você vai ver, você já está viciado. Eu me viciiei a ponto da minha irmã comprar álcool, álcool caseiro, guardar debaixo da pia, e no outro dia, praticamente não ter nada, porque eu bebia o álcool todo, misturado com laranja, refrigerante... um “tiragostozinho” entendeu? E botava o álcool pra dentro e bebia o álcool caseiro. Eu cheguei a beber álcool de posto. De posto de gasolina. Metanol, né? E fui levando, fui levando, fui levando... de doze anos, hoje eu estou com cinquenta e um anos... Hoje é dezessete do onze de 2016, faz um mês que eu parei de beber (trecho da entrevista com U8).

Seu relato sinaliza a dificuldade no convívio familiar, brigas com sua madrasta – “ela sentava a mamona” – que o fizeram por volta dos 18 anos sair de casa, buscando uma instituição de recuperação de usuários de álcool e drogas. Ao que parece, U8 conhece uma garota neste período, indo morar com ela em uma casa que constroem, aparentemente, com ajuda de programas sociais, passando mais de dez anos com esta pessoa:

Aí eu me separei da menina que eu vivia com ela e eu falei com ela “olha, pro homem é mais fácil arrumar um lugar para ficar, pra mulher é mais difícil, então você fica com a casa e eu saio fora, eu me arrumo por aí”. E, não tinha pra onde ir, eu não queria perturbar, oportunar [...] perturbar a minha família, minha madrasta, irmãos, isso, aquilo, aí, eu vim pra rua, entendeu?

[...] Foi em 96. Aí eu vim pra rua, onde eu continuei bebendo, porque na rua, você, olha, você queira ou não queira, você bebe. Por que? Às vezes, é pra inibir o frio, às vezes, a gente sente muito frio na rua; outra que você se sente solitário; outras vezes é pra esquecer; outras vezes é convidado pelos que se dizem amigos mesmo, entendeu? Por exemplo, eu parei de beber, aí, vem um desses que se dizem amigo e falou “poxa amigo, eu já estou com saudade de ver você bebendo, toma uma aí”, eu falei assim “não, porque eu parei de beber, e se eu falei que parei é fim e pronto, acabou”. Outro dia, outro mesmo veio falar assim “Amigo, poxa, está na hora de você voltar a beber”, eu falei assim “não,não,não,não, não, eu parei meu”, às vezes, aliás, um dia eu encontrei outro que eu nunca vi na minha vida, veio me oferecer bebida, eu falei assim “não, filho, não to bebendo mais não”, e acontece muitas dessas, muitas dessas coisas, entendeu? (trecho de entrevista com U8).

U8 trabalha principalmente com alimentos e se descreve cozinheiro, padeiro e “lancheiro”. Quando vai para a rua, ele descreve ter trabalhado por um tempo como “lancheiro”, ocupação que abandona por considerar não compatível com sua condição.

Eu, eu estava... teve uma época que eu estava dormindo aqui na Avenida A (AvA), aí, eu arrumei um serviço, ali para o lado do Terminal de Ônibus A (TOA), de lancheiro, mas eu estava na rua, entendeu? Aí, eu falei assim “não, não vai dar pra eu ficar”. Lancheiro tem que ter higiene. Não vai dar pra eu ficar. Eu na rua, não

tenho roupa pra vestir, pra chegar limpo, eu falei assim “não, não, não, não, não, não vou mais”. E não fui (trecho de entrevista com U8).

Apesar disto, o relato sobre a vida na rua não esconde as inúmeras conexões em rede que U8 produz. Seu relato da vida na rua sinaliza potência em conformar redes que possibilitam o enfrentamento de desafios comuns à vida na rua como a alimentação e o banho, e também sinalizam certas iniciativas não institucionalizadas na saúde que, de alguma forma, também operam cuidado:

Olha, nós tínhamos ali na Praça D, uma igreja que, todas as quartas-feiras, a gente tomava banho lá, mas, tem outros lugares, como o seu... seu Irineu, ali na Rua A, que a gente cortava cabelo, fazia lanche, café da manhã, eu acho que tomava banho também... tem a sétimo dia, também ali nesta mesma rua, numa loja lá, você toma banho, troca de roupa, entendeu? Tem... o Irineu saiu do local onde ele estava, mas ainda está lá na Rua A também, e ele da banho, da roupa, encaminha pra uma casa de ressocialização. Casa de recuperação, entendeu? E quando não era nesses lugares, a gente tomava banho, arrumava um lugar aí, entendeu, pra tomar um banho, escovar o dente... sempre você arruma, tomava banho na Praça C...

[...] Ah, a comida... toda a noite passa comida. Quando não passa, a gente pede comida em restaurante.

[...] Passa fome na rua, rouba na rua quem quer, quem já é acostumado com isso... graças a Deus, eu nunca roubei... nunca passei fome na rua, aliás, passei fome sim, logo no começo, entendeu? Que não sabia nada da malandragem da rua, malandragem é modo de dizer, entendeu? Eu não sabia, eu não sabia “onde é que tem boca de rango”, “onde é que tem um restaurante que dá comida”, aí, eu fui aprendendo, aprendendo. E nunca me faltou, porque as pessoas sempre me ajudavam de um jeito ou de outro... sempre me ajudavam (trecho de entrevista com U8).

A religião aparece em diversos momentos no relato de U8. Em sua relação familiar (ao referir que o pai foi presbítero de uma igreja); em suas passagens por instituições de recuperação de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas; nas conexões solidárias estabelecidas na vida nas ruas; e na recente relação com o pai de uma usuária da UP (“irmãozinho”). Aparentemente, a partir desta relação U8 volta a frequentar uma igreja (e se diz ter sido sempre uma pessoa religiosa). A decisão por interromper o uso do álcool coincide com o início de sua interação com o “irmãozinho”. Esta interação parece ter grande importância à vida de U8, dada centralidade em certos processos de ressocialização: U8 passa a frequentar uma igreja, ter um trabalho, uma renda e um local para dormir fora da rua.

Em relação à saúde, U8 relata que antes de conhecer o CnaR havia frequentado, por algumas vezes, casas de reabilitação, principalmente relacionadas às Igrejas Neopentecostais. Sinaliza já ter usado outros serviços de saúde, principalmente de emergências, especialmente antes de se vincular ao CnaR, e refere um vínculo decorrente de cuidado operado por uma dentista da AB na época em que estava abrigado:

Agora, eu tenho que voltar... eu não vou fazer tratamento ali no CMSA não... com a minha dentista lá no... lá na Clínica da Família, lá no bairro D (BD), que eu tenho ficha lá também... eu vou ver se eu volto a me tratar com ela...

[...] Acontece que a Doutora lá, já me conhece, entendeu? Eu tenho mais intimidade com ela, entendeu? Intimidade [...] ela falou assim “olha, se tiver doendo, eu dou mais uma anestesia. Tá doendo?” “Não, doutora, tá doendo não”...

[...] Eu estava na Clínica de Resocialização, que fica lá bairro E (BE), entendeu? Aí, eu estava lá, elas foram lá me visitar, eu fiz minha ficha lá, entendeu? [...] Eu estava frequentando lá, uma vez por mês, aqui também é uma vez por mês, mas eu conheço mais a Doutora [...] Eu quero voltar para lá. Eu pago passagem? Pago, mas é uma vez por mês, não tem problema (trecho de entrevista com U8).

Mas, exceto por este vínculo pontual com uma dentista da AB, a impressão que se tem no relato de U8 é que vínculo com uma equipe de saúde multiprofissional só ocorre a partir da relação com o CnaR. E com relação aos profissionais do CnaR e da UP, U8 sinaliza grande carinho e admiração a estes profissionais, atribuindo a eles muita importância. Ele conhece a EB através de P13 que, em atividade na Praça C, o atende e o referencia para ser atendido pelo CnaR no CMSA. Com algum tempo de vínculo com a equipe, U8 é convidado a participar do grupo AD, passando a frequentá-lo. O momento em que o pesquisador conhece U8 parece ser o momento que precede, em alguns dias, a decisão de interromper o consumo de álcool. Veja-se a descrição do diário de campo sobre U8 no primeiro dia em que o pesquisador vivencia o grupo e a descrição do grupo na semana seguinte:

U8 tem um curativo na cabeça. Um dos olhos está inchado, como se tivesse levado um soco. Suas roupas não estão limpas. Ele carrega um cheiro forte, parece sujo e está com hálito de álcool. A psicóloga da UP diz que U8 está com problema, que não está comendo há alguns dias, que não aceita a comida da UP. Ele não comenta a fala da psicóloga. U8 fala de sua história e de sua família. Diz que já trabalhou com muitas coisas e que ama muito sua família. Mas quando é perguntado sobre a possibilidade de voltar para a família diz que não quer, que não deseja ficar brigando com eles (passagem do diário de campo).

Em relação à U8, impressiona a mudança de uma semana para outra. Quando o conheci uma semana antes estava sujo, com o rosto inchado, um curativo na testa e exalando um cheiro de álcool. Hoje estava limpo, bem vestido, e com uma feição muito melhor. Ele nos conta que está trabalhando, entregando panfleto e que deseja ir à casa da madrasta. Diz que lá tem um quintal para cuidar, suas plantas, enfim, que lá terá muito trabalho. Ele diz que uma usuária da UP e o pai desta o estão ajudando (é o pai desta usuária quem o arruma o trabalho de entrega de panfleto). Ele reconhece que ali, todos estão lhe ajudando. Diz que só a ajuda não basta, que tem que ter uma força dele próprio. Disse que prometeu ao “irmãozinho” (como se refere ao pai da usuária) não beber mais e que este vai ajudá-lo a “tirar a carteira” (passagem diário de campo).

