



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

NATASHA MOREIRA BRANCO JOGAS

**DEMANDAS DE CUIDADO NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE
RUA: UM ESTUDO A PARTIR DO CONSULTÓRIO NA RUA DO
JACAREZINHO.**

Rio de Janeiro

2016

NATASHA MOREIRA BRANCO JOGAS

**DEMANDAS DE CUIDADO NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE
RUA: UM ESTUDO A PARTIR DO CONSULTÓRIO NA RUA DO
JACAREZINHO.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Serviço Social.

Orientador: Erimaldo Matias Nicacio

Rio de Janeiro

2016

NATASHA MOREIRA BRANCO JOGAS

**DEMANDAS DE CUIDADO NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE
RUA: UM ESTUDO A PARTIR DO CONSULTÓRIO NA RUA DO
JACAREZINHO.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como
requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Erimaldo Matias Nicacio

Joana Garcia

Mariléa Venancio Porfírio

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o responsável pela minha vida e por me guiar, mesmo que as vezes por caminhos tortuosos, mas sempre ao meu lado. És o responsável por permitir que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, sendo o suporte que eu precisava. Agradeço a minha mãe Ely, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, sempre com uma palavra de conforto e incentivo. Ao meu pai Denis, que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu. Essa graduação é para vocês, que sempre colocaram os estudos em primeiro lugar, passando isso a seus filhos. A presença de vocês nessa caminhada me mostrou que não estou sozinha, vocês acrescentam razão, amor e beleza aos meus dias!

Aos meus irmãos Denis e Diogo e suas companheiras Camila e Mariana, que sempre me confortaram e se mostraram presente nessa caminhada, sendo motivo de orgulho e inspiração na jornada acadêmica e na vida. De forma especial e carinhosa me deram força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e iluminando de maneira especial os meus pensamentos, sempre me levando a buscar mais conhecimentos e nunca deixar de acreditar nos meus sonhos. Meu agradecimento por tanto amor, carinho, atenção e dedicação.

Ao meu companheiro de vida e grande amigo Guilherme, que esteve comigo desde o início da jornada acadêmica, vivenciando cada etapa, cada vitória e derrota, estando ao meu lado nos bons e maus momentos, sendo meu suporte nos momentos de indecisão e tomadas de decisões. Me dando apoio nos momentos de desespero, muito obrigada por todo companheirismo, sem sua ajuda nada seria possível!

Aos meus avôs José e Manoel, que apesar de não estarem mais presente fisicamente sei que estão me acompanhando por onde eu for, minhas avós Suely e Reny, ainda presentes, muito obrigada por todos os mimos e torcida. A minha família paterna e materna por todo carinho e amor, em especial à minha prima Daniela, minha primeira melhor amiga, minha irmã de alma se tornando sempre presente e disposta a me ouvir e ajudar.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Escola de Serviço Social, pela oportunidade de fazer o curso, pela abertura da janela por onde hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador Erialdo Nicacio, primeiramente por aceitar o convite a me orientar. E posteriormente, me guiar por esse tema e permitir acesso à sua pesquisa a qual possui uma vasta oportunidade de caminhos a serem seguidos e apresentação a um tema tão importante e infelizmente marginalizado.

A todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, cada um da sua forma, da sua maneira. Por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores desta Escola aos quais, sem nominar, terão os meus eternos agradecimentos.

Aos meus amigos da vida, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas, que souberam compreender com muita classe o meu afastamento por conta das atividades acadêmicas. Como Mario Quintana disse, “a amizade é um amor que nunca morre” e vocês são a família que Deus permitiu que eu escolhesse. Amo vocês!

Aos meus colegas de turma que, com todas as suas diferenças contribuíram, direta ou indiretamente, para a minha formação e me ensinaram a conviver com pessoas diferentes a mim.

Aos meus colegas de turma, em especial à Mariane Rodrigues que tenho certeza que a levarei para vida e tenho muita gratidão por toda a ajuda na vida pessoal e diretamente na vida acadêmica, sempre disposta a ajudar, a orientar em algum trabalho, sempre com uma palavra de incentivo e apoio a continuar. Sem você essa graduação seria muito mais penosa e difícil, muito obrigada, amo você.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Nós vos pedimos com insistência:

Nunca digam – Isso é natural!

Diante dos acontecimentos de cada dia,

Numa época em que corre o sangue

Em que o arbitrário tem força de lei,

Em que a humanidade se desumaniza

Não digam nunca: Isso é natural

A fim de que nada passe por imutável

(Bertolt Brecht)

RESUMO

O objetivo do trabalho é o de chamar atenção para população em situação de rua, frequentemente marginalizada, de forma a conhecer a realidade desta e as principais demandas de cuidado requeridas. O presente trabalho traz uma análise crítica de entrevistas realizadas no Consultório na Rua do Jacarezinho, da cidade do Rio de Janeiro (RJ), com intuito de apreender o trabalho concreto da equipe deste consultório e as demandas de cuidados dos usuários deste serviço, uma vez que este como dispositivo do SUS (Sistema Único de Saúde) é a porta de entrada da população em situação de rua, usuária ou não de drogas, para atenção básica de saúde. Para tal, fazem-se algumas reflexões conceituais e teóricas, para maior entendimento, do lugar histórico-social dessa população e do seu território, uma vez que o pensamento hegemônico tende a alocar essas pessoas a margem da sociedade, “excluindo” seus direitos e deveres de cidadãos e a tornando alvo de ações violentas constantes, por parte da sociedade e do próprio Estado.

Palavras-chave: População em situação de rua; População em situação de rua e suas demandas; Política Nacional para População em Situação de Rua; Política de Redução de Danos; Consultório na Rua; CnaR; Equipes do Consultório na rua;

ABSTRACT

CARE DEMANDS IN POPULATION IN STREET SITUATION: A STUDY CLINIC FROM THE STREET JACAREZINHO.

The objective is to draw attention to people on the streets, often marginalized in order to know the reality of this and the main demands of required care. This study provides a critical analysis of interviews's Office in Jacarezinho Street, the city of Rio de Janeiro (RJ), in order to grasp the concrete work of the staff of this office and the users of the care demands of this service, since this as SUS device (health System) is the population of the entrance door on the street, or not user of drugs for primary health care. To do this, make a few conceptual and theoretical reflections for greater understanding of the historical and social place of this population and its territory, as the dominant thinking tends to allocate these people to the margins of society, "excluding" their rights and duties of citizens and making the target of constant violent actions by society and the State.

Keywords: People on the streets; People on the streets and their demands; National Policy on Population Homeless; Harm Reduction Policy; Office at Rua; CNAR; Teams Office in the street;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1	
O FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO	
DE RUA	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO	
DE RUA	14
1.2. ALGUNS CONCEITOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	16
CAPÍTULO 2	
O CONSULTÓRIO NA RUA NO ENTRECruzAMENTO	
DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO	
EM SITUAÇÃO DE RUA	24
2.1. O CONSULTÓRIO DE RUA	24
A) REDUÇÃO DE DANOS	24
B) ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	27
2.2. CONSULTÓRIO NA RUA	29
A) POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO	
EM SITUAÇÃO DE RUA	32
B) ATENÇÃO BÁSICA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	34
CAPÍTULO 3	
PESQUISA/ ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	37
3.1. METODOLOGIA	37
3.2. CONSULTÓRIO NA RUA DO JACAREZINHO	38
A importância do trabalho do Consultório na Rua	39
O processo de trabalho	41
Intersetorialidade e suas dificuldades	43
As demandas dos usuários	46
Avanços e críticas do trabalho	47
Subjetividade da equipe	48
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	54
ANEXO	59

INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho é o de chamar atenção para a população em situação de rua, frequentemente marginalizada, de forma a conhecer a realidade desta e as principais demandas de cuidado requeridas. O ponto de partida desse trabalho são as entrevistas concedidas por funcionários do Consultório na Rua do Jacarezinho, realizadas pela equipe de pesquisa “Consultório na Rua: produção de demanda, atenção à saúde e inclusão social em situação de rua”, coordenada pelo Professor Erimaldo Matias Nicacio da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A análise das entrevistas teve como objetivo elencar e compreender as principais demandas de cuidados da população em situação de rua em atendimento no Consultório na Rua do Jacarezinho, assim como entender o trabalho concreto executado pela equipe do consultório e a realidade a qual essa população sofre em seu cotidiano de preconceitos, marginalização, estereótipos e estigma.

A motivação e escolha do tema do presente trabalho tem como razão a tentativa de alerta para um segmento que por tradição é marginalizado tanto pelos governos, como pela sociedade e pelo campo acadêmico. Sendo necessário a urgência de uma maior atenção à essa população cada vez mais crescente e com pouco mecanismos de assistência públicas, dispendo de abrigos em condições deploráveis de abandono e miséria, fazendo com que essa população fique à mercê da própria sorte e contanto com ações filantrópicas.

Na história do capitalismo, as ações governamentais que são dirigidas a essa população oscilam entre intervenções repressivas e intervenções assistenciais. Na história recente, por ocasião de grandes eventos políticos e esportivos essa intervenção repressiva se agudiza, de forma que os grandes eventos se tornam a razão e justificativa para intensificar a higienização das grandes cidades e bairros de elite. A higienização acontece através dos recolhimentos compulsórios das praças e logradouros públicos, a fim de deslocar a população em situação de rua para outros lugares longe da visão da sociedade.

É preciso ressaltar que a prática da higienização efetuada pelas equipes da prefeitura consiste muito mais em uma ação política repressiva de combate ao pobre, de uma guerra à pobreza, a fim de tentar escondê-la do que uma política pública, como política assistencial de combate à pobreza, já que muitas vezes o objetivo dessa ação é

simplesmente levar a população em situação de rua, de maneira a deslocar dos locais a qual fixaram moradia, aos abrigos sucateados que são considerados como depósitos humanos do que uma assistência real e eficaz.

A discussão desse tema tão complexo será dividida em três capítulos: Em um primeiro momento será discutido a caracterização do fenômeno da população em situação de rua, tanto de forma descritiva, quantitativa como qualitativa através de dados e autores usados de forma a balizar o debate.

A pauperização absoluta a qual essa população está condenada é exposta pela situação de precariedade que a mesma vive, sem acesso a condições de moradia, saúde e alimentação necessárias para uma vida digna e o mínimo social, tornando-se marginalizada e desfiliada.

A população em situação de rua diariamente sofre alguma espécie de violência, não só física, sofrendo constante ataques de policiais e pessoas que se autodenominam justiceiros, mas também moral e material, a ponto de terem seus locais de moradia destruídos, seus poucos objetos quebrados e descartados. Esse cenário pode ser justificado pela alta carga de estigma, estereotipo e preconceito dirigidos a essa população, sendo constantemente associada a periculosidade, sujeira e incapacidade. A sociedade constrói a teoria do estigma, carregada de atributos depreciativos, como forma de explicar a inferioridade de uma outra categoria social, não pertencente a nossa, como forma de diminuir a tensão que o novo, o diferente representa.

Possivelmente, estamos diante do que Bauman (2005) descreve como o segmento impuro da sociedade, daqueles que não possuem um lugar determinado para ocupar, do que ele considera como refugio, ou seja, como excesso da produção que o sistema considera como imprestáveis, desnecessárias.

Na segunda parte desse trabalho há a construção das políticas e estratégias que convergiram, em uma rede de atenção básica e psicossocial para atender a esse segmento. Dessa forma os consultórios na rua são instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consolidada em 2011, integrando o componente de atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, pautadas na política de redução de danos, que visa diminuir os danos do uso abusivo e prejudicial das drogas.

A Política Nacional da População em Situação de Rua, consolidada em 2009, e tendo como fundamental importância o reconhecimento desses sujeitos como sujeito de direito e uma importante vitória para a defesa desse segmento social.

