



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA**



MÍRIAN GRACIE PLENA NUNES DE OLIVEIRA

**CONSULTÓRIO DE RUA:  
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

Salvador  
2009

MÍRIAN GRACIE PLENA NUNES DE OLIVEIRA

## **CONSULTÓRIO DE RUA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração Ciências Sociais em Saúde) sob orientação da Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Salvador  
2009

Revisão e formatação: Vanda Bastos

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Maria Creuza F. Silva CRB 5-996

---

O482c Oliveira, Mírian Gracie Plena Nunes de.

Consultório de rua: relato de uma experiência. / Mírian Gracie Plena Nunes de Oliveira. – Salvador: M.G.P.N. de Oliveira, 2009.

151p.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Pública. 2. Drogas - Consumo. 2. Crianças de Rua. 4. Serviços de Saúde. 4. I. Título.

CDU 614

---

FOLHA DE APROVAÇÃO

**CONSULTÓRIO DE RUA:  
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração Ciências Sociais em Saúde) sob orientação da Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Salvador, 23 de março de 2009

***Banca Examinadora***

---

Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté (orientadora)  
Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva

---

Profa. Dra. Ana Cecília Souza Bastos  
Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

---

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira  
Universidade de São Paulo - USP

*A Suzana Nascimento,*

*Querida amiga de tantos anos, sempre próxima, incentivadora, presente, antes e durante, lado a lado, para chegar até aqui, cujo apoio foi fundamental, na “travessia” que consistiu esse mestrado.*

*Sem palavras...*

*Muito obrigada!*

## AGRADECIMENTOS

*A Carolina e Guilherme, meus filhos queridos, força e inspiração para tudo.*

*Aos meus pais, distantes, mas também próximos, transmitindo sempre uma energia boa.*

*À Prof. Dra. Mônica Nunes, minha orientadora, principalmente por ser quem primeiro abriu a possibilidade para essa dissertação vir a se concretizar, pelas sugestões que deram corpo ao trabalho, e pela paciência, nesses dois anos, particularmente, mais difíceis. Ah! E dizer ainda que: “[...] o navio fez ‘meia volta’, encontrou uma brecha na Baía de Todos os Santos e foi para Portugal, salvando-se daquele horrível temporal... e eu pude entregar o seu chapeuzinho”.*

*Ao Prof. Dr. Antônio Nery Filho, coordenador geral do CETAD/UFBA, pela liberdade dada para conduzir o Consultório de Rua, e pelo apoio neste período do mestrado.*

*Ao Prof. Dr. Gey Espinheira e à Prof. Dra. Ana Cecília Sousa Bastos que, com suas sensíveis opiniões, influenciaram valiosamente na direção deste estudo.*

*Aos meus companheiros de Consultório de Rua, a todos, sem exceção, com quem foi possível compartilhar a intensidade das emoções do trabalho pelas ruas, tornando a dureza tão mais leve, a ponto de tudo fazer ser também um grande prazer.*

*Isis e Adriano, amigos e companheiros de CR, pela disponibilidade, carinho e vibração.*

*Às inúmeras pessoas com as quais trabalhamos nas ruas, responsáveis pela intensa e grandiosa experiência, de inestimável valor humano.*

*Ao amigo Romero, sempre disponível, e que junto com outros amigos, tão queridos, fazem da minha caminhada um caminho tão mais gostoso de andar.*

*A todos os profissionais do ISC, em especial a Anunciação, com seu jeito agradavelmente acolhedor.*

*A Maria Creuza, da biblioteca, calma e cuidadosa, na correria final.*

*A Vanda, revisora deste texto, que foi muito além, com suas palavras tranqüilas fazendo acreditar que tudo vai dar certo.*