A vivência da equipe e a aproximação a um caso como o de U8, através da observação e da entrevista parece possibilitar reconhecer os inúmeros movimentos que se produzem na RV de um sujeito cuidado por uma equipe de saúde. E mais, permite reconhecer inúmeros sujeitos, organizações e forças instituídas e instituintes que conformam a RV do sujeito, o que possibilita a consideração de que a maneira como vive a pessoa cuidada não pode ser definida ou orientada unicamente por razões biológicas ou médicas. O cuidado precisa ser ponderado e contemplar, parafraseando MERHY et al (2014), toda a vida que o sujeito traz da rua (p.155).

Em relação à família, o álcool e as drogas estão descritas em muitas referências como elementos que guardam grande relação com processos de desvinculação dos sujeitos em direção à situação de rua (BRASIL, 2008, 2012b; ESCOREL, 1999; ROSA, 2005) e se mostram importantes aspectos da trajetória de U8. A família, porém, parece ter pouca ou quase nenhuma influência concreta à rede de cuidado deste usuário a partir do momento em que vai para a rua.

E o álcool, por sua vez, parece ocupar um lugar contraditório na vida de U8: ao mesmo tempo que parece se expressar elemento de captura e dominação de seu modo de viver, também parece elemento catalisador de relações sociais desde os tempos em que trabalhava e morava com sua família, até um pouco antes de sua recente abstinência. Constatação semelhante sobre o papel do álcool na vida da PSR é feita por ESCOREL (1999, p.167) ao referir o alcoolismo como elemento que pode fortalecer processos de desvinculação familiar, ao mesmo tempo que “na rua é um instrumento de sociabilidade, elemento de criação pontual de grupos, objeto de solidariedade mas também de disputa e conflitos. (...) Na rua é uma forma de enfrentar o medo, o frio, a vergonha e o desespero”.

Sobre a religião e suas instituições, ROCHA, GUIMARÃES e CUNHA (2012) analisam a questão das pessoas que buscam apoio em igrejas pentecostais para se recuperar do

uso abusivo de drogas em uma comunidade do Rio de Janeiro. As autoras reconhecem a igreja como ponto de apoio social à recuperação destas pessoas, ofertando apoio afetivo e material a estas pessoas. Elas problematizam uma perspectiva que individualiza o problema, não abordando os aspectos sociais, econômicos e políticos que influem no consumo abusivo de álcool. Tal perspectiva parece influir na compreensão do problema como uma questão de caráter do indivíduo. Parece possível suspeitar tal compreensão presente em U8, já que este se refere aos colegas que lhe oferecem bebida neste momento de abstinência como “aqueles que se dizem amigos”.

Apesar de, ao longo do campo, se ter observado usuários do CnaR frequentando igrejas e buscando apoio para seus problemas, como U8 e U11 referem em suas entrevistas, é importante destacar que nem todos usuários encontram nas instituições religiosas um local de apoio, como se observa na entrevista com U5, estas instituições podem representar certos conflitos, produzindo questionamentos no que tange o exercício de autonomia destes usuários:

Numa das conversas, aí, eu falando que eu tinha o objetivo, agora, um sonho de vida, que era ajudar a conscientizar, dos direitos das pessoas que estão na situação, como eu, e também, formar uma associação, que, o que a pessoa em situação de rua precisa é de oportunidade, ela não precisa de preconceito, de discriminação, de fanatismo, essa coisa toda. Que, até as Igrejas Evangélicas vão levar aquela comida, é tanta oração que você tem que fazer que passa até a fome, entendeu? Você tem que aceitar que você é culpado de estar ali. Umas coisas que na minha cabeça não entra. Porque não conseguiram fazer a lavagem cerebral em mim ainda não, eu penso por mim mesmo (trecho de entrevista com U5).

Neste sentido, VALLA (2002) reconhece a importância destas religiões no processo de organização da vida individual e social, em razão do processo de apoio social empreendido por estas instituições, mas, este autor também alerta para a possibilidade de que este apoio não se resume a solidariedade mas que afete a vida das pessoas ajudadas de forma a produzir uma aparente alienação.

Em relação ao trabalho, é importante destacar que este parece ter importância no processo de socialização de U8. Este trabalho é viabilizado a partir dos movimentos da RV de U8, movimento que, apesar de ocorrer no espaço físico de uma unidade de saúde, se opera alheio à intervenção dos profissionais. Refere-se à conexão de U8 com um acompanhante de uma usuária da UP. Ao longo da vivência pode se perceber muitos usuários das equipes de CnaR trabalhando. Trabalhos sempre informais, precários, temporários, alheios a qualquer

direito trabalhista. Esta também parece ser uma questão importante a ser tratada. SILVA (2006) comenta o crescimento da informalidade no trabalho a partir da década de 1990 um importante elemento para a análise da PSR. Segundo esta autora:

À medida que cresce o número de trabalhadores sem carteira, que passam a depender da inserção na estrutura produtiva pelas formas precárias de ocupação, em segmentos não-organizados, como as atividades mercantis simples realizadas por empresas familiares, trabalhadores autônomos, pequenos prestadores de serviços e serviços domésticos em trabalho à domicílio, trabalho por peças, vendedores ambulantes, biscateiros, cuidadores de carros, engraxates, etc, são mais pessoas que deixam de ter acesso aos direitos trabalhistas, com décimo terceiro salário, adicional de férias, seguro-desemprego, FGTS e vários benefícios previdenciários, caindo em uma situação de pobreza e vulnerabilidade social crescente. Seguramente, um caminho percorrido por várias pessoas atualmente em situação de rua (SILVA, 2006, p.183).

O estudo de ESCOREL (1999, p.196) também relata frequente precariedade das atividades de trabalho, seja as anteriores a situação de rua, seja as desempenhadas após esta situação. Outro aspecto importante descrito por esta autora se refere à identidade de trabalhador, uma vez que “o trabalho é o critério para determinar a legitimidade e a dignidade da existência do cidadão”. Esta precárias relações de trabalho são claramente observadas na narrativa de U11, usuário do CnaR também entrevistado na pesquisa, que relata recorrentes experiências de trabalho em montagem de palco e de infraestrutura de eventos.

Outro aspecto que se destaca são as barreiras que se produzem ao acesso da PSR, aparentemente em decorrência do estigma que recai sobre esta população. A dificuldade do acesso a serviços da RV como a UE, ou a agressividade de uma profissional a atender uma gestante no CMSB, parecem exemplificar um achado da pesquisa nacional sobre a PSR (BRASIL, 2009): quase 20% da PSR participante desta pesquisa refere ter sido impedida de entrar em um estabelecimento de saúde. Portanto, ao que parece, o preconceito à PSR parece conformar a subjetividade de amplos segmentos sociais e, conseqüentemente, a de certos profissionais de saúde, a ponto de se produzirem barreiras de acesso a esta população, prejudicando a co-operação do cuidado em rede.

Sobre a assistência social, o estudo de DANTAS (2007) uma década antes da presente pesquisa, sobre as políticas públicas para a PSR parece identificar a fragilidade dos serviços de AS. Esta autora reconhece, apesar de esforços da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e dos profissionais que conformam estes serviços, uma dificuldade em

“precisar se a metodologia de trabalho empregada nos abrigos da Prefeitura do Rio de Janeiro compreende efetivamente a inserção social como a meta principal de suas ações” (DANTAS, 2007, p.146).

Concluindo, a análise das RV que operam a produção de cuidado à PSR possibilita atribuir importância à trajetória de vida dos sujeitos cuidados, além do reconhecimento de que este cuidado não se limita, de forma alguma, as ações produzidas por serviços e trabalhadores de saúde. Tal constatação não permite deslegitimar a importância dos serviços de saúde no cuidado à PSR, nem ignorar a importância que assumem as ações dos serviços de saúde em rede. Neste sentido, também se aponta a importância da rede de saúde se operar para além da institucionalidade e dos movimentos pré-moldados. Estas conexões são operadas por sujeitos, passíveis da ação de inúmeras forças instituintes e constituídas a conformar suas subjetividades e, em última instância, são estes sujeitos agentes do cuidado produzido. Ao longo do campo junto às equipes de CnaR observadas é possível reconhecer muitos dos movimentos que conformam uma rede de cuidado múltipla, intersetorial e viva mas, que, ainda assim, mostra-se limitada aos desafios que impõe a vulnerabilidade e a pobreza da PSR. Ainda que se aumente o acesso da PSR a serviços de saúde, perseveram desafios de integração de uma rede de serviços de saúde que possa responder às demandas de saúde com maior efetividade. Frágil também se mostram as conexões com a AS, que, por sua vez, parece sofrer com importantes limitações estruturais e de recursos humanos. A incapacidade das políticas públicas em viabilizar maior integração social a esta população, seja pelo trabalho, pela educação, pela moradia ou pelas artes, coloca a saúde em uma posição complexa, visto que o processo saúde-doença é altamente conformado pelas condições que os sujeitos e as coletividades têm para viver uma vida digna.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho expressa um esforço de compreensão sobre a produção de cuidado à população em situação de rua operada por duas equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro. Não se trata de analisar tal produção como se esta se produzisse no interior de uma bolha, isolada do mundo da vida, ou como se funcionasse como um sistema autossuficiente. Trata-se de compreender esta produção como um processo político, com expressões macro e micropolítica, no qual se reconhecem inúmeras forças instituintes e instituídas a operar tal processo (FRANCO e MERHY, 2013; FEUERWERKER, 2014).

Os aspectos contextuais e conceituais apresentados buscam lançar luz sobre certas forças que operam nesta produção. Reconhece-se a população em situação de rua como um segmento social cuja conformação recente se relaciona intimamente ao processo de desenvolvimento capitalista globalizado, à urbanização e ao desenvolvimento de grandes cidades e metrópoles. A conformação deste segmento social, portanto, relaciona-se com fenômenos de pobreza urbana e exclusão social decorrentes do desenvolvimento econômico (ESCOREL, 1999; ROSA; 2005, HARVEY, 2014).