O Consultório na Rua, foco desse trabalho, é um significativo instrumento da saúde, implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a essa população em situação de rua. Apesar dessa população ser usuária da atenção básica, muitas vezes o seu acesso às unidades é negado por questões burocráticas, como falta de documento, em que na verdade o que impede a entrada aos serviços é o preconceito que envolve essa população, mascarado por questões burocráticas e falta de recurso. Sendo assim, o Consultório na Rua é criado a partir de uma ideia, um conceito de porta de entrada a esses indivíduos as políticas de saúde e assistência, para ter o acesso e garantia do direito a saúde de forma integral.

Na terceira parte, é realizado a análise das entrevistas. A metodologia para a realização da análise utilizada foi a análise de conteúdo, a qual é realizada através do processo de codificação, que consiste na transformação de um dado inicial, ou bruto do material, nesse caso, as entrevistas, em uma unidade lapidada que representa o conteúdo.

Ao final da análise foram enunciados seis eixos principais da entrevista: a importância do trabalho do Consultório na Rua; o processo de trabalho; intersetorialidade e suas dificuldades; as demandas dos usuários; avanços e críticas do trabalho; subjetividade da equipe;

CAPÍTULO 1

O FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O fenômeno da população em situação de rua¹ não é algo novo, é fruto de diversas transformações sociais, políticas e econômicas. Essa condição é potencializada pela forma destruidora do sistema capitalista, levando a pauperização extrema de alguns setores da sociedade, entre eles a população em situação de rua e o modo que o Estado assume para tratar com essa população é a de higienização das cidades, fazendo o recolhimento compulsório. Ao buscarmos compreender este fenômeno, esbarra-se em diversas definições e classificações, para uma definição inicial da população em situação de rua, utilizaremos a que está instituída na Política Nacional de População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Nº 7.053 de 2009:

considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Brasil, 2008).²

Partindo da ideia de grupo populacional heterogêneo, é preciso demarcar o perfil socioeconômico deste segmento da população. Baseando-se no censo sobre população em situação de rua, realizado em 2013 pela Secretaria Municipal de desenvolvimento Social (SMDS) do estado do Rio de Janeiro com objetivo de mapear, quantificar e entender as reais necessidades desta população. A pesquisa foi realizada durante 4 dias consecutivos, através de entrevistadores que percorreram roteiros na cidade, em horários alternados para o mapeamento detalhado, através de um questionário nominal com doze perguntas a fim de traçar a realidade das pessoas que vivem nas ruas do Rio de Janeiro.

A importância deste estudo reside no fato de que a partir do momento que se conhece a realidade da população em situação de rua é possível desenvolver metas e

¹ É denominada como população em situação de rua e não morador de rua, para marcar que o indivíduo possui condições de sair da rua.

² Instituída pelo Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, documento que será discutido mais adiante no capítulo 2.

programas singulares para esse segmento que possui necessidades reais, próprias e específicas que serão tratados mais adiante no capítulo 3, sem que se faça um atendimento burocrático e moralista.

É importante ressaltar que o censo foi realizado em 2013, sendo possível que nesse período tenha ocorrido mudança dos dados, entretanto, isso não invalida a sua importância, já que um período de três anos não são suficientes para produzir mudanças significativas neste perfil. No censo foi constatado que 5.580 pessoas vivem em situação de rua no município do Rio de Janeiro. Dessa população 81,8% são homens e 18,2% são mulheres, segundo a faixa etária foi constatado que 69,6% tem idade entre 25 e 59 anos. Os documentos apresentados pelos entrevistados foram de 72,1% a certidão de nascimento, 64,3% identidade, 59,7% o CPF e 58,2% a carteira de trabalho. De acordo com o grau de escolaridade apenas 5,31% declararam nunca ter estudado, e 75,11% possui ensino fundamental e 2,21% manifestaram possuir ensino superior.

O tempo de permanência na rua também é levantado por este estudo, constatando que a maioria dos entrevistados se encontram na rua a mais de 1 ano, englobando 64,8% da população estudada. Em relação a distribuição demográfica, o Centro da cidade é a região que mais concentra estas pessoas, com total de 33,8%. O grande número de pessoas de outros municípios e estados chamou atenção no estudo: 35,58% dos entrevistados relataram que não são do Rio de Janeiro.

O alto número de pessoas oriundas de outros municípios e estados pode ser explicado pela esperança e expectativa que alguns imigrantes colocam nas grandes cidades como oportunidade de mudar de vida, de construir uma situação de vida financeira mais estável, muitas vezes deixando as suas famílias nos locais de origem, com o dinheiro apenas para chegar à cidade. E ao chegar aos grandes centros não conseguem se estabelecer, conseguir emprego e moradia, tendo como único destino as ruas.

Os principais motivos levantados para explicar o motivo pelo qual essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem ao alcoolismo e/ou drogas, desemprego e desavenças familiares.

Sendo assim, a população em situação de rua é composta em sua grande maioria, por homens que se encontram na faixa etária produtiva, o que nos leva a cogitar a hipótese, que será discutida mais adiante baseando-se em autores, de que esse segmento da

população faz parte do que eles classificam de desfilados ou refugos, ou seja, um excesso produzido pelo sistema que não se encaixa, não possuem um lugar, tornando-se possível questionar se fazem parte do Exército Industrial de Reserva ou não, à medida que este faz parte do desemprego estrutural, podendo retornar a qualquer momento para o mercado de trabalho.

1.2. ALGUNS CONCEITOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.

Segundo os autores Netto e Braz (2006), ao definir da melhor forma os conceitos de pauperização e exercito industrial de reserva, associam estes como fenômeno imprescindível da acumulação do capital, ou seja, enquanto estiver em vigor o modo de produção capitalistas, haverá a reprodução desses dois fenômenos, que se tornam componentes necessários e constitutivos na dinâmica do capitalismo.

No desenvolvimento do capital, acompanhado da sua concentração e centralização na mão dos produtores, há um impacto forte na classe operária, e a principal consequência é a formação do exército industrial de reserva, na qual consiste em um grande contingente de trabalhadores a qual não se encontram compradores para sua força de trabalho.

Assim, uma parte (sempre variável, maior ou menor) do proletariado aparece como sobranje em face das necessidades da acumulação; essa parcela de supérfluos (excedentes) constitui o exército industrial de reserva; trata-se, mesmo, de uma população que, diante das exigências da acumulação, pode ser designada como população excedentária ou superpopulação relativa (NETTO e Braz, 2006, pg 133)

Isto é, o exército industrial de reserva não resulta de uma ação individual de um ou outro capitalista, e sim da dinâmica da reprodução ampliada, que nada mais é do que a acumulação, sendo assim, pode ser feita uma relação entre a reprodução ampliada e o exército industrial de reserva, na medida em que a reprodução ampliada é, portanto, reprodução do exército industrial de reserva.

A função principal do exército industrial de reserva para o capitalismo é de pressionar os salários para um nível inferior, torna-se em um instrumento, uma ferramenta do capitalismo para incrementar a exploração da força de trabalho. A partir do momento que o exército industrial de reserva fornece ao capital um volume de força de trabalho que pode ser incitado a qualquer momento, de acordo com as suas necessidades.

Segundo a descrição dos autores, para Marx, há no exército industrial de reserva, ou na superpopulação relativa forma variadas, sendo observadas três principais: a flutuante, constituída por trabalhadores dos grandes centros industriais e mineiros, que em um momento estão empregados e no outro, desempregados; a latente que são compreendidas nas áreas rurais a partir do momento em que há o desenvolvimento das relações capitalistas e estes acabam por migrar para zonas industriais; e por último a superpopulação relativa estagnada que são constituídas por trabalhadores que jamais conseguem um emprego fixo e passam de um ocupação para outra.

E na base desse contingente está denominado o lupemproletariado, que consiste na fração deteriorada do proletariado, ou seja, vagabundos, criminosos, prostitutas e outros, nessa parcela do proletariado encontram-se aqueles que vegetam na miséria e no pauperismo, que são trabalhadores aptos, mas que por alguma razão não encontram empregos. O pauperismo em que se encontra essa massa excessiva de trabalhadores, é considerada para Marx, como o peso morto do exército industrial de reserva.

É nesse momento, que podemos entender que a acumulação do capital não resulta apenas na formação de uma massa de desempregados, mas os trabalhadores também experimentam, no desenvolver do processo capitalista o que é denominado como processo de pauperização, que resultam necessariamente da essência exploradora da ordem do capital. A pauperização pode ser absoluta ou relativa.

A pauperização absoluta é resultado de uma degradação geral da vida dos trabalhadores e nas condições de vida, de forma bruta, onde há uma queda dos salários e assim uma depreciação dos padrões de alimentação, moradia e saúde, e junto a isso há uma intensificação do ritmo de trabalho e aumento do desemprego, a degradação ocorre na condição de vida como um todo para o trabalhador. Já a pauperização relativa pode acontecer de forma dinâmica com a melhoria das condições de vida dos trabalhadores, com padrões de alimentação e moradia melhores, a pauperização relativa acontece de maneira que a parte que lhes cabe do total dos valores criados reduz, enquanto cresce a parte apropriada pelos capitalistas, no qual os trabalhadores produzem mais e recebem menos.

A população em situação de rua se vê em constante processo de pauperismo absoluto e assim condenadas a um encadeamento de marginalização. De forma a entender melhor o curso da marginalização deste segmento, será recorrido à definição de Robert

Castel (1997) que ao descrever a marginalidade, afirma que está ao fim de um percurso, resultado de um duplo desligamento, ao mesmo tempo em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional.

Castel (1997) estabelece que todo indivíduo pode ser situado com a ajuda de um duplo eixo, a partir de uma relação de integração pelo trabalho e de uma inserção relacional. No que se refere à integração pelo trabalho, o autor traça a seguinte escala: trabalho estável, trabalho precário e não-trabalho. Já em relação ao problema da inserção relacional, Castel diferencia: inserção relacional forte, fragilidade relacional e isolamento social.

E a partir da combinação de dois eixos dessas gradações determinados pelo autor, é possível obter três zonas: zona de integração onde se encontra aqueles com trabalho estável e forte inserção relacional, em que essas gradações sempre estão juntas; zona de vulnerabilidade, onde residem o trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais; e a zona de desfiliação, ou marginalidade, a qual é marcada pela amplitude do duplo processo de desligamento, ou seja, há a ausência de trabalho e o isolamento social, a qual se encontra a população em situação de rua.

Assim, os indivíduos pertencentes a zona dos desfiliaados, como a população em situação de rua, perdem a sua “função” na divisão social trabalho, a partir do momento que não se mantem mais coesos na sociedade porque esta zona não demanda como elementos necessários para o bom funcionamento societário de maneira que o trabalho aparece como elemento fundamental como motor para o funcionamento da sociedade, da integração social. Dessa forma, a sociedade acaba por julgá-los como vagabundos e errantes, a partir do momento que podem trabalhar no sentido de estarem aptos, mas não trabalham e possuem o laço social cortado.

Ou seja, a marginalização não está apenas no fim dos laços trabalhistas, mas também nas relações sociais desses indivíduos, a partir do momento que corta o vínculo com as pessoas próximas, como a família, o indivíduo não possui mais um pertencimento, não há mais um laço com algum núcleo familiar, tornando-se excluído, marginal.

Entretanto, há uma tendência, graças ao ideário da meritocracia, pautado nos princípios liberais, de que o esforço, qualificação, inteligência e educação são decisivos para o sucesso da vida, sem levar em conta a história pessoal e as origens da pessoa. É

incontestável o fato de que a situação econômica, ou miséria econômica seja a base principal na dinâmica da marginalização, contudo, tornar exclusivo é um equívoco, já que a dimensão exclusivamente econômica descolada das demais nunca, oferecerá uma informação suficiente. Sendo assim, há de se considerar, uma dimensão econômica, política, social e cultural.

E a essa cultura baseada no ideário da meritocracia e da marginalização, sem levar em conta a história de vida de cada indivíduo e as dimensões sócio histórica de cada território, está relacionado um processo de categorização, nomeação das diversas categorias sociais, isto é, há um processo de preconceitos, estereótipos e por fim, há um processo de estigma.