*Ao CNPq, pelo importante apoio financeiro.*

*Enfim, a todos que me ajudaram a realizar essa tarefa desejada e tão difícil.*

## RESUMO

Essa dissertação realiza uma reflexão sobre a experiência do Consultório de Rua (CR), projeto desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), e implantado também no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) – Pernambués, em Salvador, Bahia no período compreendido entre 1999 e 2006. Seu objeto consiste em uma análise do Consultório de Rua enquanto prática de saúde que se propõe a atuar em contextos de risco psicossocial e uso de drogas entre jovens. Para a análise aqui empreendida, optou-se por um estudo de caráter qualitativo, utilizando como procedimento, a narrativa da experiência, por um viés autobiográfico, introduzindo o leitor desde a trajetória profissional da pesquisadora, até uma descrição detalhada da prática do CR, contemplando os cenários e a população-objeto. Do ponto de vista técnico-metodológico, foram utilizados os registros e notas dos diários de campo resultantes da observação participante dos profissionais da equipe do CR, relatórios das atividades, registros de reuniões da equipe multidisciplinar, informações gravadas fornecidas em entrevistas no formato de grupo focal e fotografias. Aspectos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, desde a Antiguidade até a sociedade atual, as características do seu consumo na contemporaneidade, a Política de Álcool e Drogas no Brasil, a experimentação de novas práticas de cuidado em saúde, como a clínica na rua, funcionando em novos *settings* terapêuticos tal como a Redução de Danos, são aqui abordados, com foco no consumo de substâncias psicoativas pelo segmento da população de rua, em particular, pelas crianças e adolescentes nessa situação. Finalmente, apresenta-se a experiência do Consultório de Rua, desde a concepção do Projeto até o desenvolvimento de suas ações, reforçando a pertinência da sua proposta como um dispositivo de atendimento ao segmento de usuários de drogas em situação de rua, e sugerindo a inclusão deste dispositivo na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** 1. Saúde Pública. 2. Drogas – Consumo. 2. Crianças de Rua. 3. Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

This dissertation analyzes the experience of an outdoor clinic as a health practice targeted at young people in a context of psychosocial risk and drug use from 1999 to 2006. The outdoor clinic project (“Consultório de Rua”) was developed by the Federal University of Bahia Medicine College Drug Abuse Study and Therapy Center (CETAD/UFBA) and also implemented at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD) in the district of Pernambués (Salvador, Bahia, Brazil). This qualitative study uses the auto biographical narrative to inform the reader about the researcher’s professional trajectory and detailed descriptions of the settings and the targeted population at the outdoor clinic. The outdoor clinic professionals’ records and field notes from participant observation, activity reports and proceedings from the multidisciplinary team meetings as well as recorded data from focal group interviews and photographs were analyzed. Aspects concerning the use of legal and illegal psychoactive substances from Ancient to Modern times, the specificities of current drug use and the Alcohol and Drug Policies in Brazil are approached together with new experiences in health care, such as outdoor clinics, working in new therapeutic settings, such as Harm Reduction, with a focus on the use of psychoactive substances by street children and teenagers. The experience of the outdoor clinic is then presented from its project to its implementation, and its proposal is shown to be pertinent as a means to deliver care to drug users in street situation, and suggesting the inclusion of this device in the network in the Brazilian Unified Health System (SUS) services.

**Key words:** 1. Public Health. 2. Drugs – use. 2. Street children. 3. Health Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Veículo adaptado para o atendimento na rua .....	53
Figura 2	Atendimento médico .....	79
Figura 3	Atendimento médico .....	79
Figura 4	Serviço social .....	80
Figura 5	Distribuição de preservativos .....	81
Figura 6	Atividade lúdica .....	84
Figura 7	Atividade lúdica .....	84
Figura 8	Atividade lúdica .....	84
Figura 9	Oficina de música .....	85
Figura 10	Oficina de música .....	85
Figura 11	Oficina de capoeira .....	85
Figura 12	Oficina de fantoches .....	85
Figura 13	Atendimento psicológico .....	86
Figura 14	Localização das Áreas 1; 5; 6; 7 e 10	89
Figura 15	Área na Cidade Baixa.....	90
Figura 16	Localização da Área 2	93
Figura 17	Instituição Viva a Vida	98
Figura 18	Localização Área 3	99
Figura 19	Centro Histórico	104
Figura 20	Centro Histórico .....	108
Figura 21	Local de uso de crack no Centro Histórico	112
Figura 22	Local de uso de crack no Centro Histórico	115
Figura 23	Localização da Área 8	120
Figura 24	Localização da Área 4 e 9	124