Estudos recentes analisam esta população nas grandes cidades brasileiras sendo possível se reconhecer um perfil demográfico da PSR: trata-se de uma população pobre, em sua maioria de cor negra e parda, masculina, adulta, com baixa escolaridade, histórico de frágil inserção no mundo do trabalho e de vulneráveis laços familiares, além do recorrente consumo abusivo de álcool e drogas registrado em parte desta população (BRASIL, 2008; SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2015; OTICS-RIO, 2017).

Os dados observados sobre a população cadastrada pelas equipes de CnaR não parece fugir a esta realidade, o que possibilita supor que a PSR assistida pelas equipes estudadas comunga de vulnerabilidades associadas a estigmas, preconceitos e violências sociais que se dirigem a esta população comumente:

Uma das formas de compreender a sociopatia das cidades que se levantam muros e grades, restringindo a vida comunitária àqueles que são identificados entre si pela afluência, é debruçar o olho sobre o diferente, cuja a decadência material e fragilidade psicossocial é tida como falha irreversível de caráter e passa a exigir seu aniquilamento. A população em situação de rua faz parte da parcela dos conviventes

incômodos, grupo cuja privação das coisas corresponde a um imaginário de ameaça aos estabelecidos.

[...] Ao não retroceder ao histórico de destituição que leva um grupo a estar na rua, os cidadãos vão, *pari passu*, considerando como legítimo o direito à vida apenas aos moradores regularizados e aos que partilham do *habitus* de classe; portanto, um direito adstrito aos semelhantes, no âmbito público e privado. Os casos de omissão de socorro, homicídio, espancamento e expulsão de pessoas em situação de rua, embora a singularidade do *modus operandi* na sua ocorrência nos diversos municípios brasileiros, denotam a constituição de um padrão de um imaginário social que, tecido em condições territoriais de modernidade, evoca o ódio ao diferente e assentimento à barbárie (VALENCIO et al, 2010, p.68).

A despeito do reconhecimento destes prejuízos causados à PSR, decorrentes de sua posição social, a análise do CnaR enquanto um dispositivo institucional formulado e incentivado a partir da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a,b) mostra que este dispositivo, ao menos em suas diretrizes e princípios, orienta-se à conformação de relações societárias distintas das fundadas a partir de tal exclusão.

O propósito do CnaR é aumentar o acesso desta população aos serviços de AB. Postula-se ao CnaR uma série de prerrogativas que o orientam a operar um cuidado que leve em consideração a vulnerabilidade e singularidade dos sujeitos em situação de rua. Estas prerrogativas não se referem exclusivamente a protocolos fundados a partir de uma razão biomédica restrita. Eles se forjam fortemente influenciados por um pensamento crítico que se produz especialmente no núcleo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000) e que, por sua vez, claramente influi os atuais conceitos que orientam a AB e o CnaR.

Estes conceitos orientam, sob o pressuposto ético-político da centralidade do sujeito no cuidado, a forma como se deve produzir o acolhimento, o vínculo, a produção de autonomia e o cuidado de uma forma geral (BRASIL, 2012a,b). Neste sentido, é possível se reconhecer certa institucionalização de preceitos forjados na Saúde Coletiva que modulam ou, ao menos, buscam modular o cuidado operado a partir das práticas de saúde.

Apesar disto, entende-se que o trabalho vivo em ato, que se expressa cotidianamente nas interações entre profissionais de saúde e entre estes e os usuários, se trata de um processo produtivo atravessado por diversas forças instituídas e instituintes, sendo a Saúde Coletiva e os preceitos da AB, apenas parte das forças que operam no espaço interseçor.

A pesquisa qualitativa através da observação participante e das entrevistas a usuários e profissionais das equipes observadas possibilita o reconhecimento e uma maior compreensão das inúmeras modulações que as distintas forças operam na produção do cuidado.

O cotidiano das equipes estudadas se mostra dinâmico e flexível, ainda que possua atividades regulares e agendas pré-estabelecidas. No trabalho vivo observam-se inúmeras situações imprevisíveis. Ainda que hajam consultas marcadas na rua e nas unidades e atividades previamente agendadas, a demanda livre que se apresenta em ambos locais se mostra imprevisível, exigindo dos profissionais serenidade, criatividade e capacidade de operar tecnologias leves na produção de acolhimento, vínculo com corresponsabilização e maiores graus de autonomia.

Até mesmo as atividades previstas e agendadas guardam algum grau de imprevisibilidade: uma chuva pode adiar ou prejudicar uma atividade na rua; as ações da segurança pública podem dispersar os usuários de seus pontos de fixação; nunca se sabe a condição em que se encontrará um usuário (drogado ou alcoolizado, triste ou feliz, tranquilo ou preocupado, adoentado, simpático ou agressivo); nunca se pode prever engarrafamentos no deslocamento do carro. Além disto, tem-se o sujeito cuidado também fator de imprevisibilidade. Quem opera o cuidado não está permanentemente sob o mesmo humor, o qual pode variar de um dia para o outro e, até mesmo, ao longo de um mesmo dia; o que se aplica aos sujeitos com os quais se co-opera o cuidado na Rede Viva.

O cuidado operado pelas equipes de CnaR observadas é um processo relacional, intersubjetivo, que se produz cotidianamente a partir dos inúmeros espaços interseçores que se conformam. Ainda que o espaço interseçor prioritário na análise da produção de cuidado seja aquele que se produz na interação profissional-usuário, também se observa o espaço de interseção (formal e informal) dos trabalhadores entre si, uma vez que se entende este relevante ao processo de organização do cuidado.

A análise da Composição Técnica do Trabalho (MERHY e FRANCO, 2013) sobre as reuniões de equipe mostram estes espaços de interação fortemente “capturados” por demandas gerenciais normativas (derivadas de tecnologia leve-dura), a despeito de se apresentarem espaços de educação permanente e de discussão de casos, que se entendem mais capazes de aproximar o cuidado de uma prática multiprofissional e interdisciplinar, cujo usuário ocupa o centro do cuidado operado.

Como indica BLOISE (2015), embora se reconheçam certas “brechas” na dinâmica gerencial para se planejar cuidado sujeito-centrado, o modelo de gestão que parece prevalecer idealiza as condições de operação das práticas. Além disto, aparentemente induz certas práticas procedimento-centradas (PINHEIRO e LUZ, 2007).

As reuniões de equipe, por exemplo, se mostram complexas, espaços de disputa do modelo tecno-assistencial que se produzem cotidianamente, por vezes, se mostrando espaço de planejamento do cuidado mais procedimento-centrado, por outras vezes, conformando “brechas” ao planejamento de um cuidado sujeito-centrado.

Com isto, faz-se importante destacar o aparente papel que cumpre os espaços informais para a organização do trabalho e o planejamento do cuidado. Conversas informais em intervalos de consulta, durante deslocamento das equipes nas VR, os encontros informais que se produzem no cotidiano do CnaR parecem também contribuir no processo de produção de um cuidado centrado no sujeito.

Não se pretende, contudo, deslegitimar as práticas gerenciais que se estabelecem junto às equipes de CnaR, principalmente na interação com gestores. A posição intermediária dos gestores, especialmente de quem se posiciona mais próximo às equipes, certamente não se constitui tarefa simples. Problematizar processos em que se observa a predominância de interesses forjados em instancias gerenciais superiores em detrimento de processos de planejamento mais horizontais e ascendentes parece fundamental à produção de um cuidado centrado no sujeito.

A análise do espaço interseção de profissionais entre si e destes com usuários, a partir da CTT, evidencia a operação de tecnologias das três categorias postuladas por MERHY (2013a). Estas tecnologias se apresentam no espaço interseção disputando junto a inúmeras outras forças, os movimentos de desejo e poder que conformam a produção de cuidado.

Em relação às tecnologias duras, estas se mostram em operação pelos profissionais o tempo todo. Medicamentos, exames, insumos para curativos, equipamentos médicos, todo um universo de tecnologias advindas do Complexo Médico Industrial estão fortemente presentes na rotina das equipes observadas. Mas, ao longo do trabalho de campo, o que mais chama a atenção do pesquisador se refere a tecnologias duras que não dizem respeito a insumos médicos ou fármacos. Tecnologias duras que constituem aquilo que MENDES (2010) trata como *sistemas logísticos*, especialmente no que se refere ao prontuário eletrônico e à

regulação de vagas (para exames, consultas com especialistas, internação, cirurgias) parecem conformar certas limitações ao processo de trabalho, o que se observa especialmente nas entrevistas com os profissionais.

A integração dos prontuários eletrônicos (PE) na rede assistencial é limitada, só ocorre entre as unidades de AB que comungam do mesmo PE e, ainda assim, no caso das equipes estudadas, com acesso mediado pela gerente das equipes.

O sistema de regulação também apresenta certas limitações, que por vezes, parecem relacionadas ao desenvolvimento do sistema e aos recursos disponíveis na rede, por outras vezes, parecem estar relacionadas ao não emprego das tecnologias leves operadas pelas próprias equipes de CnaR no cuidado, as quais possibilitam, por exemplo, a produção de um vínculo com corresponsabilização do cuidado, o que pode assegurar, por exemplo, que os usuários com agendas como consultas e exames não os percam.

O veículo disponibilizado às equipes mostra-se outra tecnologia dura na produção de cuidado. Vê-se uma limitação importante decorrente da disponibilidade de um único carro para as duas equipes. O carro se mostra uma tecnologia importante na produção de cuidado, viabilizando o deslocamento mais ágil da equipe no território, o carregamento de um maior número de insumos de uso recorrente no cuidado, além de facilitar a condução de usuários às unidades, melhorando o acesso ao cuidado em tempo mais oportuno.