Para entender melhor o conceito de estigma a qual essa população sofre constantemente, utilizaremos como base o texto de Goffman (1963). Ao definir o termo estigma, o autor retorna aos tempos da antiga Grécia, no qual os gregos através dos recursos visuais criaram o termo estigma para se reportar aos sinais corporais, feitos com cortes ou fogueiras, de forma a avisar que o a pessoa que carregava esses sinais era um escravo, traidor ou criminoso. Ou seja, as marcas corporais tinham como objetivo de salientar características extraordinárias ou de aspecto negativo sobre a condição moral de quem os apresentava, no qual a pessoa com a marca se tornava uma pessoa ritualmente poluída e deveria ser evitada.

Atualmente a ideia de estigma não sofreu muitas alterações, a diferença reside no fato de ser aplicado não mais as marcas corporais, e sim às características, valores depreciativos direcionados às pessoas, que costumam ser reduzidas apenas a esses aspectos.

A sociedade frente a algo ou alguém desconhecido busca criar formas de categorizar, nomear para que aquela tensão gerada pelo novo, do desconhecido volte ao equilíbrio. E para tal, são criados formas e mecanismos de categorizar as pessoas e definir os atributos que são considerados como comuns e necessários para os membros de cada uma dessas categorias, de forma a estabelecer normas aos ambientes sociais criados e as possibilidades de determinadas pessoas a frequentarem esses ambientes, é dessa forma que experiências normativas são transformadas em exigências, em atributos necessários a serem apresentados de modo rigoroso.

É a partir dessas concepções criadas diante do “estranho” que está nossa frente, que surgem indicações de que possui um atributo que o torna diferente de outros, que estão em outra categoria, podendo até ser considerado de uma categoria, de uma espécie inferior. E o resultado desse comportamento é de deixar de considerar aquela pessoa como criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída, essa redução é o estigma. O estigma é, portanto, uma característica considerada socialmente indesejável que produz um efeito depreciativo sobre a identidade social de uma pessoa.

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. (GOFFMAN, 1963, pg13)

Ou seja, o estigma não pode ser reduzido apenas aos atributos, já que nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, apenas aqueles que estão em processo de linguagem de relações e pertinentes com os estereótipos que são gerados para um determinado tipo de indivíduo. Para um maior esclarecimento, ao buscar o conceito de estereótipo, encontramos que se trata de generalizações que as pessoas fazem sobre comportamento ou características de outros, ou seja, trata-se de impressões sólidas, construídas e concretas, podendo ser baseadas em aparência, roupa, comportamento e cultura. Sendo assim, conclui-se que o estigma é um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo.

Goffman (1963) classifica e afirma que é possível mencionar três tipos de estigma claramente diferentes. Em primeiro lugar há as abominações do corpo, que consistem nas várias deformações corporais, físicas. Em segundo, as de culpas de caráter individual, entendidas como vontade fraca, paixões tirânicas, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas deduzidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, homossexualidade, desemprego. E por último há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser passados de geração em geração, contaminando uma linhagem inteira.

Em todos os tipos e exemplos de estigma, podemos extrair um mesmo raciocínio, onde um indivíduo não é aceito em uma relação social por possuir um traço que tem o poder de impor uma atenção e afastar aqueles que cruzam o seu caminho. O poder de atenção do estigma é tão grande que possui a capacidade de ocultar os demais atributos

que o indivíduo possui, que muitas vezes ao ser rotulado pelos “normais” pode diminuir a chance de vida.

A partir do momento que o estigma é construído, ao mesmo tempo é criado uma ideologia para explicar sua inferioridade e dar conta do perigo que o diferente traz, e assim é utilizado como justificativa a um julgamento e uma resposta defensiva dos demais membros das categorias sociais aos estigmatizados.

É possível fazer uma leitura do estigma, do estereotipo e do preconceito que a população em situação de rua sofre, tendo como base a noção de pureza de Zygmunt Bauman (2005), já que para o autor há uma noção claramente delimitada de pureza e impureza na sociedade, onde a condição de pureza acaba se tornando um ideal a ser alcançado e depois dessa conquista, deve ser defendido. A questão da pureza pode ser definida como uma visão de ordem, ou seja, cada coisa estaria em seu devido, justo e conveniente lugar, sendo assim, o oposto dessa pureza, o sujo, o imundo os “agentes poluidores” seriam as coisas fora do lugar, é preciso ressaltar que não são suas características intrínsecas que as tornam sujas, mas somente a sua localização que está fora da ordem das coisas idealizadas pelos que procuram pela pureza, desse modo, para tornarem-se puras é preciso que sejam colocados nos lugares certos.

Sendo assim, é possível entender que existem coisas para as quais o lugar certo não foi determinado, ficando sempre “fora do lugar”, e o mundo dos que buscam a pureza, é considerado pequeno demais para acomodá-las e assim não é eficaz mudar o lugar em que se encontram é preciso livrar-se delas. E assim, a preocupação com o estranho assume um papel importante no cuidado diário da pureza, na sua defesa, na manutenção da ordem.

A pureza também pode ser medida de acordo com a aptidão de consumir, ou seja, a partir do momento em que consumir se torna uma norma na nossa sociedade, quem foge desta norma, como a população em situação de rua se torna impuro, ocorrendo a diferenciação que se dá a partir daqueles que são capazes de consumir no sistema capitalista, e as pessoas que são consideradas incapazes de participar do jogo de sedução do mercado consumidor por faltar os recursos requeridos, são consideradas “impuras”, ou como o autor caracteriza: refugio do consumismo.

A partir do momento que essa população está à margem do mercado de trabalho, a dificuldade de deixar de fazer parte desse refugio do consumismo é muito alta, já que a

inserção no mercado de trabalho seria a forma de ingressar no jogo do capitalismo, se inserindo na sociedade e a partir daí, passando a ocupar um lugar na sociedade, e como resultado deixando de ser impuro.

É importante pensar em outro refugio citado pelo autor, que engloba a teoria do refugio humano de Bauman (2005). Que remete a ideia de que na modernidade há uma produção excessiva, ou seja, uma produção em massa de mercadoria, entretanto não é apenas a produção material que é excessiva, há também de maneira dinâmica a produção excessiva de humanos refugados, ou seja, segmentos da população marginalizados, onde se insere a população em situação de rua são considerados “excessivos” e “redundantes”.

Os humanos refugados são produto inevitável da modernidade, se tornando um efeito colateral esperado da dinâmica da construção da ordem, delimitando uma parcela da população como “deslocadas”, “inaptas” ou “indesejáveis”, do progresso econômico. É possível entender essa ligação, quando a partir do momento que há a expansão global da forma de vida moderna, acontece também crescimento desses seres humanos destituídos de formas e meios de sobrevivência,

Ao afirmar que o planeta está cheio, Bauman (2005), não considera o ponto de vista físico e geográfico, mas faz um recorte social e político. A partir do momento que hoje são postos em movimento enormes contingentes de seres humanos destituídos de meio de sobrevivência em seus locais de origem. Já não há mais espaço social para os considerados excluídos, ou refugio da modernidade, os inadaptados, expulsos, marginalizados, ou seja, aqueles que são impuros, classificados como lixo humano produzido pela sociedade de consumo.

Bauman afirma que o refugio, sendo parte indissociável da modernidade, do progresso econômico se torna o segredo sombrio e vergonhoso de toda produção, já que não há projeto sem refugio. E no caso de projetos de formas do convívio humano, os refugos são os humanos, onde aqueles que não se ajustam, não se encaixam a forma projetada, e nem podem ser ajustados à ordem social estabelecida são os refugos, seres inválidos, cuja sua existência traz desordem, a quebra da paz, e sua ausência só poderia beneficiar a forma projetada, tornando-a mais uniforme e segura. “Sempre há um número demasiado *deles*. “Eles” são os sujeitos dos quais devia haver menos – ou melhor ainda, nenhum. E nunca há um número suficiente de nós. “Nós” são as pessoas das quais devia haver mais.” (BAUMAN, 2005, p.47, grifo do autor).

O problema da superpopulação não é algo dos dias de hoje, essa preocupação aparece desde os tempos remotos, como por exemplo, a teoria malthusiana onde o Thomas Malthus afirmava que a população crescia em ordem inversa a produção de alimentos, o que gerou uma resposta paradoxal por parte das grandes nações: fortalecer seus exércitos de forma a aumentar o contingente de soldados para explorar terras novas para crescimento da produção. E a solução para essa população excedente se tornou a migração para essas terras “inabitadas”, já que estes aumentavam continuamente as despesas e não os ganhos, sendo assim, a população excedente é mais uma variedade de refugio humano. Segundo Bauman, ao nos preocuparmos com a “superpopulação” estamos agindo de forma natural, a fim de concentrarmos nossas atenções “neles” e não em “nós”, separando o “refugio” do “produto útil” nos projetos

É importante salientar o que Bauman classifica como “medo oficial”, onde a vulnerabilidade e incerteza são condições humanas, e assim molda-se o “medo oficial”, que, segundo o autor seria o medo do poder humano, criado e manipulado pelo homem. Esse poder humano, assim como as novidades do mercado, precisa de demanda para gerar valor, sendo assim, é preciso que seus objetos sejam transformados e mantidos vulneráveis e inseguros, mantendo seu controle. Levando medo dessa população sem posse, dessa população refugada, estigmatizando-as.

As pessoas cujas formas de subsistência ortodoxas e forçosamente desvalorizadas já foram marcadas para a destruição, e elas próprias assinaladas como refugio removível, não podem optar. Em seus sonhos noturnos podem moldar-se à semelhança dos consumidores, mas é a sobrevivência física, e não a orgia consumista, que lhes ocupa os dias. (BAUMAN, 2005, pg 77).

Após a explanação teórica para entendimento das condições históricas e sociais que envolvem a população em situação de rua, é possível passarmos para o foco do presente trabalho, o consultório na rua que a partir convergência de políticas públicas permitiram a sua elaboração como equipamento do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 2

O CONSULTÓRIO NA RUA NO ENTRECruzAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

2.1. O CONSULTÓRIO DE RUA

O consultório de rua (ainda não se chamava “na” rua), tem sua primeira experiência na Bahia, em 1999, realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, extensão da faculdade de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em 2004, o Consultório de Rua foi implantado no primeiro CAPS AD de Salvador e sendo instituído apenas em 2010 como estratégias do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento do uso prejudicial de drogas.

Dessa forma, o consultório de rua é criado como um dispositivo público integrante da rede de saúde mental, que tinha como foco a atenção ao usuário de drogas em situação de rua, de maneira a reduzir os danos do uso de droga de forma abusiva e prejudicial, através de ações de prevenção, tratamento e cuidados primários no espaço da rua. O consultório de rua é fruto da convergência das ações da política de redução de danos e da atenção psicossocial.

a) REDUÇÃO DE DANOS

Segundo Passos e Souza (2011), a política de redução de danos no Brasil pode ser considerada como algo recente, a partir do momento que a primeira experiência data de 1989, onde foram distribuídas seringas estéreis entre usuários de drogas injetáveis em Santos, com objetivo de conter o avanço da disseminação do HIV/AIDS e apenas em 2005 é criada a portaria nº. 1.028 que regula e determina as ações que visem à redução de danos sociais e à saúde, destinadas a usuários de substâncias que causam dependência a fim de garantir uma melhoria da qualidade de vida dos dependentes de drogas.

Além da diminuição da contaminação de doenças graves como o HIV/AIDS, o avanço da política de redução de danos reside no fato de que a partir da construção dessa política, houve uma maior visibilidade e discussão no que tange à guerra contra as drogas e embate as políticas antidrogas que antes simplificavam a luta a partir de uma condição para um exercício de controle social. A estratégia de redução de danos tornou

possível a construção de um novo caminho para um debate onde o foco não está apenas nesse controle e sim em garantir um acesso à informação, educação e aconselhamento e introduzir aos dispositivos do Estado como a assistência e saúde desses usuários.