## LISTA DE SIGLAS

ACMD	Advisory Council on the Misuse of Drugs
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COSAM	Coordenação de Saúde Mental
CR	Consultório de Rua
ELP	Equipe de Ligação Psiquiátrica
FAMEB	Fundação de Apoio a Menores do Estado da Bahia
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
PRD	Programa de Redução de Danos
PRODEQUI	Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas
PSF	Programa de Saúde da Família
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SETRADS	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social
SESP	Serviço Estadual de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UNDCP	<i>United Nations International Drug Control Programme</i>
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	20
2.1 PLANO DE ANÁLISE .....	21
<b>3 DROGAS: COMPREENDENDO SEUS USOS</b> .....	24
3.1 AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE .....	26
3.2 A POPULAÇÃO DE RUA E O CONSUMO DE DROGAS .....	30
3.2.1 A infância nas ruas e as drogas .....	32
<b>4 A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS E O CONSULTÓRIO DE RUA</b> .....	36
4.1 A CLÍNICA NA RUA E OS NOVOS MODOS DE TRATAR .....	39
4.2 REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA ÉTICA DO CUIDAR .....	43
<b>5 O CONSULTÓRIO DE RUA</b> .....	51
5.1 INICIANDO A NARRATIVA... .....	54
5.2 OS OBJETIVOS .....	54
5.3 O PÚBLICO-ALVO E A POPULAÇÃO ATENDIDA .....	58
5.4 A ESCOLHA DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO .....	61
5.4.1 O tráfico de drogas .....	63
5.5 A EQUIPE .....	66
5.5.1 O trabalho em equipe .....	67
5.6 O COMEÇO... .....	70
5.6.1 O funcionamento do CR .....	73
5.6.2 A importância do vínculo entre o técnico e a clientela .....	77
5.6.3 Atividades na rua .....	79
5.7 OS CENÁRIOS E SUA GENTE: O <i>LOCUS</i> DA PRÁTICA .....	89
5.7.1 Área 1 .....	89

<b>5.7.2</b>	<b>Área 2</b> .....	92
5.7.2.1	Um pequeno relato de caso	98
<b>5.7.3</b>	<b>Área 3</b>	98
5.7.3.1	A “casa imaginária”: um relato	101
<b>5.7.4</b>	<b>Área 4</b> .....	102
<b>5.7.5</b>	<b>Área 5</b> .....	103
<b>5.7.6</b>	<b>Área 6</b> .....	107
<b>5.7.7</b>	<b>Área 7</b> .....	116
<b>5.7.8</b>	<b>Área 8</b>	119
<b>5.7.9</b>	<b>Área 9</b> .....	123
<b>5.7.10</b>	<b>Área 10</b>	125
<b>5.8</b>	<b>AS DIFICULDADES SENTIDAS NO TRABALHO NO CONTEXTO DE RUA</b> .....	126
<b>5.9</b>	<b>RELATOS DE FRAGMENTOS DE CASOS ATENDIDOS PELO CR</b> .....	131
<b>5.9.1</b>	<b>Caso 1</b> .....	132
<b>5.9.2</b>	<b>Caso 2</b> .....	133
<b>5.10</b>	<b>CENAS DA VIOLÊNCIA NAS RUAS</b> .....	135
<b>5.10.1</b>	<b>Cena 1</b> .....	135
<b>5.10.2</b>	<b>Cena 2</b> .....	136
<b>5.10.3</b>	<b>Cena 3</b> .....	137
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	139
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	145

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo está inserido na problemática do atendimento a usuários de drogas na rua e tem como objetivo uma reflexão crítica sobre o Consultório de Rua (CR), uma proposta de atendimento a crianças e jovens usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, vivendo em condições de risco e vulnerabilidade pessoal e social.

Essa experiência teve início, em 1999, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA); em 2004, tendo sido, também, implantado no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) Pernambués, em Salvador, instituição vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com a qual o CETAD/UFBA mantém uma relação de parceria técnica e apoio institucional. Nos dois serviços, exerci as funções de coordenadora e técnica da equipe do Consultório de Rua até o final de 2006.