Já, as tecnologias leve-duras se apresentam no espaço interseçor como conhecimento bem estruturado, relacionado a diversos campos do saber. Sendo assim, o conhecimento de áreas como o planejamento e a administração em saúde são parte dos conhecimentos que influenciam o espaço interseçor, modelando o cuidado produzido, orientando a realização de atividades planejadas (por vezes, em planejamentos que não envolvem os trabalhadores da assistência, tão pouco das equipes de CnaR observadas) ou “focalizando” a atenção dos profissionais a certos grupos específicos de usuários.

Outros conhecimentos se fazem presentes no espaço interseçor em razão da composição multiprofissional das equipes de CnaR, ampliadas se comparadas à das equipes da ESF. As equipes de CnaR, ao menos no que tange o modelo instituído no Rio de Janeiro, têm uma ampliação de seu escopo, com profissionais cujo conhecimento se forjam em áreas intimamente relacionadas à saúde mental e à assistência social.

A presença de um psicólogo e de um assistente social em cada equipe de CnaR parece, ao menos potencialmente, fortalecer a capacidade destas equipes em operar um cuidado mais sujeito-centrado, uma vez que trazem para o cuidado conhecimentos que contribuem ao reconhecimento da dimensão subjetiva e cidadã dos sujeitos cuidados.

A inserção destes profissionais nas equipes de CnaR também parece ampliar a capacidade de se co-operar um cuidado em rede, uma vez que estes, supostamente, conhecem com mais propriedade os serviços de saúde mental e de assistência social. Assim, estes profissionais são aparentemente figuras centrais na viabilização de relações de co-operação de cuidado junto aos serviços citados.

Ainda que certa segmentação do trabalho segundo a categoria profissional seja observada nas práticas dos profissionais (e, em alguma medida, se espera isto acontecer) parece tal arranjo possibilitar processos que conformam práticas multiprofissionais, interdisciplinares e sujeito-centradas, as quais foram observadas ao longo de atendimentos multiprofissionais, VR e dos grupos realizados (o grupo AD e os grupos eventuais).

As tecnologias leves, por sua vez, aparecem como tecnologias relacionais forjadas em conhecimentos que se produzem cotidianamente, a partir das interações intersubjetivas. São estas tecnologias que mediam a operação das demais tecnologias entre os sujeitos. Correspondem a conhecimentos presentes em sujeitos cuidadores e cuidados, que se fazem necessários à medida que se busca produzir acolhimento, vínculo e maiores graus de autonomia do usuário. Portanto, assim como postula MERHY e FRANCO (2013), tais tecnologias são indispensáveis à produção de um cuidado sujeito-centrado.

Acompanhar diversos processos de produção de cuidado, diversas interações profissional-usuário possibilita perceber que estas tecnologias se apresentam em maior ou menor intensidade em distintos momentos, afetando a qualidade do cuidado operado. A produção de cuidado em que não se nota o estabelecimento de uma escuta atenciosa, em que não se nota a busca por uma relação de confiança, nem se nota um processo de corresponsabilização parece não favorecer o cuidado centrado no sujeito e, ao contrário, parece agravar a vulnerável situação em que se encontram os usuários, especialmente por se tratarem de PSR.

As diversas interações presenciadas ao longo do trabalho de campo sugerem ser adequada a perspectiva de SOARES e CAMARGO JR (2007) sobre a autonomia, quando estes reconhecem a necessidade de tratá-la como algo relativo, nunca absoluta.

Os usuários se expressam sujeitos singulares e, portanto, o cuidado oferecido, no que tange a produção de autonomia, merece ser tratado como algo variável, não linear e flexível. Evidentemente, existem usuários cuja autonomia se mostra mais presente e passível de ser estimulada e que por isto, não exigem acompanhamentos permanentes e constantes. Por outro lado, há de se reconhecer que certos usuários possuem baixa capacidade de operar e gerir seu próprio cuidado, ou seja, apresentam condições que afetam sua autonomia: limitações de locomoção, limitações físicas ou de saúde, baixa capacidade de assimilar seus projetos terapêuticos ou de se comprometer com estes, forte dependência de álcool e drogas ou maiores dificuldades com atividades rotineiras como comer e se higienizar. São usuários que merecem uma atenção mais cautelosa sobre sua condição de autocuidado e sobre sua capacidade de gerir seu itinerário na rede.

Reconhecer a possibilidade de se promover maiores graus de autonomia ou a necessidade de um cuidado mais compartilhado e corresponsabilizado perante um usuário mais vulnerável requer atenção aos sinais que indiquem maior ou menor vulnerabilidade do usuário que se cuida. Não é um excesso de tutela ou uma afronta à autonomia do usuário o cuidado que assegura ao sujeito cuidado a realização de consultas e exames ou a administração regular de um medicamento. Ao contrário, um cuidado corresponsável, mais próximo e atento aos sinais de vulnerabilidade de um usuário que se percebe mais limitado na operação do autocuidado, pode assegurar uma recuperação mais rápida ou em tempo mais adequado. Um usuário com sua saúde restabelecida tem maiores condições de viver autonomamente.

Certos elementos parecem facilitar ou prejudicar a operação de tecnologias leves, no caso das equipes observadas. Alguns insumos, assim como constata ALBUQUERQUE (2014), parecem contribuir a um vínculo longitudinal. O usuário que aborda o profissional na rua demandando preservativo ou kit de saúde bucal ou que os buscam na unidade, ou que vai a esta para buscar água ou procurar roupas doadas, abrem “brechas” à abordagem do profissional de CnaR, ao questionamento sobre como anda a vida e a saúde, à lembrança de uma agenda de exame ou de consulta, enfim, a uma prática de cuidado.

Os usuários em uso de álcool ou drogas ou sob efeitos destas parecem, por vezes, menos passíveis de interação. Ao longo do campo se observam diversas abordagens a usuários sob efeito de AD, mas, em certas circunstâncias, tal situação parece prejudicar a interação ou, até mesmo, inviabilizá-la. A depender da intensidade do efeito da droga, parece realmente haver um prejuízo na própria capacidade dos usuários de participar de uma interação com um profissional, mas a constatação de tal inviabilidade só é possível pela tentativa de abordar o usuário sem restrições de ordem moral.

A pesquisa de campo também revela a violência como um aspecto relevante das interações entre a PSR e as equipes estudadas. Isto se percebe em diversas situações ao longo do campo. Chama a atenção se observarem distintas expressões de violência que, de alguma forma, influenciam a produção de cuidado. Certas expressões, mais visíveis, aparecem na insegurança desta população com o crime organizado ou com a segurança pública. Entretanto, o tratamento que esta população recebe em serviços de saúde, por vezes, também se mostra claramente violento.

Outras expressões, não tão claras, sutis e questionáveis, se expressam, ao longo do trabalho de campo, em interações onde não se observam em operação tecnologias leves que buscam produzir acolhimento e vínculo, ou onde se observam práticas pouco comprometidas com a privacidade ou a dignidade do usuário. Trabalhos como o de DESLANDES (2004) exploram uma face da violência na qual a debilidade da escuta e do diálogo se conformam promotores de violência.

Ainda sobre as tecnologias leves, outros aspectos se mostraram relevantes ao longo do trabalho de campo. Com base em AYRES (2009) e em sua noção de “sucesso prático” se sustenta, neste trabalho, que vínculo e acolhimento bem sucedidos não se referem centralmente a adesão do usuário ao protocolo clínico referente à sua demanda. O relato sobre U9 é ilustrativo de um acolhimento e um vínculo potentes, capazes de contribuir à recuperação da saúde do usuário, assim como contribuir ao seu ganho por maiores graus de autonomia.

O fato deste usuário, recuperado seu bem-estar, optar, no exercício de sua autonomia, por interromper um tratamento, contrariando um protocolo clínico, não pode condenar os profissionais envolvidos em seu cuidado ao desânimo e ao sentimento de impotência e incapacidade. Deve-se, sim, manter-se o vínculo produzido sinalizando a possibilidade deste

usuário procurar a equipe em qualquer adversidade, seja em uma reincidência da TB, seja qualquer outra questão de saúde.

Outro aspecto que se destaca se relaciona à autonomia do usuário frente a relação com sua família. Observar aparentes distinções sobre a abordagem do usuário em relação à questão familiar conforma dúvidas sobre como os profissionais trabalham tal questão junto aos usuários.

Neste sentido, entende-se que a família, ou a reintegração do usuário a esta, não pode ser encarada como um objetivo, *a priori*, em todo projeto terapêutico. Certamente, caberá à busca do fortalecimento de vínculos familiares a certos pacientes, mas não a todos. Portanto, a definição de tal objetivo no projeto terapêutico de um usuário deve se produzir de forma pactuada, segundo o desejo expresso pelo usuário.

Contudo, constatar a situação de vulnerabilidade que acomete a PSR permite o reconhecimento de que seu processo saúde-doença, bem como sua vida, se mostram um imenso desafio aos sujeitos, organizações e instituições que pretendem fortalecer a capacidade desta população de produzir sua vida com dignidade e alegria.

Por mais que se busque organizar uma adequada produção de cuidado a partir de um determinado serviço de saúde, especialmente a partir da AB, é inegável a constatação de limitações que se configuram na operação de um único serviço, ainda que este se faça multiprofissional, com ações interdisciplinares orientadas ao cuidado do sujeito. Desta forma, a co-operação de um cuidado em rede se mostra essencial.