Apesar desses avanços mostrados, a política de redução de danos encontra barreiras para sua legitimação perante a sociedade e assim, encontrando dificuldade de institucionalização das práticas de redução de danos nos serviços públicos enquanto políticas públicas, resultado do estigma e preconceito gerado em torno da população usuária, já que a partir do momento que a política de redução de danos tem como o objetivo reduzir possíveis resultados negativos do uso dessas substâncias dependentes e não o fim do uso destas, alguns setores da sociedade afirma que dessa forma, estaria estimulando o usuário a usar substâncias como álcool e outras drogas³.

A marginalização dos usuários de álcool e drogas só faz crescer cada vez mais a guerra contra as drogas. Dessa forma, diariamente, pessoas são assassinadas em nome do combate ao tráfico de drogas, mortes que geralmente não são denunciadas na grande mídia, não surtem grandes marcas, feridas na sociedade, exceto para os familiares e amigos que perdem um ente querido. Outro efeito que a marginalização dos usuários reside no fato de que, em linhas gerais, as condições de vida da população socialmente excluída, entre eles usuários de drogas, são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde, e assim, a qualidade da assistência à saúde aos usuários, depende quase de maneira exclusiva da classe social a qual pertence. Segundo Baratta (2003), enquanto os jovens da classe média são medicalizados em clínicas particulares, os pobres são condenados ao cumprimento de medidas socioeducativas. No Brasil, as principais vítimas da guerra ao tráfico são usuários negros, pobres que vivem nas periferias das grandes cidades, e parte dessas mortes são atribuídas à troca de tiros com a polícia.

Muitas drogas são denominadas pela grande mídia como “drogas da morte” como o crack e o oxi. E com essa massiva associação feita pela grande mídia, de drogas e morte, faz com que isso seja internalizado pela sociedade, a partir do momento que muitas vezes é possível ouvir dos familiares da vítima a frase: “mas ele não usava drogas”, como se o fato de ser um usuário fosse justificativa para o assassinato.

³ A partir deste momento, ao falar de álcool e outras drogas, será utilizado apenas drogas.

Entretanto, como qualquer outro preconceito é quebrado através da informação, da busca pelo conhecimento, é necessário ressaltar que, no caso específico da distribuição das seringas esterilizadas, houve uma redução significativa da transmissão do vírus do HIV/AIDS e outras doenças contagiosas, a partir do momento que é sabido que a transmissão mais agressiva desse vírus é através do contato do sangue, de uma pessoa contaminada para outra, e a partir do momento que as seringas usadas são recolhidas e descartadas, colocando novas seringas no lugar, elimina o compartilhamento de seringas usadas e assim, evitando o contágio, e não o incentivo do uso das drogas como era temida por parte da população.

Então, é preciso uma mudança e quebra de paradigmas construídos ao longo da história da sociedade, para que seja possível a construção e legitimação da política de redução de danos. Ou seja, é necessário mudar a concepção de marginalização e criminalização a esse segmento da sociedade, que não é pequeno, usuária destas substâncias. A partir do momento que se entende que o uso de drogas pode estar relacionado a uma necessidade extrema de alívio de aspectos inerentes à condição humana e a sociedade de consumo capitalista vigente, resultando em sentimentos como a angústia, estresse e tristeza, é possível falar de uma prevenção do uso indevido de drogas e não apenas ao pensamento fragmentado e minimalista de que é necessário que haja, mesmo que de forma compulsória o fim do uso.

A prevenção do uso indevido de drogas passa a ser colocada como toda e qualquer ação que auxilie a autonomia do usuário, a fim de contribuir para escolhas mais conscientes, para que o indivíduo possa continuar o cotidiano, sem interromper por conta de malefícios do uso de maneira abusiva. Dessa forma, a prevenção do uso indevido de drogas é o campo de múltiplos e diversos conhecimentos e saberes, que extrapola o domínio de especialista, se tornando inespecífico e intersetorial, a fim de contribuir para que o indivíduo suporte os conflitos do cotidiano sem precisar anestesiá-lo de forma compulsiva, abusiva e impulsiva.

A redução de danos torna-se então uma estratégia inteligente e eficiente para minimizar as consequências adversas do uso das drogas, sem moralizar esse uso. De maneira a afirmar e defender a dependência, sem negar ou tentar modificar essa realidade de forma impositiva, moral ou ética. Dessa forma, ao assumir esse ideal, é possível tratar o usuário dependente como igual, abrindo possibilidade aos profissionais de saúde,

através do vínculo no qual há a construção de uma relação de confiança, podendo estimular ao indivíduo a se tratar, a cuidar da sua saúde, fazer um uso consciente, e assim, respeitando e oferecendo meios acessíveis de melhorar sua qualidade de vida, principalmente nas questões que englobam a saúde.

A redução de danos destina-se pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas, através de estratégias com objetivo de reduzir as consequências negativas no cotidiano e na saúde que uso adverso da droga pode acarretar. As estratégias de redução de danos estão presentes no dia a dia da sociedade, muitas vezes passando de forma despercebida e tendo como público alvo a sociedade de uma forma em geral, mesmo aquelas consideradas como não usuária, como por exemplo, das campanhas que orientam as pessoas a não dirigirem após consumir bebidas alcoólicas.

De uma prática médico sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes a uma única ação, a da troca de seringas, ao longo de sua execução a redução de danos evolui para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, tem como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo. (FERNANDES, 2009)

b) **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

O consultório de rua também é marcado pelos princípios da atenção psicossocial forjados no contexto da Reforma Psiquiátrica. Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores integrantes dos movimentos sanitaristas, sindicatos, família de pacientes e pessoas com longo históricos de internações psiquiátricas, se tornando um marco histórico para a luta do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país.

É a partir deste momento que eclodem as denúncias da mercantilização da loucura, através das redes privadas de assistência e da violência dos manicômios, dos grandes hospitais. Onde os pacientes, ao serem internados, perdiam a sua identidade e subjetividade e passavam a ser condenados a uma vida de cárcere dentro dos manicômios, excluídos do convívio social. Viviam uma vida de miséria, fome e violação dos direitos, perdiam suas identidades e a loucura tornava-se sua única característica. Com a estruturação deste movimento, o MTSM, é possível a construção de forma coletiva de a

crítica de um saber psiquiátrico pautado no modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtornos mentais.

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria no Brasil teve como inspiração a experiência italiana, em que a crítica radical ao manicômio revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas psiquiátricos, tornando possível a Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve como defesa o fim dos manicômios de forma que sejam substituídos por outros serviços comunitários, dispostos para atender a pessoa em sofrimento mental, de forma a estimular e permitir a inclusão social e levando em consideração a defesa dos seus direitos, da subjetividade, identidade e particularidade de cada indivíduo e uma assistência digna e de qualidade.

Com isso, é possível o surgimento das primeiras propostas e ações para reorientação da assistência. Em 1987, acontece o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro).

É neste período, em 1987, segundo o manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua, que surge o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, na cidade de São Paulo. Os CAPS possuem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, pois demonstram a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. O CAPS possui como função o atendimento clínico diário, de forma a excluir a necessidade de internação, de maneira a acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. O CAPS torna-se um articulador estratégico da rede de atenção as pessoas com transtornos mentais e da política de saúde mental.

É preciso um entendimento por parte da saúde pública para a prevenção e o tratamento de transtornos associados ao consumo de drogas e para isso foram criados os CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas

É importante ter um esclarecimento sobre o conceito de redes, que nos últimos anos tornou-se de grande relevância no âmbito das políticas públicas, como estratégia político-administrativa. Isso foi possível pelos processos de democratização e

descentralização, fortalecendo os poderes locais e reduzindo as formas de governos tradicionais e hierarquizados à uma nova prática interativa e de colaboração interinstitucional.

É com base nesse conceito, que em 2011, a partir da portaria nº 3.088, foi criada a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento mental, incluindo os efeitos nocivos do uso de drogas. A rede é composta por serviços e equipamentos variados tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e outros, e está presente na Atenção Básica, onde se encontram a Unidade Básica de Saúde e os Consultório na Rua.

2.2. O CONSULTÓRIO NA RUA

A definição oficial de consultório na rua encontrada no portal da saúde do SUS versa que este

foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa a ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pela Atenção Básica⁴.

Em 2011 é estabelecido pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 122, o consultório na rua, definindo as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, mudando a sua nomenclatura, deixando de se chamar “de” para “na”. No entanto, a diferença não está apenas na nomenclatura, mas também na forma e objetivo do trabalho.

Na medida em que o Consultório na rua tem a finalidade de atender de forma mais ampla, na tentativa de ir além do modelo biológico de saúde e como necessidade de fortalecer uma rede de enfrentamento aos problemas de saúde da população em situação

⁴ Portal da saúde do SUS: Consultório na Rua. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_na_rua.php. Acesso em 27 de Jan de 2016.

de rua, ao invés de focalizar e reduzir o atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua, passa a integrar toda a população de rua, tratando diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

No que diz respeito a atuação no campo das drogas, há diversos tipos de abordagens feitas, violentas ou não, eficazes ou não, e teorias que servem de apoio, balizadores destas abordagens. Segundo Romaní (2008), no que se refere a atuação ou intervenção no campo das drogas, é possível classificar em dois modelos: um de abordagem prescritiva e outro de abordagem participativa.

Em relação à abordagem prescritiva, é o caso da detenção do saber, onde o profissional instituído pelo saber, afirma um poder social, que lhe indica o que é preciso fazer, ou seja, há uma figura do profissional que através do saber, possui um certo poder de decidir, segundo a avaliação individual e própria o melhor caminho a ser tomado, sem levar em conta alguns determinantes, a comunidade ao seu redor e a particularidades.

Já na abordagem participativa, como o próprio nome diz, confere à comunidade a perspectiva de participação, onde em conjunto, coloca em prática ações para reduzir a probabilidade de aparecerem problemas relacionados ao uso de álcool e droga. Ou seja, uma intervenção coincidente com os diferentes consumos e consumidores, levando em consideração a diversificação de critérios, como a política de redução de danos que projeta atenção condizente ao desejo daquele que se encontra em sofrimento e solicita/requer cuidados.

No intuito de produzir uma prática de atenção abrangente e participativa que possa encaixar-se à realidade de cada usuário de saúde, evitando a fragmentação da saúde dos indivíduos e defesa do seu contexto social, o Ministério da Saúde concebeu a Rede de Atenção Psicossocial, a função de encadear serviços especializados de saúde e de Assistência Social, e dentre eles o Consultório na Rua, que surge como um dispositivo com a função de produzir cuidado às populações em situação de rua, parte de um rede de saúde intersetorial de forma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua, que busca através de uma equipe multiprofissional e de caráter em trânsito na cidade (nômade), a inserção de um segmento social antes invisíveis ao cenário do sistema de saúde, problematizando os modos estruturados de produzir saúde.

Para elucidar esta discussão, citamos o autor o Londero (2013), que afirma: “O Consultório na Rua mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de

redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos”. Já que, ao atender e acolher pessoas em situação de rua, e levar à rede de cuidados, produz, diariamente, estranhamentos na própria rede, produzindo questões que não se tem respostas prontas, fugindo do padrão das recomendações do autocuidado no domicílio. O Consultório na Rua não é apenas um dispositivo de saúde, mas ao atuar nesse segmento, serve também como forma de luta a partir do momento que é uma afirmação e defesa aos direitos da população em situação de rua e questionamento dos modelos de saúde e atendimento pautados no paradigma unicamente biológicos do corpo, a medida que defende a importância do cuidado a outros determinantes importantes.

Os Consultórios na Rua buscam fazer a prática junto aos usuários, através de um serviço aberto e de demanda produzida, a partir de equipes itinerantes, que ao invés de ficar em uma sala esperando a demanda aparecer, vão em busca da construção desta demanda através de cronogramas e estudos percorre a cidade e pontos chaves dos territórios como locais de uso, locais de moradia chegando ao usuário de forma a acolher, levando em consideração a necessidade e o querer da população em situação de rua, sem imposição do conhecimento médico, dessa forma é um cuidar requerido pelo usuário, e não apenas daquilo que o cuidador, balizado pelo saber da saúde, imagina ser o correto.