O CETAD/UFBA é um serviço da Faculdade de Medicina da Bahia (extensão do Departamento de Anatomia Patológica) da UFBA que conta com a parceria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), da Secretaria da Justiça e Direitos Humanos (SJDH), da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), do Serviço Social da Indústria (SESI) e da Associação Baiana de Apoio à Prevenção, Terapia, Estudos e Pesquisa e do Abuso de Drogas (ABAPEQ), as quais oferecem a maior parte dos recursos humanos e dos materiais necessários para a realização das ações desenvolvidas no âmbito do tratamento, prevenção e redução de danos a usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Este serviço está direcionado à atenção aos usuários e seus familiares, aos profissionais de diversas instituições sociais, comunitárias, jurídicas, de educação e de saúde, através da oferta e do atendimento de demandas de capacitação relacionadas às substâncias psicoativas. A sua estrutura institucional é composta de quatro núcleos: clínica; ações comunitárias; ensino; e estudos e pesquisa, além de uma biblioteca especializada.

A motivação que me levou ao Consultório de Rua tem raízes de longa data. Ainda como estudante de Psicologia, havia me dedicado a projetos de intervenção social dirigidos a crianças e adolescentes, a exemplo do trabalho na comunidade do Calabar e do Alto das Pombas, através de um estágio na antiga Fundação de Apoio a Menores do Estado da Bahia (FAMEB), em Salvador. Após a

graduação, trabalhei na coordenação dos projetos “Sítio do Menor Trabalhador I” e “Sítio do Menor Trabalhador II”, dirigido a crianças de baixa renda residentes em bairros da periferia do município de Itabuna, fruto da parceria entre a Prefeitura Municipal e a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), no interior do estado.

Durante nove anos, trabalhei, também, no Lactário – Posto de Saúde, no município de Itabuna, onde propus a criação de um serviço público de atendimento psicológico para crianças e adolescentes, até então inexistente naquela cidade, ampliando-o, posteriormente, para uma atenção multidisciplinar, incluindo outras especialidades como fonoaudiologia, terapia ocupacional e neuropediatria. Esse serviço atendia crianças e adolescentes que eram encaminhados, em grande parte, pela rede básica de saúde e pela rede escolar municipal, tanto de Itabuna como de várias cidades circunvizinhas. A sempre crescente demanda levou à expansão desse serviço para mais quatro postos de saúde, consolidando, naquela ocasião, a assistência especializada em psicologia, no âmbito do serviço público, naquele município. Durante quatro anos, atuei, também, junto ao serviço de atendimento a pacientes portadores do vírus HIV/AIDS, no Serviço Estadual de Saúde Pública (SESP), de Itabuna.

Em consequência do trabalho de assistência aos portadores do HIV/AIDS – cuja forma de contaminação era, em grande parte, decorrente do uso de drogas por via injetável – e do surgimento, no consultório particular, de uma demanda de tratamento do abuso e dependência de drogas, busquei o CETAD/UFBA com o intuito de aprofundar os conhecimentos no campo das toxicomanias. Ao final do período de estágio, a convite do Coordenador do Centro, Dr. Antônio Nery Filho, passei a integrar a equipe de técnicos do setor da clínica do Centro e, em uma das “reuniões das quartas-feiras”, tive conhecimento do “Projeto Consultório de Rua – Atendimento móvel para meninos e meninas usuários de substâncias psicoativas em situação de risco pessoal e social na cidade de Salvador-Ba”, elaborado pelo coordenador do Centro.

O projeto, que até então não havia sido colocado em prática, logo despertou minha atenção, afinal, continha diversos pontos em comum com boa parte da minha trajetória, dedicada à clínica psicossocial no serviço público, acima relatada.

A oportunidade de concretizar o projeto veio no ano seguinte, em 1998, quando a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) buscava solução para o problema das

crianças em situação de rua que perambulavam pelo Centro Histórico, em permanente e intenso uso de drogas. Na ocasião, políticos e autoridades recebiam a pressão dos comerciantes do Pelourinho que se queixavam da evasão dos turistas, constantemente molestados por essas crianças. Os técnicos da SETRADS, sensibilizados pela situação vivenciada pelas crianças, discutiam os meios de solucionar o problema da forma mais adequada às suas características e necessidades, de maneira que essa intervenção pudesse ter uma conseqüência mais efetiva do que, simplesmente, retirá-las compulsoriamente da rua. Nessa ocasião, apresentei à equipe da SETRADS o Consultório de Rua como um recurso técnico para fornecer cuidados a esse segmento da população.