O trabalho de campo revela distintos movimentos em rede que se produzem na organização do cuidado. Redes que se operam para além daquilo que está instituído pelo planejamento formal. Redes que se mostram vivas, flexíveis, por vezes efêmeras, por vezes mais estáveis, que modulam o cuidado da PSR.

Com isto, concorda-se com MERHY et al (2014, p.157) quando estes apontam certas limitações para uma produção do cuidado que compreende a rede como “inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Sugere uma modelagem de algo analógico, que pudesse ter toda sua previsibilidade definida e, portanto, manejável dentro dessa racionalidade”. Segundo estes autores, os serviços de saúde, muitas vezes, operam cuidado sob “suas próprias lógicas de saberes” (MERHY et al, 2014, p.155) e colocam o usuário na posição de um objeto ausente de subjetividade e conhecimento, reproduzindo certa assimetria

de poder onde um sujeito que detem certo conhecimento supostamente porta mais propriedade para governar a vida alheia.

A Rede Viva, observada ao longo do trabalho de campo, opera interações singulares e, embora influenciadas pelas redes instituídas, as modulam segundo as necessidades e demandas que se impõem e segundo as barreiras que se conformam a partir do modelo institucionalizado.

No presente trabalho opta-se pela caracterização de três grupos de movimentos recorrentes, que se atravessam, produzindo conexões (interseções) e cortes que modulam uma Rede Viva, flexível, fragmentada e histórica, por vezes mais estáveis, por vezes pontuais.

Um grupo de movimento se refere às conexões com outros serviços de saúde. Neste grupo de movimento se observa o instituído ser insuficiente para viabilizar acesso de usuários a serviços de saúde ao longo de seus movimentos nesta rede. Portanto, nestas situações, o que se vê, é a operação de conexões que fogem ao instituído, a procura de viabilizar tal acesso.

Outro grupo de movimento, referente às conexões das equipes de CnaR observadas com serviços e organizações que não conformam o setor saúde, se expressa de forma semelhante, operando movimentos não institucionalizados buscando assegurar acesso a serviços e cuidados.

Ambos grupos de movimentos não se expressam em processos lineares, ausentes de conflitos. As Redes Vivas se mostram flexíveis, instáveis, conflituosas e porosas perante as distintas forças que operam nelas. Os exemplos de interações com outros serviços da rede mostram profissionais buscando assegurar acesso por “brechas” que se produzem criativamente, inventando-se serviços não previstos institucionalmente (como o grupo AD na UP, ou o grupo de mulheres junto à biblioteca) ou organizando interações a partir de ferramentas tecnológicas (como o uso do “whatsapp” na interação com a MA).

Por sua vez, o terceiro grupo de movimentos refere-se aos que conformam a produção de vida dos usuários cuidados. Neste caso, a entrevista que busca produzir uma narrativa de vida de usuário parece contribuir a uma melhor compreensão sobre as Redes Vivas que viabilizam a vida do usuário e que são capazes de, no usuário, expressar possibilidades de vida. No caso de U8 é possível reconhecer as redes que o usuário produz para além dos serviços de saúde e sem a participação dos serviços. Relações com outras pessoas na mesma situação, relações comunitárias com o entorno, especialmente comercial, relações com organizações religiosas. A análise de U8 possibilita suspeitar que o CnaR se apresenta um importante componente de sua rede, conformando um vínculo estável de cuidado e proteção à

sua saúde, espaço de escuta atenta e de produção para outras conexões institucionalizadas e não institucionalizadas.

Ainda em relação a RV, observa-se que movimentos que operam processos de ressocialização, para além do acesso a serviços e ações de saúde, relacionados à reinserção social comunitária/religiosa, familiar e, especialmente, a que se dá pelo trabalho possuem grande potência de conformar no usuário outros processos de subjetivação que contribuam à produção de novas formas de viver a vida.

Com esta constatação, especula-se que, por exemplo, nas redes que as equipes de CnaR produzem, possa-se buscar conexões que tenham por finalidade uma reinserção destes usuários pelo trabalho, talvez, a partir da educação técnica de adultos, ou, até mesmo, explorando as aptidões laborais que muitos destes usuários possuem.

Por fim, tecem-se algumas ponderações e sugestões aportadas pela pesquisa e seu objeto:

- A dificuldade em realizar processos de planejamento e gestão a partir de educação permanente e da discussão de casos parece se relacionar a um forte componente de gestão normativa presente junto às equipes. Avaliar os processos gerenciais e incentivar processos de gestão mais horizontais e ascendentes pode, talvez, contribuir à produção de um cuidado mais centrado no usuário;
- Ao que parece, processos de avaliação do CnaR estruturados a partir da análise de dados quantitativos sobre a cobertura populacional e de certos agravos e doenças, em detrimento de análise dos processos de operação das tecnologias leves e de interação profissional-usuário, podem ser pouco eficazes na produção de cuidado sujeito-centrado. Portanto, entende-se necessário um processo de gestão que se detenha (evidentemente, sem descuidar dos indicadores já estabelecidos) sobre os processos de trabalho vivo nos quais se operam tecnologias leves;
- A disponibilização de um único veículo compartilhado pelas equipes parece estabelecer certos limites ao cuidado operado por uma das equipes observadas, em decorrência do menor uso deste. Aparentemente, as demais equipes do município contam com um veículo exclusivamente disponibilizado a estas, assim, entende-se pertinente a busca pela disponibilização de um veículo para cada uma das equipes participantes do estudo;

- Os prontuários eletrônicos se mostram importantes ferramentas de trabalho, mas a existência de diversas empresas fornecendo PE parece contribuir à fragmentação da rede e à descontinuidade do cuidado. No caso do cuidado à PSR parece tal condição ser ainda pior, em decorrência do caráter itinerante desta população. Esforços no sentido de se integrar a informação dos usuários do SUS de forma a que esta possa ser acessada nos diversos pontos da rede podem contribuir à integralidade e a continuidade do cuidado e possibilitar acesso mais ágil das informações do usuário pela equipe;
- No decorrer do campo se observam críticas dos profissionais ao sistema de regulação de vagas do município. Entende-se que, nos últimos anos se opera uma mudança na razão que busca ordenar tal sistema, se produzindo, em alguma medida, avanços no que tange tal regulação, a partir da informatização e do estabelecimento de certa racionalidade médica na ordenação do acesso às vagas. Apesar disto, este sistema parece ainda apresentar limitações, especialmente no que tange sua capacidade de territorialização do cuidado, sem contar as limitações reais relacionadas às limitações da oferta de especialidades médicas, exames e procedimentos, sendo necessários maiores esforços na melhoria deste sistema;
- A violência está presente nos processos de produção de cuidado e no cotidiano da PSR, expressando-se, inclusive, em interações com serviços de saúde e de outros setores de governo que ofertam serviços públicos. A violência operada à PSR por agentes públicos apenas agrava a vulnerabilidade desta população e dificulta a produção de políticas que busquem assegurar dignidade à PSR. O combate a toda forma de violência à PSR apresenta-se uma agenda política urgente e essencial, a ser operada de forma intersetorial e democrática, envolvendo a sociedade civil e a própria PSR;
- A assistência social mostra-se um setor estratégico ao cuidado da PSR, porém, ao que parece, mal estruturado, operando com graves limitações estruturais e de recursos humanos. O fortalecimento da assistência social parece ocupar lugar importante em uma agenda de melhoria das condições de vida da PSR. Observação semelhante pode-se fazer à Saúde Mental;

O recente golpe institucional operado por uma aliança entre segmentos das elites políticas, empresariais, jurídicas e midiáticas, define, aos tempos atuais, uma forte

instabilidade econômica e política. Vê-se na agenda política do atual governo federal uma série de reformas que, se bem sucedidas, provavelmente desmontarão o já frágil sistema de seguridade social brasileiro.

Tal fato, visto sua íntima relação com o mundo do trabalho, pode agravar ainda mais o desemprego, além de fragilizar a previdência social e de aumentar a informalidade e precariedade das relações de trabalho. SILVA (2006) reconhece em seu estudo a relação entre uma agenda econômica neoliberal e o aumento da PSR nas ruas. Tendo em vista que se colocam no horizonte maiores barreiras econômicas para o desenvolvimento de políticas sociais como de saúde, assistência social, previdência e educação, o cenário atual mostra um importante retrocesso político em termos do combate às desigualdades e injustiças sociais. Uma agenda de lutas sociais contra tais retrocessos mostra-se urgente, especialmente quando se trata de segmentos sociais mais vulneráveis, como o é a PSR.

No mais, a presente pesquisa reconhece como de grande importância a iniciativa do MS e das gestões municipais em instituírem equipes de CnaR. A exemplo de diversos estudos (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014; SILVA, 2013; LOUZADA, 2015; TEIXEIRA e FONSECA, 2015), as equipes observadas se mostram uma importante iniciativa para se assegurar acesso a serviços de saúde para a PSR, produzindo um cuidado multiprofissional e co-operando Redes Vivas de cuidado. Espera-se com este estudo contribuir ao processo de produção de cuidado empreendido pelas equipes estudadas. Também se espera que esta dissertação contribua às discussões sobre esta produção no campo da Saúde e que possa servir de subsídio a reflexão sobre a produção de cuidado empreendida por profissionais de saúde em distintos pontos da rede, seja na assistência ou na gestão.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Redes Sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Inf. Inf.**, Londrina, v.12, n. especial, 2007.

AGUIAR, MM; IRIART, JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.115-124, jan. 2012.

ALBUQUERQUE, SC. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do Consultório na Rua**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2014.

ALMEIDA, PF; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-298, 2010.

ALVES, JP. Etnógrafa de trazer por casa: notas sobre a estranheza de olhar o outro em sua casa. **Oficina do CES** (Publicação Seriada do Centro de Estudos Sociais), Coimbra, nº426, 2015.