O ponto chave do que diz respeito a demanda requerida pela população em situação de rua, é atentar a ideia de que a demanda é uma demanda construída. A partir do momento em que as equipes fazem ronda na cidade, em busca da população em situação de rua e ao atendimento das suas demandas, do cuidado que muitas vezes não é percebido pelo usuário, ou não é uma questão de prioridade, e a partir do trabalho realizado pelas equipes, há a construção do entendimento das necessidades, da importância do tratamento daquela demanda.

Não pode ignorar o fato de que a população, é uma população heterogênea recorrentes de diversos segmentos sociais, e que por inúmeros motivos acabaram tendo a rua como seu lar, e muitas vezes refúgio, e como resultado disso associado a injustiça social, a desagregação familiar, o isolamento, preconceitos como o racismo, pobreza, marginalização, fome, violência, entre outros fatores ajudam a dificultar o trabalho para capacitar o usuário a diminuir os danos gerados, resultando em uma resistência para adoção de comportamento mais saudáveis e seguros. Justificando a necessidade de uma equipe multidisciplinar, e a ação de diversas redes em conjunto para uma melhor ação.

Assim sendo, as ações são feitas de acordo com as particularidades e vulnerabilidades apresentadas pelo usuário, que causa um desafio no cotidiano desses profissionais para produzir um cuidado capaz de incorporar em suas intervenções, o inesperado em termos da atenção prevista, já que ao tratar na rua podem acontecer ações e acontecimentos inesperados, impossível de previsão, como ações do tráfico, da polícia, resistência desse segmento por medo, desconfiança, ações do tempo, entre outros e constantes flutuações da população, que são nômades e ficam em constante mudanças pela cidade.

O Consultório na Rua é, portanto, resultado da convergência de quatro estratégias: a Política Nacional da População em Situação de Rua, a atenção básica com a população em situação de rua e as duas que já balizavam o consultório de rua, a atenção psicossocial e a política de redução de danos.

a) POLÍTICA NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A marginalização por parte da sociedade e do Estado de maneira geral da população em situação de rua não é algo exclusivo dos dias atuais, gerando uma criminalização pela posição social, onde indivíduos vulneráveis selecionados por estereótipos, preconceitos e mecanismos ideológicos dos agentes de controle social, são condenados pela sociedade não pela gravidade de seus atos e sim pela sua ocupação, função social, ou seja, a pessoa é criminalizada pelo ser e não pelo fazer.

Como exemplo disso, refere-se ao Código Criminal brasileiro de 1830, particularmente no Capítulo IV, nomeado como Vadios e Mendigos, no qual ficou deferido no Art. 296, o andar mendigando como crime. É nesse sentido, que pode-se entender que a marginalização do indivíduo pela posição social é uma construção histórica, a partir do momento que desde o primeiro código criminal brasileiro, em 1830, está instituído que o fato de estar na rua, torna o sujeito criminoso. O que importa nesse momento é criminalização do ser social na rua, e não a condição precária, de miséria que o indivíduo está inserido, descartando o entendimento e defesa dos seus direitos e necessidade.

Sendo assim, é notório a demora do reconhecimento dos direitos dessa população em situação de rua, quando apenas em 2009, através do decreto nº 7.053, que foi instituído

a Política Nacional para População em Situação de Rua, implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos, propondo ação intersetorial, assim, englobando diferentes políticas como saúde, trabalho, educação, moradia, assistência social e outras, para legitimar os direitos do cidadão em situação de rua.

A importância desse decreto, além de instituir a Política Nacional para População em Situação de Rua, reside no fato de serem reconhecidos direitos desse segmento e deveres por parte da sociedade e do Estado, se tornando um mecanismo de defesa deste segmento, onde através dos seus princípios, que são eles, além da igualdade e equidade:

- I - respeito à dignidade da pessoa humana;
- II - direito à convivência familiar e comunitária;
- III - valorização e respeito à vida e à cidadania;
- IV - atendimento humanizado e universalizado; e
- V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. (Decreto Nº. 7.053)

e algumas das suas diretrizes:

- I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- VIII - respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e
- X - democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos. (Decreto Nº. 7.053)

É possível entender e defender que a população em situação de rua não pode ser considerada como refúgio humano. Deve ser tratada como qualquer cidadão, e que a partir do momento que se encontra em um estágio de vulnerabilidade, é preciso ter além dos direitos garantido a qualquer outro indivíduo, ter uma política nacional específica

destinado a eles, de forma a defender e assegurar o acesso a dispositivos específicos e articulação da sociedade civil e do Estado para que possam ter dignidade humana, através da igualdade e equidade.

O Poder Público Municipal possui a função de manter serviços e programas de atenção à população de rua, com o objetivo de garantir padrões básicos de dignidade e não violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social.

A Política Nacional da População em Situação de Rua é pautada em uma perspectiva interdisciplinar e integral, tendo em sua estrutura duas bases. O que diz respeito à primeira é a verticalidade federativa, que conjuga ações federais, estaduais e municipais, se complementando, de maneira a tornar o trabalho destinado a população de rua como um trabalho articulado, não apenas nos diferentes profissionais a atender, mas também nas áreas do governo.

A segunda base defende exatamente a interdisciplinaridade e intersetorialidade de sua atuação, sendo indispensável o trabalho em conjunto das diversas pastas governamentais, mas também a intervenção e inclusão de instituições e movimentos da sociedade civil organizada, incluindo dessa forma a responsabilidade de segmentos em vulnerabilidade, como a população em situação de rua de todos, da sociedade civil em geral, não apenas do governo. Não deixa de ser, de forma bruta, uma das maiores características do governo neoliberal, que defende cada vez menos a intervenção do Estado, e cada vez mais transferindo os trabalhos que deveria ser construído e articulado pelos governantes para o chamado terceiro setor, que englobam as associações e entidades sem fins lucrativos e a sociedade.

b) ATENÇÃO BÁSICA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é desenvolvida com um alto grau de descentralização e próxima a vida das pessoas. A atenção básica pode ser definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, de forma a promover 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, de maneira a progredir e expandir uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Para tal, é preciso que a atenção básica se oriente a partir dos princípios de universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da equidade e da participação social, para que assim possa considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

O desafio para a efetivação de políticas de saúde para atender a esse segmento da população, reside no fato das condições de vulnerabilidade em que a população em situação de rua vive cotidianamente, tendo a luz dos princípios da Política Nacional para a população em situação de rua, discutida anteriormente, que defende a equidade e igualdade, assim como respeito à dignidade da pessoa humana, ao direito da convivência familiar e comunitária e ao atendimento humanizado e universalizado. Além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos emocionais, que possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo.

A rede de atenção psicossocial, em seu Art. 6º define que,

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de 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 a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;⁵

Sendo assim, as equipes dos consultórios na rua integram o componente de atenção básica da rede de atenção psicossocial e desenvolvem ações de atenção básica à população em situação de rua, devendo seguir os fundamentos e diretrizes definidos na atenção básica.

⁵ PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PRT3088_23_12_2011_REP.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). ACESSO EM 18 DE JULHO DE 2016

CAPÍTULO 3

PESQUISA/ ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

3.1. METODOLOGIA

A pesquisa se realizou através da análise e transcrição dos áudios de quatro entrevistas, realizadas em caráter de entrevistas semiestruturadas, baseado com roteiro prévio (em anexo), com profissionais do Consultório na Rua do Jacarezinho. Para respeitar o sigilo, os entrevistados serão identificados aqui como: Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3 e Entrevistado 4. A partir da transcrição dos áudios foram levantados temas decorrentes. É importante ressaltar que esta pesquisa está inserida em uma pesquisa mais ampla, o projeto: “Consultório na Rua: produção de demanda, atenção à saúde e inclusão social em situação de rua”, coordenada pelo Professor Erimaldo Matias Nicacio da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A análise de conteúdo é realizada através da codificação, no qual há a transformação de dados brutos de um determinado material, no caso as entrevistas, em unidade que representa o conteúdo. Nessa pesquisa, foi utilizada a análise de base temática, onde há um recorte a nível semântico, a fim de se destacar uma unidade de análise, que é o elemento mínimo da análise que está sendo construída, delineando tema que pode ser definido como: “Unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1977, p.105).

Isto é, o tema é despertado a partir da análise do texto à medida que é acentuado os fundamentos que guiam a leitura através da teoria que serve de base. A partir disso, a análise temática é baseada nos núcleos de sentido, onde a frequência daquilo que tem importância para o objetivo da análise apresenta-se.

Para uma análise de conteúdo bem-feita é importante a categorização, que é a classificação dos elementos da análise, implicando uma investigação dos elementos buscando seus aspectos em comum, a fim de diferenciar e reagrupar seguindo critérios pré-definidos, onde as categorias são rubricas ou classes que reúnem grupo de elementos, levando em consideração suas partes em comum, que tem como objetivo fornecer a representação simplificada dos dados brutos. Por fim, a classificação possui dois

momentos: o inventário, na qual se isola os elementos e a classificação que distribui os elementos, estabelecendo uma ordem.

Ao fim da análise das entrevistas foram delineados seis eixos de tema:

1. A importância do trabalho do Consultório na Rua;
2. O processo de trabalho;
3. Intersetorialidade e suas dificuldades;
4. As demandas dos usuários;
5. Avanços e críticas do trabalho;
6. Subjetividade da equipe;

Os eixos serão discutidos mais adiante, depois de uma rápida descrição do consultório na rua estudado, o Consultório na Rua do Jacarezinho.

3.2. CONSULTÓRIO NA RUA DO JACAREZINHO

Como objeto de estudo desse trabalho, é importante tratar do surgimento e do histórico do Consultório na Rua do Jacarezinho. Em outubro de 2010, há a criação do projeto “Tá ligado”, que era composto de ações móveis de prevenção de saúde em parceria ao CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) Raul Seixas e ONGS, o objetivo desse projeto era o de realizar ações de redução de danos adversos de doenças sexualmente transmissíveis, HIV, e o uso de drogas e a ações dirigidas aos usuários em situações precárias e assim considerados como de alta vulnerabilidade social na comunidade do Jacarezinho.

No início de 2012, o CAPS AD assume o projeto de maneira a ampliar em uma equipe de rua, alocado em uma clínica da saúde da família Anthídio Dias da Silveira, se tornando o primeiro posto de saúde da família de rua daquele território trabalhando a partir de uma equipe básica de um posto de saúde da família, composta de um médico, dois enfermeiros, uma técnica de enfermagem, duas redutoras de danos e quatro agentes comunitários de saúde, associados à uma equipe de saúde mental composta por dois musicoterapeutas, e dois psicólogos. A atuação da equipe do consultório do Jacarezinho

se organiza nas áreas do interior da comunidade e dos seus entornos a partir da concentração da população em situação de rua e suas constantes flutuações do território.

Como em qualquer outro Consultório na Rua, o do Jacarezinho trabalha através da conscientização da importância da redução de danos, a partir do entendimento que essa política não se resume apenas à entrega dos insumos e aconselhamento, mas também ao entendimento associados aos princípios básicos do Direitos humanos, que preza a liberdade e a autonomia do indivíduo em qualquer situação e forma. A partir do momento que a redução de danos é entendida como todo e qualquer ação que prioriza e procura minimizar os possíveis efeitos negativos que o consumo das substâncias podem causar à saúde física, mental e emocional dos usuários, sem generalizações, moralização e afirmativas, com um único motivo: a promoção da saúde desse público alvo.

A justificativa da implantação do Consultório na Rua na Comunidade do Jacarezinho encontra-se no fato de ser um dos menores índices de desenvolvimento humano (IDH) da cidade do Rio de Janeiro, como muitas cenas de uso de drogas e crianças em situação de rua. Necessitando assim, de uma implantação de uma trama de ações de cuidado específicos para essa população excluída da assistência.