ANDRADE, LOM; BARRETO, ICHC; BEZERRA, RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, GWS et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 783-836, 2007.

ARMAZEM DE DADOS. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 04/02/2017.

AYRES, JRCM. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

AZEVEDO, C. A abordagem de narrativas de vida como um caminho para a pesquisa em saúde. AZEVEDO, CS; SÁ, MC (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013, p. 131-152.

BARROS, LP; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L (Org.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre, Sulina, 2009, p. 52-75.

BASTOS, FI; BERTONI, N (Org.). **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, HS. Estudo de praticantes de crimes e delitos. In: BECKER, HS. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Editora Hucitec, 1994.

BLOISE, MS. **Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios**. 2015. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

BORYSOW, IC; FURTADO, JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.6, p.1069-1076, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório**. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Sumário Executivo da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, Ministério do Desenvolvimento Social, 2008.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua :**

um direito humano / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUENO, WS. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, EE; ONOCKO, R (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, p. 169-196, 2007.

CAMARGO JR, KR. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad Saude Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.844-846, mai, 2013.

CAMPOS, CEA; COHN, A; BRANDÃO, AL. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015: cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1351-1364, 2016.

CAMPOS, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3033-3040, 2011.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, GWS et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 41-80, 2007.

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

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CAMPOS, RTO; CAMPOS, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 669-688, 2007.

CANDIANI, C. Abordagem e acolhimento à pessoa em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

CANDIANI, C; QUINTÃO, L. Equipe de saúde da família para a população em situação de rua de Belo Horizonte. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

CARCANHOLO, MD; AMARAL, MS. Acumulação capitalista e exército industrial de reserva: conteúdo da superexploração do trabalho nas economias dependentes. **Revista de Economia**, Curitiba, v.34, n. especial, p. 163-181, 2008.

CARNEIRO JUNIOR, N; JESUS, CH; CREVELIM, MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CARNEIRO JUNIOR, N; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1827-1835, nov/dez 2003.

CARTA MAIOR. Megaeventos aceleram processo de gentrificação no Rio de Janeiro. Matéria publicada em 15/04/2015. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Cidades/Megaeventos-aceleram-processo-de-gentrificacao-no-Rio-de-Janeiro/38/33273>>. Acesso em: 04/02/2017.

CASTRO, ALB; MACHADO, CV. A política federal de Atenção Básica à saúde nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.477-506, 2012.

CEARÁ. Governo Estadual do Ceará. Publicado em 25/01/2016. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/15428-spd-sedia-conferencia-sobre-populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em 06/01/2017:

CECÍLIO, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul-set 1997.

CECÍLIO, LCO et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

_____. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.1502-1514, jul 2014.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasília, Brasil, 2008.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Website. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=33&VMun=330455>. Acesso em: 04/02/2017.

COELHO, MO; JORGE, MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1523-1531, 2009.

COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO. **Megaeventos e violações dos direitos humanos no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://comitepopulario.files.wordpress.com/2014/06/dossiecomiterio2014_web.pdf>. Acesso em 06/12/2015.

COSTA, AP; DIAS, AP. Nem tudo o rio arrasta. In: ROSA, CMM. **Vidas de Rua**. São Paulo: Hucitec/Rede Rua, 2005, p.15-19.

COUTINHO, D; SABACK, E. O histórico da Psiquiatria na Bahia. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v.77, n.2, p.210-218, jul-dez 2007.

DANTAS, M. **Construção de políticas públicas para a população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. Valencia, Pre-textos, 1980.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DRAIBE, SM. O *welfare state* no Brasil: características e perspectivas. **Cadernos de pesquisa**. nº8. Campinas, UNICAMP, 1993.

ELLERY, AEL; PONTES, RJS; LOIOLA, FA. Campo comum de atuação dos profissionais da estratégia de saúde da família no Brasil: um cenário em construção. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.415-437, 2013.

ENGSTROM e TEIXEIRA. Equipe “Consultório na Rua” de Mangueiras, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1839-1848, 2016.

EQUIPE POP RUA 2012/2013 e GRUPO DE PESQUISA ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no Pop Rua**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/doc_tec_pop_rua2_0.pdf>. Acesso em 07/12/2015.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1999.

FAUSTO, MCR; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; SEIDL, H; GAGNO, J. A posição da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e dos usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.especial, p.13-33, 2014.

FERREIRA, JSW. Globalização e urbanização subdesenvolvida. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.14, n.4, p.10-20, 2000.

_____. São Paulo: cidade da intolerância ou urbanismo “à brasileira”. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.25, n.71, p.73-88, 2011.

FEUERWERKER, LCM. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre, Rede Unida, 2014.

_____. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set-dez, 2005.

FEUERWERKER, LCM; MERHY, EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?

In: MATTOS, RA; BAPTISTA, TWF (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro, IMS, 2012. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?page_id=346>.

FLEURY-TEIXEIRA, P; VAZ, FAC; CAMPOS, FCC; ÁLVARES, J; AGUIAR, RAT; OLIVEIRA, VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.2115-2122, 2008.

FOLHA. Folha de São Paulo. Publicado em 16/06/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/06/1782290-por-que-as-pessoas-em-situacao-de-rua-em-sp-nao-querem-ir-para-os-abrigos.shtml>>. Acesso em 06/01/2017.

FONTANELLA, BJB; LUCHESI, BM; SAIDEL, MGB; RICAS, J; TURATO, ER; MELO, DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, fev, 2011.

FONTENELLE, IA. **O nome da marca: McDonald's, fetichismo e cultura descartável**. São Paulo, Boitempo, 2002.

FÓRUM PERMANENTE SOBRE POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Bases para uma Política Pública de Inclusão Social da População Adulta em Situação de Rua no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009. Documento disponível em: < http://www.nepp-dh.ufrj.br/forum_situacaoderua.pdf>. Acesso em 14/01/2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2015.

FRANCISCO, G; ESPÍNDOLA, L. Consultório na Rua do Recife: uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M; FONSECA, Z (Org.). **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à População em Situação de Rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo, Hucitec, 2015, p.137-147.

FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, TB; MERHY, EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013b, p.151-171.

_____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013a.

FREITAS, MVO. **Traçando os fios de uma história: população em situação de rua na cidade de São Paulo (1970-2005)**. 2016. Tese (Doutorado em História). Universidade de Brasília, 2016.

G1. Globo. Publicado em 27/07/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/07/medicos-mostram-rotina-de-atendimento-moradores-de-rua.html>>. Acesso em 06/01/2017.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, LVC; NORONHA, JC; CARVALHO, AI (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012, p.493-546.

GRAZIANO, AP; EGRY, EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. São Paulo, **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.3, p. 650-656, 2012.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, Vozes, 1996.

HARVEY, D. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo, Martins Fontes, 2014.

HARVEY, D. **Urbanismo y desigualdad social**. Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1989.

HARZHEIM, E; LIMA, KM; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - avaliação dos primeiros três anos de Clínica da Família: pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas de Família na cidade do Rio de Janeiro**. Porto Alegre, OPAS, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Website. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20/03/2017.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO ANTONIO HOUAISS DE LEXICOGRAFIA. **Pequeno Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo. 1ª Edição: Moderna, 2015.

IVO, ABL. Questão social e questão urbana: laços imperfeitos. **Cadernos CRH**, Salvador, v.23, n.58, p.17-33, jan-abr 2010.

JORGE, JS; MOREIRA, RD. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: TEIXEIRA, M; FONSECA, Z (Org.). **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à População em Situação de Rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo, Hucitec, 2015, p.125-136.

JORGE, MSB; PINTO, DM; QUINDERÉ, PHD; PINTO, AGA; SOUZA, FSP; CAVALCANTE, CM. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L (Org.): **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre, Sulina, p.32-51, 2009.

KEUSEN, A; CARVALHO, AL. A construção de um serviço de base territorial: a experiência do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78,79,80, p.161-171, jan-dez 2008.

LANCELOTI, J. Vínculo no atendimento à população em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 98 p.27-28: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).**

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, GWS et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 615-634, 2007.

LONDERO MFP, CECCIM RB, BILIBIO LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface Comunic Saúde Educac**, Botucatu, v.18, n.49, p.251-260, abr 2014.

LOUZADA, LO. **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.

LOWY, M. O catolicismo latino-americano radicalizado. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.3, n.5, p.50-59, 1989.

MNPR. Movimento Nacional da População de Rua. **Cartilha de formação do Movimento Nacional de População de Rua**. São Paulo, Instituto Pólis, 2010.

MARICATO, E. Metrôpoles desgovernadas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.25, n.71, p.7-22, 2011.

MARSHALL, TH. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital**. São Paulo, Boitempo, 2013.

MATTIONI, FC. **As redes sociais no fortalecimento da ação comunitária: possibilidades e desafios para a promoção da saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

MATTOS, RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec, Abrasco, p.119-132, 2004.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado Enfermagem de Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1998.

MAXWELL, J A. Designing a qualitative study. In: Bickmann, L; Rog, D (org.). **The SAGE handbook of applied social research methods**. SAGE Publications, p.214-253, 2009.

MENDES, EV. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MERHY, EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania: em debate**. Brasília, CFP, p.9-18, 2012.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013b, p.68-94.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013a, p.19-67.

_____. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013c, p.172-182.

MERHY, EE; FRANCO, TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2013, p.138-148.

MERHY, EE; GOMES, MPC; SILVA, E; SANTOS, MFL; CRUZ, KT; FRANCO, TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.153-164, out 2014.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2007.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo, Editora Atlas S.A, 1995.

MNCR. Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Website. Disponível em: < <http://www.mnrc.org.br/>>. Acesso em 10/01/2017.