A importância do trabalho do Consultório na Rua.

Apesar dos avanços na Constituição Federal de 1988, a Constituição cidadã, resultante de diversas lutas de movimentos garantindo os direitos sociais e políticos para todos os cidadãos. Entretanto, muitas vezes o Estado não consegue garantir o “mínimo constitucional” a sua população, entre eles a população em situação de rua. A essa população, diariamente é negado acesso às principais políticas públicas (saúde, educação, assistência social, programas de transferência de renda, moradia, segurança, lazer e cultura), por diversas questões mascaradas que tem como fundamento o estigma e o preconceito construído em torno dessa população que muitas vezes são associadas à periculosidade, a sujeira e ao crime.

Diante dessa ineficiência do Estado em garantir o mínimo constitucional, é necessário a criação e articulação de projetos e programas característicos, para setores específicos da sociedade. E assim, foram criados alguns dispositivos a fim de atender a população em situação de rua e os princípios da Política Nacional para População em

situação de Rua, entre eles o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito a vida e a cidadania e atendimento humanizado e universalizado, entre esses dispositivos, elenca-se o Consultório na Rua.

O Consultório na Rua tem como objetivo de integrar a população em situação de rua aos demais dispositivos da saúde e da assistência. Com um sentido mais amplo do que o cuidado da saúde meramente biológico, não se restringindo em executar procedimentos de saúde (tirar sangue, raio x, atendimentos primários) e sim com o cuidado em saúde socialmente determinado, descartando o paradigma que saúde é ausência de doença, há o cuidado do sujeito, em pensar na sua integralidade. O Consultório na Rua então, é uma equipe de saúde, de atenção básica, que atende a população de rua que vai buscar essas pessoas, através de uma demanda produzida.

A importância do Consultório na Rua reside no fato de reconhecer a pessoa em situação de rua como uma pessoa de direito, um sujeito integral e com sua subjetividade. Ao analisar as entrevistas, em diversos momentos é marcado pelos entrevistados a diferença entre o acolher e o atender, isto é, a importância que o profissional se afaste da posição de detentor de saber, no sentido de determinar o que é melhor para o sujeito, no qual se prioriza apenas o atendimento, e passe a ter uma escuta diferenciada, pautada no principalmente no acolher e não apenas do atendimento emergencial, levando em consideração a história do sujeito, no singular, trabalhando com uma escuta diferenciada.

escutar quais são as demandas das pessoas que estão ali, porque tem todo adoecimento do corpo, muitas das pessoas em situação de rua, elas tem um modo de vida, outros parâmetros diferentes dos nossos, então são pessoas que não tem cuidado, não só da saúde, mas de um modo geral, não são cuidadas pelo poder público, já romperam vínculos familiares, tem toda uma situação vulnerabilidade social, então quando a gente chega oferecendo inclusão dessas pessoas na linha de cuidado da atenção primária, por exemplo, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, chega com pote para colher escarro diante de uma tosse, a gente percebe que a demanda, que é do sujeito, que é dele, acaba não aparecendo, fica tudo em função da demanda que a gente coloca para aquela pessoa. Então eu acho que esse chegar despretensioso é muito importante para o trabalho, chegar, escutar, o que está difícil ali, naquele momento, entender como é o funcionamento daquela pessoa, naquele território se ela fica a maior parte tempo ali, quando ela não está, onde está, qual o meio que ela tem, que consegue mobilizar para poder sobreviver, então toda essa organização da pessoa é muito importante até, até não, principalmente para a gente pensar o cuidado em saúde dela (Entrevistado 2, 2015)

O acolhimento na área da saúde é necessário a partir do sentimento de empatia pelo outro, da quebra do distanciamento entre a equipe e o usuário, para tal, é preciso conhecimento, delicadeza e naturalidade o que requer um treinamento da equipe de forma

em geral. Nesse treinamento é preciso marcar a importância de desenvolver um sentimento de consciência por parte do profissional, convertendo-se em uma prática que não irá trazer prejuízo do respeito e da tolerância com o usuário. O acolhimento é considerado por Schimith (2004) como um processo, que é desenvolvido antes, durante e após o atendimento, que deve incluir todos os profissionais envolvidos de forma que cada um irá contribuir positivamente para o desenvolvimento assistencial e humanizadora segundo sua área de atuação, e como resultado disto, o usuário consegue se desenvolver de forma autônoma diante da promoção de saúde. A medida que o trabalho é feito em equipe de forma qualificada e eficiente, os resultados são melhores, e dentro deles está o bem-estar físico, psicológico, social e emocional do usuário.

No que diz respeito a atender o sujeito na sua integralidade é necessário marcar a importância de constituir o sujeito de direito, ou seja, não apenas acolher e atender a população em situação de rua em sua subjetividade, como sujeito de poder e detentor de direitos a uma situação digna, equidade e qualidade da sua vida privada e comunitária, mas também instruir a esse segmento a se empoderar como tal sujeito integral, de direito que possui particularidades. E isso é importante a medida que no momento que essa população se vê como sujeito presente, e não mais como invisível, marginalizado da sociedade, essa população passa a ter voz ativa, presente e assim começa a lutar, exigir uma mudança em sua realidade, passando a ter conhecimento, movimentando socialmente.

O processo de trabalho.

Os Consultórios na Rua buscam fazer a prática junto aos usuários, através de um serviço aberto e de demanda produzida, ou seja, as equipes itinerantes percorrem os bairros da cidade chegando ao usuário, através de cronogramas pré-definidos, indo ao local, ao local de moradia que é a rua, acolhendo a necessidade da população em situação de rua, sendo assim, é um cuidar que não vem de uma demanda espontânea e sim produzida, nesse trabalho o profissional deve abrir mão do princípio do saber, de que o cuidador, a equipe balizados pelo saber formal, ou intelectual, imagina ser o correto. As ações são feitas de acordo com as particularidades e vulnerabilidades apresentadas, que causa um desafio no cotidiano desses profissionais para produzir um cuidado capaz de

incorporar em suas intervenções, o inesperado, a surpresa em termos da atenção prevista, não há uma rotina prevista, uma forma de atender pré-definida.

A equipe ressalta o fato de que, para um trabalho eficaz, é essencial fazer a mediação com a realidade do território, sendo possível entender a sua realidade social e histórica. No entanto, percebe-se a dificuldade de legitimar a unidade inserida no local, não só para a população alvo, mas também como a população do local em geral, para que entendam o que a equipe do Consultório na Rua está fazendo.

Outro fator importante destacado pela equipe, talvez que tenha sido o que mais apareceu durante as entrevistas, elegido pela equipe como “porta de entrada” para o cuidado em saúde da população em situação de rua, foi a construção do vínculo, que através deste são criadas as relações baseadas na confiança, no diálogo, no respeito e na valorização do usuário enquanto pessoa. Este fator facilita o acesso aos equipamentos sociais e de saúde e a aceitação dos procedimentos ofertados.

A construção de vínculo é essencial para o trabalho da equipe por se tratar de um segmento altamente estigmatizado pela sociedade, sendo associados à periculosidade, sujeira e crimes, muitas vezes a população em situação de rua são vítimas da própria sociedade, sofrendo constantes ataques, tendo seu local de moradia destruídos, e retirados de maneira compulsória pela prefeitura a fim de fazer uma “limpeza” na cidade, de maneira a mascarar e esconder a situação de pobreza extrema vivida pela população em situação de rua, nos grandes centros e cidades, principalmente perto de grandes eventos.

Como resultado disso há uma grande desconfiança da população em situação de rua com os dispositivos do Estado, e com pessoas novas que se aproximam, onde a construção da confiança torna viável o cuidado do sujeito, o primeiro passo para a atenção primária. Surgindo de novo, o fato de que respeitar o tempo do sujeito, a sua subjetividade, é indispensável para o trabalho no Consultório na Rua, já que não é possível a construção de vínculo sem o reconhecimento do usuário como sujeito, que fala, sente e julga. É a partir do vínculo que se permite a construção de indivíduos autônomos, para Campos (1997), “o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”.

quando essa pessoa tem vínculo com a equipe, a gente já conseguiu de alguma forma construir isso, fica trabalho mais viável para cuidar daquela pessoa.

Aquela coisa, da gente suportar no primeiro momento trabalhar no tempo do sujeito, não no nosso tempo. (Entrevistado 2, 2015).

Por meio do vínculo é estruturado também o entendimento da doença que acomete o usuário, podendo assim sensibilizar e instruir ao tratamento certo. A medida que a equipe consegue construir um elo de confiança com usuário, um canal de escuta aberto, é possível explicar o funcionamento e tratamento de doenças mais graves e que não possuem sintomas de imediato, sintomas que afetam o dia a dia da população em situação de rua, como pneumonia, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis. A orientação da doença não pode ser apenas a informação pela a informação, é preciso que faça sentido, de uma forma que essa população possa a partir disso iniciar o tratamento de forma consciente e certo.

Como a gente vai trabalhar nessa perspectiva de cuidado, se é uma doença que não faz nenhum sintoma no primeiro momento para pessoa, não está incomodando em nada aquele corpo do sujeito e como faz? Então assim, demanda muito vínculo, investimento, porque as pessoas se vinculam muito na nossa posição. Então quando isso é trabalhado, começa a fazer sentido para ela, é possível a partir disso cuidar (Entrevistado 2, 2015).

Intersetorialidade e suas dificuldades.

Como dito anteriormente, a população em situação de rua possui caráter heterogêneo, é necessário, assim, um atendimento multiprofissional, buscando a conexão de diferentes áreas do saber, com intuito que o Estado desempenhe com eficiência seu papel de atendimento à população de rua, a fim de promover e garantir a emancipação e inclusão social. A intersetorialidade tem papel fundamental nesse sentido, segundo Raichelis (2000), esta permite uma abordagem diferenciada, sob uma ótica ampla da problemática social em seu caráter complexo e multidimensional. E ao seguir essa perspectiva, consegue atingir, mesmo que de forma emblemática, a abordagem da pobreza, no qual a concordância dos diversos fatores demanda diferenciadas e diversas ações de diferentes setores das políticas públicas.

O Consultório na Rua funciona a partir de um atendimento com equipes multiprofissionais, onde se tem a necessidade de uma confluência dos setores, sendo assim, é necessário além do trabalho multiprofissional que rege todo o atendimento do Consultório na rua, o um trabalho intersetorial, ou seja é a confluência de práticas, um esforço de uma análise global dos problemas e na promoção de práticas sociais mais

eficazes em relação à questão social atual. Não estamos falando de uma perspectiva de diferentes atendimentos, mas sim uma espécie de negociação de interesses em diferentes áreas e atores. Como por exemplo, no campo das políticas públicas, a intersetorialidade se encontra na articulação de saberes e experiências, com objetivo no planejamento para construção e avaliação de políticas, programas e projetos, a fim de atingir resultados. É importante salientar que a intersetorialidade não possui hierarquização dos saberes, e que um dos princípios é a descentralização, facilitando a integração pela abrangência da realidade territorial, como forma do processo de gestão de políticas e serviços, como espaço de decisão e controle de seus beneficiários e acompanhamento.

O Consultório na Rua é interligado e lotado a uma unidade de saúde, inscrito na atenção básica, sendo então um dispositivo do SUS, entretanto durante a análise da entrevista, pode-se notar que há uma dificuldade no que eles consideram como “porta de saída” do consultório, no qual o usuário, a população em situação de rua ao ser atendido pelo Consultório na Rua, deixaria de utilizar deste serviço para utilizar os demais dispositivos da saúde, como as unidades de saúde e assistência. Entretanto, por causa do estigma, muitas vezes essa população encontra barreiras ao tentar acessar esses serviços, não apenas os usuários, a própria equipe ao encaminhar acaba esbarrando nesses muros. A comunicação é a grande vilã nesse sentido, já que muitas vezes a falta dela, a falta de intersetorialidade é o que causa esse cenário. O que fere os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS) como é destacado:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (Lei 8.080/90, Art.7º)

E por consequência indo de encontro também ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que tem como função a gestão das ações na área de assistência social a fim de garantir a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, como sistema público não contributivo, descentralizado e participativo. É direcionado ao desenvolvimento humano e social, através da garantia dos direitos inerentes ao exercício pleno da cidadania, estruturada, assim como SUS a partir de princípios e diretrizes. Em diversos trechos do SUAS, e em seus princípios há o reconhecimento do território como fator econômico e social determinante para compreensão e enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social,

determinando que os serviços socioassistenciais devem ser ofertados em locais próximos ao usuário, o que infelizmente não acontece. Encontra-se no Parágrafo Único do Art. 6º: vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território.

A dificuldade ressaltada pela equipe do Consultório na Rua está localizada no fato de que por ser um dispositivo de saúde, há uma grande dificuldade de se comunicar com os outros setores e instituições, para encontrar suporte para as demandas apresentadas para equipe de, tornando difícil a construção da rede. Esse procedimento é um equívoco, já que a partir do momento que não se considera a saúde como ausência de doença e sim como o bem-estar psicossocial da sociedade, o Consultório na Rua deveria ter um acesso a rede sem barreiras e muros, para que o trabalho possa ser realizado e as demandas atendidas. Já que o Consultório na Rua não trabalha sozinho, por atender um segmento da sociedade com especificidade, quer dizer, a população em situação de rua, na sua grande maioria não possui documentos, não possui residência oficial e fixa, educação, esses e tantos outros motivos são usados como razões para o acesso negado as diversas políticas públicas.

a gente pega um sujeito que não tem saúde, que não tem habitação, não tem educação, não tem suporte familiar. Então a gente tem que acionar todo mundo. Então o Consultório na Rua não trabalha sozinho ele trabalha com assistência social, a gente tem contato com o CREAS sempre, é necessário. Com a secretaria de educação, com CRE também é necessário a gente fazer essa articulação. Articular também leitos em hospital geral nos casos que eram necessários. Articulação que dentro da própria comunidade, muitas vezes usuários tinham envolvimento com o tráfico e era necessário fazer uma certa mediação no território, informar para pessoas que aquela pessoa de repente tinha um transtorno mental ou estava passando por algum problema, mas que estava sendo acompanhado pela equipe e que de alguma forma estávamos cuidados, isso dava uma certa proteção (Entrevistado 3, 2015)

É necessário assim, que haja uma articulação do Consultório na Rua com os demais dispositivos da saúde e da assistência, não só no sentido da instituição, mas também da equipe e do público que acessa esses dispositivos. Fazendo com que haja uma maior informação, um conhecimento maior sobre esse segmento, quebrando os estigmas gerados em torno deles e como forma de garantir esse acesso, com o objetivo de quebrar o ideal que foi construído de que à população de rua, está destinado o atendimento somente aos mecanismos que foram criados a ela, como o Consultório na Rua.

a gente sabe de todos os estereótipos, de todos os preconceitos, e toda a dificuldade, que essa galera que vive, que percebe, que vive em relação às

barreiras de acesso que encontra nos serviços públicos, então a minha função é exatamente fazer a articulação, para que, quando não seja, quando a gente não possa cumprir essa demanda aqui, em vez de encaminhar simplesmente, dar um papelzinho para esse paciente, encaminhar ele para um outra unidade de saúde, ou para outro tipo de serviço, para que ele possa ser acolhido (Entrevistado 1, 2015)

Outra questão apontada para a dificuldade do trabalho, de desenvolver projetos, é o estereótipo, ao preconceito direcionado a essa população. A equipe afirma que tenta a todo o momento desconstruir o senso comum de que, por ser uma pessoa em situação de rua, logo, é usuária de droga, ou criminoso, o que é uma associativa falsa.

As demandas dos usuários.

No que diz respeito às demandas, segundo os entrevistados, a queixa principal seria aquela clínica, ou seja, sintomas que aparecem no corpo de forma rápida e precisa de uma resposta imediata, são demandas emergenciais, que dificultam o dia a dia do usuário, na sua rotina pessoal ou na sua rotina de trabalho para gerar renda.

Nesse momento do análise das entrevistas, nota-se que apesar do duplo desligamento a qual esse segmento sofre, segundo a teoria de Robert Castel (1997), no qual a marginalidade está ao fim de um percurso, fruto deste duplo desligamento, onde há ao mesmo tempo em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional, isto é, estar à margem da sociedade é resultado de uma ruptura tanto com a relação do mercado de trabalho, como das relações sociais, comunitárias e familiares. Entretanto, ao analisar as principais demandas geradas por esse segmento, pode-se afirmar que o desligamento com a relação de trabalho, seria a formal, já que os trabalhos realizados por esse segmento são aqueles do mercado informal que assim como a marginalização da população em situação de rua pela sociedade, estão à margem do processo de trabalho, como por exemplo: flanelinhas, guardador de carro, catador de lixo, material reciclado, entre outros.

Quer dizer, apesar desse desligamento com a sociedade formal, a centralidade do trabalho ainda é presente, já que as demandas em sua maioria são aquelas emergenciais, que atrapalham no seu cotidiano, que atrapalha na forma de gerar renda, mesmo que mínima. Este processo é fruto do paradigma da sociedade capitalista, na centralidade do trabalho, no qual seguindo a teoria de Marx o trabalho é o fundamento da vida humana, é o instrumento de mediação entre o homem e a natureza, que distingue o homem do animal, pois o homem através do trabalho, como atividade consciente regula e domina a

natureza, idealizando de forma prévia o seu trabalho, ao contrário dos animais, que seriam geneticamente programados a realizar o seu trabalho, sem a capacidade do pensamento, de idealizar previamente.

E ao contrário do que diz o senso comum, a procura pelo abrigo não é o primeiro tópico, já que os moradores de rua conhecem a realidade desses abrigos, onde muitos são considerados como “depósito de pessoas”, no qual há a possibilidade de perder o pouco que possuem por causa dos roubos frequentes. Ao contrário a queixa que aparece é o fato de que muitas vezes a população em situação de rua é obrigada a se abrigar, a partir das retiradas compulsórias dos seus locais de moradia.

Existe a demanda da busca de documento, como forma de ultrapassar as barreiras que o sistema coloca aos acessos aos dispositivos públicos, programas e direitos por falta de documentos. A conquista do documento, além de um recurso burocrático, pode ser considerada como um ato jurídico, de forma a representar uma conquista, um entendimento de lugar na sociedade, que a partir de então permite a existência, uma existência social, para além da existência física.

A busca por preservativos também é citada, porém na maioria dos casos, essa procura se torna possível após a realização do vínculo e a conscientização da importância do uso por parte do usuário, a partir do momento da conscientização do cuidado.

A reinserção familiar é pouco falada, às vezes há o sucesso deste trabalho, mas também há o fracasso se tornando um grande dificultador do retorno ao trabalho, ao local, já que o indivíduo fica envergonhado, se sente culpado por não ter conseguido voltar ao âmbito familiar, muitas vezes sendo moralizado.

A violência a essa população é tão grande, que acabam vindo de lados considerados opostos, a partir do momento que algumas demandas envolvem a questão de violência sofrida tanto pelo poder paralelo e da polícia. Violência motivada por pequenos furtos dentro da comunidade, de acordos feitos com o poder paralelo e não cumpridos, dívidas não pagas, entre outros.

Avanços e críticas do trabalho.

A partir do momento que o vínculo é construído, é estabelecido uma relação de confiança entre equipe e usuário, o usuário atendido passa a se tornar uma espécie de

propaganda para a unidade, à medida que passa a indicar os serviços do Consultório na Rua a outros indivíduos da população em situação de rua e possíveis usuário da unidade. Outro fruto do vínculo citado é que a medida que essa relação é estabelecida com a equipe, a própria localização da unidade, acabam indo ao local demandar atendimento. Enquanto no início, tinha que ir ao território trabalhar a questão da demanda, era um trabalho muito mais fora do que dentro, e no momento é considerado um trabalho muito mais dentro da unidade do que fora, o que é um problema para os princípios do Consultório na Rua. Já que o Consultório na Rua trabalha para produzir um cuidado de saúde, incluindo a pessoa com transtorno mental, questões do uso de drogas, em uma unidade básica de saúde, partindo de uma proposta de ir à rua e produzir um cuidado na rua, que é um desafio para a equipe a partir do momento que as pessoas se vincularam e buscam a unidade.

Entretanto não é considerado um avanço já que na medida que essa população vai até o Consultório na Rua para serem atendidas, poderiam ser absorvidas pela atenção primária, pela estratégia de saúde da família, já que elas chegam até a unidade. Ou seja, apesar de avançar com a população usuária, não avançou na questão do matriciamento da questão da estratégia de saúde da família, porque não conseguem ter uma percepção que essa população tem direito de ser atendida na unidade e não só pelo Consultório na Rua, mas em qualquer unidade de saúde que ela vem demandar a ação. Sendo assim, pode-se considerar um avanço à medida que população vai até a unidade do Consultório na Rua, foi construído o vínculo, produzido a percepção de autocuidado de perceber quando as coisas não estão bem com a saúde, já por outro lado, é ruim medida que a equipe acaba ficando na unidade e essa população não é absorvida pela estratégia da saúde, que deveria ser feito, e assim, o Consultório na Rua passa a funcionar como um ambulatório que atende a população em situação de rua. O que resulta na dificuldade desse usuário encontrar a porta de saída do Consultório na Rua, e assim a porta de entrada a outros serviços de saúde, assistência, outros serviços de modo geral.

Subjetividade da equipe.

O trabalho contemporâneo foi marcado por profundas transformações. A partir do momento que a globalização e a reestruturação do capitalismo pressionam a chamada reestruturação produtiva que é gerada a partir das transformações do trabalho a fim de atender os novos modos de acumulação, e o trabalhador inserido nesse mercado

sofre efeito dessas transformações de forma subjetiva. Sendo assim, as precarizações geradas pelo ideário neoliberalismo não surtem efeito apenas nas relações sociais e políticas, mas também nas relações, no mercado de trabalho e na força de trabalho, ocorrendo a flexibilização dos contratos e a da forma de trabalho.

Ao refletir sobre os efeitos subjetivos gerados por essa destruição da força de trabalho e associando de modo específico à equipe do Consultório na Rua, onde as condições de trabalho relatadas pela equipe nem sempre são as melhores, tanto de forma material como emocional, pelo fato de trabalharem com situações precárias, falta de material, problemas no fluxo do sistema, dificuldade na intersetorialidade, dificuldade de atender demandas, no encaminhamento à “porta de saída” da unidade e acima de tudo, por trabalhar com situações precárias do indivíduo, da miséria, fome, doença e pobreza extrema da população em situação de rua.

É muito comum o adoecimento subjetivo da equipe, no qual aparece em todas as entrevistas, onde há a necessidade de expor as dificuldades do cotidiano a partir do momento que afirma que é necessário “lutar para trabalhar”, pelos diversos motivos, tornando o trabalho muitas vezes cansativo não apenas físico, mas também emocional, frustrante, podendo levar à desmotivação do trabalho por parte da equipe.