MUNARETTI, I. Experiência da ESF Sem Domicílio de Porto Alegre. In: TEIXEIRA, M; FONSECA, Z (Org.). **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à**

População em Situação de Rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo, Hucitec, 2015, p.122-124.

NETO, JLF; KIND, L; PEREIRA AB; REZENDE MCC; FERNANDES ML. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.831-842, mai, 2011.

NORMAN, AH; TESSER, CD. Prevenção quartenária na Atenção Primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, **Cad Saúde Pública**, v.25, n.9, p.2012-2020, 2009.

NUNES, ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In:CAMPOS, GWS et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 19-40, 2007.

O GLOBO. Publicado 19/08/2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/ministerio-da-saude-lanca-campanha-do-sus-para-moradores-de-rua-17237150>>. Acesso em 06/01/2017.

OTICS-RIO. Microdados agregados da ficha A da Estratégia de Saúde da Família: Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://tabnet.oticsrio.org/cgi-bin/deftohtm.exe?ficha/pessoas_cadas.def>. Acesso em 25/02/2017.

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

PEREIRA, RCA; RIVERA, FJU; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia de saúde da família: estudo sobre modalidades de equipe. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.17, n.45, p.327-340, abr./jun. 2013.

PIAUI. Folha de São Paulo. Publicado em maio de 2010. Disponível em: <<http://piaui.folha.uol.com.br/materia/morar-na-rua-em-ipanema/>>. Acesso em 06/01/2017

PINHEIRO, R; LUZ, MT. Práticas eficazes x Modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, Cepesc, 2007, p.9-36.

PINHEIRO, RL; GUANAES-LORENZI, C. Funções do Agente Comunitário de Saúde no trabalho com redes sociais. Natal, **Estudos de Psicologia**, v.19, n.1, p.48-57, jan/mar, 2014.

PIOVESAN, MB. **A rua não é um mundo fora do nosso mundo**. Brasília, Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, 2013, 22min25s. Acesso em 06/12/2015 <<https://www.youtube.com/watch?v=ek9iWTv3hig>>.

REIS JUNIOR, AG. População em situação de rua: contexto histórico e político. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua /**

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012, p.17-18: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Carteira de serviços: relação de serviços prestados na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2010.

ROCHA, MLA; GUIMARÃES, MBL; CUNHA, MB. O processo de recuperação do uso indevido de drogas em igrejas pentecostais Assembleia de Deus. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.177-190, 2012.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre, Sulina, Editora da UFRGS, 2011.

ROSA, AS; CAVICCHIOLI, MGS; BRÊTAS, ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.576-582, jul-ago, 2005.

ROSA, CMM. **Vidas de Rua**. São Paulo, Hucitec/Associação Rede Rua, 2005.

ROOS, CM. **Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório na Rua**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem/UFRGS, Porto Alegre, 2014.

ROSSI, FR; LIMA, MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Brasília, **Rev Bras Enferm**, v.58, n.3, p.305-310, 2005.

SADER, E. Notas sobre a globalização neoliberal. In: MATTA, GC; LIMA, JCF. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008, p.35-48.

SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 07/01/2017

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.8, p.1798-1800, ago 2014.

SANTOS, AM; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ANDRADE, CLT; MARTINS, MIC; CUNHA, MS. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SANTOS, M. **A urbanização brasileira**. São Paulo, Editora Hucitec, 1993.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa. **Constituição do Estado de São Paulo anotada. Constituição Federal atualizada**. São Paulo, Imprensa Oficial, 2006.

SDH. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério da Justiça e Cidadania. Publicado em 21/10/2015. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/outubro/brasil-recebe-3o-nacional-da-populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em 06/01/2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 04/02/2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. SMDS faz censo inédito sobre a população de rua no Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smds/exibeconteudo?id=4607334>>. Acesso em 07/12/2015.

SEGOV. Secretaria de Governo. Notícia: Centro Presente apreende dois adolescentes após assalto em Botafogo. Publicado em 12/01/2017. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/segov/exibeconteudo?article-id=3040334>>. Acesso em 23/02/2017.

SILVA, ALA. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 75-98, 2005.

SILVA, CC. **Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro**. 2013. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, MLL. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil, 1995-2005**. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília/Departamento de Serviço Social, Brasília, 2006.

SIMÕES JUNIOR, JG. **Moradores de rua**. São Paulo, Pólis, 1992. 56p.

SLOW FOOD. Slow food (website). Disponível em: <<http://www.slowfood.com/>>. Acesso em 25/01/2017.

SOARES, JCRS. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico: uma tecedura complexa**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 2000.

SOARES, JCRS; CAMARGO JR, KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.11, n.21, jan/abr 2007.

SOUZA, D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua /**

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M; FONSECA, Z (Org). **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo, Hucitec, 2015.

TEIXEIRA, SF; MENDONÇA, MH. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, SF (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez Editora, p.193-232, 2006.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan-abr 2002.

TESSER, CD; NETO, PP; CAMPOS, GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, 2010.

TRESSE, VP. Acolhimento e vínculo na assistência prestada ao portador de diabetes em uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

TRINO, A; RODRIGUES, RB. Atribuições da equipe multiprofissional. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 98 p.43-45: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

TRINO, A; RODRIGUES, RB; REIS JUNIOR, AG. A população em situação de rua e seus territórios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 98 p.31-37: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

UFSCAR. Universidade Federal de São Carlos. Publicado em 2008. Disponível em: <<http://www.senaposirua.ufscar.br/>>. Acesso em 06/01/2017.

VALENCIO, N; PAVAN, BJR; SIENA, M; MARCHEZINI, V. Pessoas em situação de rua no Brasil: estigmatização, desfiliação e desterritorialização. In: VALENCIO, N (Org). **Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil**. São Carlos, Rima Editora, v.II, p.53-72, 2010.

VALLA, VV. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Educação**, n.19, jan-abr 2002.

VANDERLEI, MIG; ALMEIDA, MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.443-453, 2007.

VARANDA, W; ADORNO, RCF. 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.56-69, jan-abr, 2004.

VASCONCELLOS, VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, artigo 14, 2010.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
USUÁRIO DO SUS

Página 1 de 3



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): **Usuário do SUS**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa *O Consultório na Rua e a produção de cuidado à População em Situação de Rua na cidade do Rio de Janeiro*, desenvolvida por **Gustavo Machado Felinto**, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. **Maria Helena Magalhães de Mendonça**.

Este estudo tem por objetivo a compreensão do processo de produção de cuidado à População em Situação de Rua (PSR) por equipes de Consultório na Rua (CnaR) na cidade do Rio de Janeiro. O convite a sua participação se dá em razão de se entender que sua experiência como usuário de serviços de saúde do SUS – em especial do CnaR – é fundamental à compreensão do citado processo.

A participação neste estudo é voluntária, cabendo à pessoa convidada a decisão por participar ou não. Ainda que aceite participar, deixa-se claro a possibilidade de interromper a participação a qualquer momento, sem que haja qualquer penalização. Por isso, reitera-se a grande importância de sua participação nesta pesquisa. Espera-se que as informações fornecidas contribuam a melhoria dos serviços de saúde oferecidos à PSR.

Pesquisador:

local e data:

Participante:

local e data:

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas, por tratarem de aspectos pessoais, íntimos, e das relações com outros usuários, com os profissionais de saúde e outras pessoas. Desta forma, busca-se a eliminação ou diminuição de tais riscos tratando tais informações com sigilo e privacidade, buscando-se evitar qualquer tipo de constrangimento referente ao que for informado. À qualquer constrangimento ao longo da entrevista, esta poderá ser – como já informado – interrompida, podendo ser reagendada ou cancelada segundo o desejo e interesse do entrevistado. Não será produzida qualquer informação que possa identificá-lo na divulgação dos resultados desta pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e apropriado, garantindo sua privacidade. Somente o pesquisador e sua orientadora terão acesso a estes arquivos. Este termo informa números de telefone e e-mail para contato com o responsável por esta pesquisa e você pode solicitar esclarecimentos a qualquer momento, até mesmo depois de realizada a entrevista.

Esta entrevista consiste em algumas perguntas relacionadas à sua experiência como PSR usuária do SUS e, como já mencionado, será gravada, para que o pesquisador possa transcrevê-la e também consultá-la ao longo da elaboração da dissertação. A participação na pesquisa só será possível havendo a permissão para a gravação do áudio. O tempo da entrevista é de aproximadamente 45 minutos, não envolvendo remuneração ou tampouco custo ao entrevistado.

Esta pesquisa resultará em uma dissertação de mestrado a ser defendida publicamente ao final do curso de mestrado (previsão: fevereiro de 2017). Também poderão ser produtos desta pesquisa artigos e apresentações em congressos e eventos similares. Deixa-se claro que, qualquer das formas de divulgação irá assegurar o sigilo e privacidade do participante. Compromete-se o pesquisador a apresentar a pesquisa concluída à equipe de CnaR participante, à coordenação do CnaR e a outros espaços, se assim algum participante manifestar interesse (desde que agendado previamente com o pesquisador).

Este termo está redigido em duas vias, ficando uma em posse do participante.

Pesquisador:	local e data:
Participante:	local e data:

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP-ENSP). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Comitê de ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ

Tel e Fax CEP/ENSP- (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br / <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Nome e Assinatura do Pesquisador do campo: _____

Data e local: _____

Tel do pesquisador: 21-25982863 / e-mail: gugafelinto@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome e Assinatura do participante: _____

Data e local: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAL DO SUS

Página 1 de 3



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): **Profissional do CnaR**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa *O Consultório na Rua e a produção de cuidado à População em Situação de Rua na cidade do Rio de Janeiro*, desenvolvida por **Gustavo Machado Felinto**, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. **Maria Helena Magalhães de Mendonça**.