Outro aspecto comum é o fato de que a equipe acaba transferindo o fracasso de algum caso ou trabalho para esfera particular de maneira a associar ao fracasso pessoal, trazendo para si a responsabilidade da vida da população, gerando uma angústia muito grande na sua vida pessoal, esquecendo que para um êxito no trabalho, não é possível apenas a demanda do Consultório na Rua e sim uma associação com os demais dispositivos, outro fato que contribui para o adoecimento subjetivo é o fato de que muitas vezes a equipe acaba por levar trabalho para casa assumindo o laço emocional, de forma a dificultar o desligamento do trabalho ao sair da unidade.

esse trabalho na rua, tem uma coisa que é incrível, ótimo, a falta de rotina, é um trabalho que está sempre extra cotidiano, você sempre pode se surpreender, então é muito rico para o profissional, mas ao mesmo tempo você mata um leão por dia, e trabalha nas piores condições que você pode imaginar, sem nenhum apoio de fato com a OS, com pouco apoio da Assistência, quanto mais você vai sabendo, entendendo, você vai entrando em desespero, de se comprometer. (Entrevistado 4, 2015)

então é insuportável ver o usuário com muitas demandas com toda uma situação de vida repleta de sofrimento de angústia, a gente ficar ali na linha de frente porque o CnaR fica na linha de frente, acaba sendo a porta de entrada da PSR na rede e muitas das vezes não conseguimos fazer a porta de saída. Então é uma porta que se abre e dependendo desse processo de escutar essas

demandas, do desdobramento para elas, esse usuário se ele não sentir que está sendo acolhido nas suas questões ele diz: “deixa isso para lá”, tem um desinvestimento as vezes da própria vida, e naquele lampejo que a pessoa consegue fazer essa demanda e a gente não consegue dar conta disso na rede, isso traz muito sofrimento não só para o usuário, mas para equipe também. (Entrevistado 2, 2015)

Porque as propostas são ótimas, mas os fluxos dentro do sistema são ruins. Então para quem milita com isso e entra com uma vontade de fazer o trabalho, a gente briga para trabalhar todo dia. (Entrevistado 4, 2015)

Da mesma forma que é defendido o acolhimento da população em situação de rua, a medida de defender a o atendimento de forma integral do indivíduo, na sua individualidade e particularidade, é preciso entender que a equipe também possui suas especificidades e precisam de uma atenção, à medida que ao enfrentar condições extremamente precárias e a dificuldade no atendimento podem levar ao adoecimento psíquico e físico dessa equipe, resultando em diversas situações como por exemplo o Entrevistado 4, que após alguns episódios e ao trabalho exaustivo, se expondo a situações adversas não conseguiu permanecer no trabalho, pedindo demissão.

CONCLUSÃO

A população em situação de rua, excluída dos mecanismos da sociedade e tendo a rua como seu lar é passível de consequências adversas como o tempo, doenças e possíveis ataques de violência, muitas vezes comprometendo sua saúde, tanto física, como mental, como se vê nos casos de dependência às drogas, e conseqüentemente, a sua sobrevivência.

Apesar de assegurado o direito aos Serviços de Saúde a qualquer cidadão brasileiro, sabemos que muitas vezes é negado a população em situação de rua o acesso a esses serviços, já que esse segmento é alvo de estigma e preconceito por parte da sociedade por viver em uma realidade muitas vezes de violência e drogas, sendo vista como “zumbis” e não como humanos, considerados na sociedade urbanizada como uma presença inoportuna e ameaçadora.

É neste cenário, que há a necessidade de atender a demanda do atendimento a um segmento específico da sociedade, a população em situação de rua que foram criados os consultórios na rua e demais dispositivos. O consultório na rua é um serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem função de assistência à saúde para pessoas em situação de rua, usuário ou não de droga.

O Ministério da Saúde (MS), ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial, com base na política de redução de danos, assume a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua

Isto posto, através da análise das entrevistas é possível entender a importância do trabalho realizado pela equipe do consultório na rua, a partir de um trabalho executado de forma a integrar a população em situação de rua aos demais dispositivos da saúde e da assistência, a partir de um conceito de saúde mais amplo, o de cuidado de saúde determinado.

É de suma importância para o trabalho, que seja reconhecido a pessoa em situação de rua como uma pessoa de direito, um sujeito integral, com condições históricas e sociais estabelecidas. E a partir desse princípio é possível se ter uma relação de acolhimento dos sujeitos no atendimento, a partir de uma escuta diferenciada e direcionada para o respeito da história do sujeito, da sua singularidade, e assim a partir do reconhecimento como sujeito de direito é viável o empoderamento destes sujeitos, para que possam defender a sua autonomia e subjetividade.

O trabalho realizado por parte do consultório a rua é o de estimular o cuidado em saúde desse segmento extremamente adoecido, parte de um território que não teve investimento público durante muito tempo, onde além da questão do tráfico de drogas, tem o fato de que a educação, a saúde, as políticas públicas de uma maneira geral e a própria população em situação de rua foram esquecidos pelo poder público e a sociedade em geral, o que interfere na produção do cuidado integral em saúde.

O processo de trabalho por parte da equipe do consultório na rua é permitido a partir de um processo de construção de demanda e vínculo. A partir do momento em que as equipes percorrem a cidade indo de encontro ao loco, ao lugar de moradia da população em situação de rua, em busca de uma construção de demanda, de maneira a conscientizar o cuidado em saúde, que muitas vezes não se torna visível e entendido para o indivíduo em situação de rua. E essa construção de demanda só é possível a partir de uma construção de vínculo com o usuário, que é composto através de uma relação de confiança, tornando-se a “porta de entrada” para o atendimento do usuário por parte da equipe.

Para que o trabalho seja eficaz, é preciso que se tenha uma boa comunicação entre a rede que é composta pelos diversos dispositivos da assistência e saúde, para que seja possível atender as demandas de cuidado produzida por parte dessa população, que é composta por indivíduos heterogêneos que possuem como característica em comum a pobreza extrema. A construção desta rede se torna de extrema importância a partir do momento que é possível ser estruturada como um estratégia político-administrativa, fortalecendo os poderes locais e reduzindo as formas de governos tradicionais e hierarquizados à uma nova prática interativa e de colaboração interinstitucional, sem que o conhecimento seja hierarquizado, o conhecimento deve ser empenhado de forma interativa e intrínseca, para uma melhoria do atendimento à população em situação de rua.

Acreditamos que a melhoria da comunicação das redes que atendem a população em situação de rua, traria bons resultados para o atendimento das demandas de forma mais rápida e eficaz e na concretização dos princípios do consultório na rua em que defende a ideia de que seja como um dispositivo de passagem para essa população, uma porta de entrada aos demais dispositivos. No entanto, uma série de fatores pode contribuir para que ele se torne um ambulatório exclusivo para a população de rua.

Dessa forma, ao tratarmos desse segmento social, é importante sinalizar o quanto se faz necessário o sentimento de empatia, construindo a visão do outro como cidadão de direito, com intuito da ruptura do distanciamento que se criou do “nós x eles”, tentando colocar fim à naturalização do sofrimento social, tratando-o como objeto.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARAÚJO, R. M. L. **A Respeito da Centralidade do Trabalho**. UFPA. Disponível em: <http://www.ufpa.br/ce/gepte/imagens/artigos/centralidade%20do%20trabalho%20-%20doutorado.pdf> . Acesso em: 18 de maio de 2016.

ANDRADE, Tarcísio Matos. **REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015. Acesso em 14 de Junho de 2016;

BARRATA, A. Prefácio. In: Batista VM, organizador. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude no Rio de Janeiro**. 2ª ed. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan; 2003. p. 15-33.

BATISTA, Nilo. **Introdução crítica ao direito penal brasileiro** – 2007 - Editora Revan 11ed. pg 93

BAUMAN, Zygmunt, 2005 – **O mal estar da pós-modernidade** / tradução Mauro Gama, Cláudia Martineli Gama: revisão técnica Luis Carlos Fridman – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Ed. 1988

BARDIN, LAURENCE. **Análise de Conteúdos**. 1977. EDIÇÕES 70, LDA. p. 103 – 108; 117 – 126

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 23 de dez de 2009.

BRASIL. LEI Nº 8.080 (1990). Brasília, DF. 19 de Setembro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm; Acesso em: 16 de maio de 2016.

BRASIL. LEI Nº8742 (1993). Brasília, DF. 07 de Dezembro de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm; Acesso em: 16 de Maio de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consultório de Rua do SUS. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/31/documentos/consultorio_rua_sus.pdf. Acesso em 28 de maio de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Drogas e Redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf. Acesso em: 28 de maio de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília- DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 19 de Julho de 2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº1.028 de 1º de Julho de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html . Acesso em 28 de maio de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº3.088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 18 de Julho de 2016.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em 19 de Julho de 2016.

CAMPOS, G. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (Org.). Inventando a mudança na saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO. **O Ministério Público na Fiscalização do Sistema Único de Assistência Social**. CAO Cidadania, Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

CASTEL, Robert. **A dinâmica dos processos de marginalização da vulnerabilidade a “desfiliação”**. Caderno CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19 – 40, jan./dez. 1997.

CONSULTÓRIO NA RUA A.P. 3.2/ JACAREZINHO – TRILHOS URBANOS.
Disponível em: <http://smsdc-esfpopruijacarezinho.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>.
Acesso em: 28 de maio de 2016.

É DE LEI – O QUE É REDUÇÃO DE DANOS?. CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. Disponível em: <http://edelei.org/pag/reducao-danos>. Acesso em: 28 de maio de 2016,

FERNANDES L. **O que a droga faz à norma. Toxicodependências**. 2009; 15(1):3-18.

FREY, K; PENNA, M; CZAJKOWSKI, S. **Redes de políticas públicas e sua análise**. Disponível em:
http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3795&Itemid=318. Acesso em 19 de Julho de 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 1963, Editora LTC, Quarta edição.

JUAREZ, Cirino dos Santos. Direito penal – parte penal 6º edição ICPC - 2014 pg13

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 18, n. 49, p. 251-260, Junho 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 Janeiro de 2016.

NETTO, J.P. BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

PACHECO, M. E. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em Fortaleza, Ceará.** 2013. 126 pgs. Mestrado - Universidade Estadual do Ceará.

PASSOS, E. H. SOUZA, T. P. (2011). **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”.** Psicologia & Sociedade, 23(1),154-162.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos para construção democrática.** São Paulo, Cortez, 2000

RAMOS, M.Z. **Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional: por uma genealogia nos modos de vida.** 2005. 93 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RODRIGUES, J. M. S., **A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PÓS CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988.** Disponível em:
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_INTERSETORIALIDADE_ENTRE_AS_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE.pdf ;
Acesso em: 16 de maio de 2016.

ROMANI, Oriol. **Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño (a). Drug Policies: prevention, participation and harm reduction. Salud colectiva** v.4 n.3 Lanús sept./dic. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a04.pdf>. Acesso em 27 de Janeiro de 2016.

SANTANA, C. **Consultório de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população em situação de rua.** Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf> . Acesso em 24 de maio de 2016.

SCHIMITH, M. D; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(06): 1487-1494,

nov-dez, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf> ; Acesso em: 18 de maio de 2016.

TRINDADE, Cristiano Santos. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes da saúde da família** .2010. Monografia – NESCON- Curso de especialização em atenção básica e saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ANEXO

ROTEIRO DE ENTREVISTA- PROFISSIONAIS

- O que é o consultório na rua?
- O que você faz aqui? (descrição sobre a atividade do profissional, objetivos, técnicas, etc.)
- Como se realiza o trabalho no consultório na rua? (a abordagem, o acolhimento, modo de acompanhamento dos casos, encaminhamentos, etc.)
- Você participou da mudança na qual o antigo Consultório de Rua se transformou em Consultório Na Rua? E como foi para você essa mudança?
- Que demandas surgem para a equipe no contato com os usuários?
- Vocês identificam demandas para as quais não conseguem dar encaminhamento?
- Fale um pouco dos usuários atendidos pela equipe (de onde vem, como circulam na cidade, tem família ou não, tem redes informais de apoio ou não, etc.).
- Como é a relação deles com a equipe e a unidade de saúde? (frequência, retorno, adesão a tratamento, etc.)
- Que respostas a equipe tem dado a essas demandas?
- Quais são as dificuldades que você observa no seu trabalho? (Subjetivas, institucionais, políticas, etc.)
- Que demandas são dirigidas a vocês pelos gestores?
- Como é para você fazer lidar com esses usuários no território? (como é a experiência de ir para a rua?)
- A sua experiência no consultório na rua influenciou sua vida profissional e pessoal?