Este estudo tem por objetivo a compreensão do processo de produção de cuidado à População em Situação de Rua (PSR) por equipes de Consultório na Rua (CnaR) da cidade do Rio de Janeiro. O convite a sua participação se dá em razão de se entender sua experiência como trabalhador em uma equipe de CnaR fundamental ao desenvolvimento desta pesquisa. Entende-se que seu conhecimento e memória podem contribuir com informações relevantes ao objetivo desta pesquisa.

A participação neste estudo é voluntária, cabendo a pessoa convidada a decisão por participar ou não. Ainda que aceite participar, deixa-se claro a possibilidade de interromper a participação a qualquer momento, sem que haja qualquer penalização. Por isso, reitera-se a grande importância de sua participação nesta pesquisa. Espera-se que as informações fornecidas contribuam a melhoria dos serviços de saúde oferecidos à PSR.

Pesquisador:	local e data:
Participante:	local e data:

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas, por tratarem de aspectos pessoais, íntimos, e das relações com outros profissionais de saúde, com os usuários, entre outras pessoas. Desta forma, busca-se a eliminação ou diminuição de tais riscos tratando tais informações com sigilo e privacidade, buscando-se evitar qualquer tipo de constrangimento referente ao que for informado. À qualquer constrangimento ao longo da entrevista, esta poderá ser – como já informado – interrompida, podendo ser reagendada ou cancelada segundo o desejo e interesse do entrevistado. Não será produzida qualquer informação que possa identificá-lo na divulgação dos resultados desta pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e apropriado, garantindo sua privacidade. Somente o pesquisador e sua orientadora terão acesso a estes arquivos. Este termo informa números de telefone e e-mail para contato com o responsável por esta pesquisa e você pode solicitar esclarecimentos a qualquer momento, até mesmo depois de realizada a entrevista.

Esta entrevista consiste em algumas perguntas relacionadas à sua experiência no CnaR e, como já mencionado, será gravada, para que o pesquisador possa transcrevê-la e também consultá-la ao longo da elaboração da dissertação. A participação na pesquisa só será possível havendo a permissão para a gravação do áudio. O tempo da entrevista é de aproximadamente 45 minutos, não envolvendo remuneração ou tampouco custo ao entrevistado.

Esta pesquisa resultará em uma dissertação de mestrado a ser defendida publicamente ao final do curso de mestrado (previsão: fevereiro de 2017). Também poderão ser produtos desta pesquisa artigos e apresentações em congressos e eventos similares. Deixa-se claro que, qualquer das formas de divulgação irá assegurar o sigilo e privacidade do participante. Compromete-se o pesquisador a apresentar a pesquisa concluída à equipe de CnaR participante, à coordenação do CnaR e a outros espaços, se assim algum participante manifestar interesse (desde que agendado previamente com o pesquisador).

Este termo está redigido em duas vias, ficando uma em posse do participante.

Pesquisador:

local e data:

Participante:

local e data:

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP-ENSP). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Comitê de ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ

Tel e Fax CEP/ENSP- (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br / <http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Nome e Assinatura do Pesquisador do campo: _____

Data e local: _____

Tel do pesquisador: 21-25982863 / e-mail: gugafelinto@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome e Assinatura do participante: _____

Data e local: _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PROFISSIONAIS DO CNaR

A entrevista de profissionais do CnaR tem em vista evidenciar, sob a perspectiva do entrevistado, o modo (ou os modos) de produção de cuidado operados por este e por sua equipe. Busca-se evidenciar o olhar deste profissional sobre a produção do cuidado, sobre a dinâmica relacional estabelecida entre ele e o usuário, assim como evidenciar os recursos tecnológicos empreendidos na ação produtiva, assim como a identificação de elementos contextuais (econômicos, políticos, sociais e culturais) que atravessam tal ação, influenciando-a.

- Há quanto tempo trabalha no CnaR? Possui alguma experiência anterior de trabalho junto à PSR? Já realizou algum curso/treinamento relacionado a especificidade deste trabalho?
- Como é o cotidiano do CnaR? Como é o trabalho em equipe? Como são estabelecidas/definidas as ações individuais e coletivas operadas pelos profissionais das equipes?
- Quais são as formas da PSR acessar o CnaR?
- Como se dá, normalmente, a primeira interação da PSR com o CnaR? Em que espaços tal interação pode ocorrer? Como é o acolhimento?
- Como o cuidado é produzido? Quais recursos são utilizados na produção deste cuidado? Há continuidade no cuidado produzido? O que este cuidado objetiva? Ou que produtos se busca alcançar? Estes objetivos/produtos são definidos por quem?
- Como funciona a consulta realizada por mais de um profissional?
- Como funciona o prontuário eletrônico? E a agenda dos profissionais? E o acesso a dados de usuário em outras unidades? E a regulação de vagas demandadas (SISREG)?
- Como a equipe sistematiza e monitora as agendas dos usuários que tem exame, consulta e procedimentos previamente agendados? A equipe sempre os acompanha? Qual o critério para a definição de quais usuários são elegíveis para ter tal acompanhamento?
- Como se dá a relação profissional- pessoa em situação de rua na produção do cuidado? Como aparece o desejo do usuário? Como aparece a autonomia/heteronomia do usuário? Há vínculo? Como se dá o vínculo? O que lhe parece favorecer ou atrapalhar o vínculo? Como opera o vínculo? Há relação entre vínculo, a expectativa do profissional e a expectativa do usuário?
- É recorrente se perceber que um usuário não está entendendo o que se está falando? Quando você percebe que o usuário não está entendendo, o que faz? Como se lida com um usuário que dá sinais de que tem maiores dificuldades de compreensão? O que você identifica como sinais?
- Como é feita a gestão da equipe? Como é a relação com a gerente e a gerência? E a gestão de seu processo de trabalho? Qual o papel das reuniões de equipe? Você possui metas periódicas para seu trabalho? Quais são? Quem as definiu? Que diretrizes, protocolos, documentos orientam seu trabalho? E as reuniões com as demais equipes de CnaR e a gerência? Como se dá a relação entre a gerente do CMS e as equipes?

- Como é viabilizado o cuidado à saúde no espaço da rua? Quais ações são possíveis de serem realizadas na rua? Quais necessitam ser operadas no interior da unidade?
- Há conflito na relação PSR-CnaR? Qual ou quais? Como são tratados?
- Como lidar com a questão do cheiro/higiene dos usuários?
- Qual é a rede do CnaR? Como se produz ou se organiza esta rede?
- Como se dá a relação do CnaR com outros profissionais/equipes/serviços (da saúde e de outros setores)? Com o HMSA? Com a UE? Quais outros serviços usados nas proximidades? Com a maternidade? Com o próprio CMS? E com o CMSB e a CFA? Como funciona a contra-referencia?
- Em relação ao CMSA, como se dão os encaminhamentos de atendimento e exames? Há processos formais e informais?
- O acesso a serviços de urgência móvel, como funcionam?
- Como se deu a parceria com a biblioteca? E a relação com a defensoria? E com o conselho tutelar?
- Quais são os equipamentos do SUAS? Como se dá a relação com estes equipamentos? Quais são os benefícios mais acessados? Qual o papel destes no cuidado? Quais os problemas na relação com o SUAS? A elegibilidade para o acesso, a equipe possui critérios para além dos formalmente requisitados?
- Há relação entre o CnaR e os serviços de ordem e de segurança pública? E o Segurança Presente? Como as ações destes segmentos impactam o trabalho do CnaR?
- O cuidado ao usuário com TB, como se dá? Como funciona o DOTS?
- O cuidado ao usuário com HIV, como e dá?
- E o acompanhamento do hipertenso e do diabético, como se dá?
- Como a equipe lida com a questão do álcool e das outras drogas? Como é a abordagem ao usuário sob efeito de drogas? E com os problemas de saúde mental?
- Como é operado o cuidado na gestação?
- O que se faz com o usuário que está em início de tratamento de TB desejando acesso a abrigo?
- Como a equipe/profissional lida com o usuário que não “pertence” ao território?
- A questão da van, como funciona?
- O papel de certos insumos no cuidado: o kit de higiene bucal e os preservativos, como são usados pela equipe?
- Como ocorrem as atividades em grupo?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE USUÁRIOS DO CNaR

A entrevista de pessoas em situação de rua pretende apreender, a partir da memória do usuário e de sua fala, sua experiência de cuidado à saúde, tendo por foco sua interação com o CnaR, mas, também, buscando evidenciar sua experiência com outros serviços de saúde, com possíveis outras formas de cuidado à saúde que não passem pela interação com o setor saúde, e com o autocuidado e o exercício de autonomia perante sua própria vida. Desta forma, pensa-se apropriado a elaboração, com base em sua fala, de uma narrativa de vida, buscando-se entender sua trajetória de vida em relação ao processo saúde-doença e sua interação com serviços de saúde e, especificamente, com o CnaR. Neste sentido, abaixo se descrevem alguns tópicos pelos quais se buscará “incentivar” o usuário a abordar em sua “história”:

- A descrição de sua vida, sua trajetória para a rua, seu viver na rua (estratégias para dormir, se banhar, se alimentar e de convivência com “os iguais” e com “os diferentes”), e o tempo em situação de rua;

- A descrição dos principais acontecimentos relacionados à sua saúde, sua experiência de adoecimento pregresso e atual;

- A descrição de sua experiência de interação com o CnaR, como se deu e como se dá sua relação com a equipe e com os profissionais individualmente. O questionamento sobre se há mudanças no jeito de viver a vida posteriores a interação com o consultório;

- A descrição de como se deu, no caso de já ter usado, o uso de outros serviços de saúde;

- A descrição de sua experiência de autocuidado.