Como alternativa emergencial, poucos dias antes, a Secretaria dera encaminhamento à montagem de uma oficina, em um espaço cedido nas instalações da Igreja do São Francisco, no Pelourinho, que fazia parte de um projeto maior, o “Projeto Nossos Filhos”. Esse projeto oferecia às crianças em situação de rua a oportunidade de freqüentar a oficina onde receberiam alimentação, poderiam dormir e ter acesso a atividades lúdico-pedagógicas, em lugar de ficar nas ruas. Ao mesmo tempo, a equipe de técnicos da oficina entraria em contato com os familiares das crianças para viabilizar o retorno destas às suas casas.

Nessa ocasião, o CETAD participou, como parceiro técnico, da capacitação da equipe do projeto Nossos Filhos sobre temas relacionados ao consumo de drogas, realizando um estudo sobre o perfil dos meninos e meninas participantes da Oficina. Durante o período de um ano seguiu-se uma “capacitação continuada” ministrada por profissionais do CETAD, propiciando apoio técnico/teórico na condução das suas atividades. Mais adiante, a Oficina de Criatividade que funcionava na Igreja do São Francisco foi desfeita, mantendo-se o Projeto Nossos Filhos, que passou a atuar articulando uma rede com outras instituições como o Circo Picolino e o Projeto Axé, dentre outras.

Em janeiro de 1999, na seqüência dessa parceria, foi firmado um novo convênio entre a SETRADS/PMS e o CETAD/UFBA que, ao disponibilizar recursos financeiros, permitiu colocar em prática, pela primeira vez, o Consultório de Rua, viabilizando as ações de atendimento às crianças e adolescentes usuárias de drogas e em situação de risco, não mais somente àquelas do Pelourinho, mas também de mais três áreas da cidade onde havia concentração de grupos de jovens nas mesmas condições. A perspectiva era ir ao encontro desses jovens nos seus

locais de permanência e realizar os atendimentos no próprio espaço da rua, conforme a proposta delineada no projeto.

Começava aí, para todos nós que participamos dessa experiência, um, grande desafio. O Consultório de Rua suscitava em todos os profissionais da equipe um permanente questionamento sobre o nosso “fazer”. No início, fomos descobrindo “como fazer, fazendo”, tal o inusitado da proposta. Se, tradicionalmente, a clínica das toxicomanias já nos remete a uma busca constante de estratégias e formas de trabalhar as dificuldades freqüentes no manejo do tratamento, o atendimento fora dos muros institucionais convocava ainda mais a nossa criatividade.

Assim, durante os sete anos à frente do CR, período em que ocupei a função de coordenadora e, em concomitância, também, a de técnica, como psicóloga, atuando no atendimento aos usuários na rua, me deparei com inúmeras questões. A compreensão de que a equipe é a tecnologia essencial do CR requeria uma consideração especial no sentido de buscar aprimorar sua “*performance*”. O arsenal técnico/teórico deveria contemplar referências, tais como o trabalho no território, a clínica centrada no sujeito, a intersubjetividade e outros aspectos que estão na ordem do dia, no que diz respeito aos pressupostos dos novos modelos de atenção em saúde que se fazem presentes nesses tempos pós-reforma sanitária e reforma psiquiátrica.

Mas, afinal, onde gostaríamos de chegar, ou melhor, potencialmente, onde poderíamos chegar com uma proposta como essa? Qual a sua importância no cenário das novas alternativas do cuidado em saúde? A redução de danos poderia ser considerada uma estratégia clínica, avançando no seu papel inicial de estratégia de prevenção de riscos e danos? Os recursos humanos disponíveis no mercado de trabalho atualmente estão qualificados para o atendimento a segmentos da população tão especiais em seu modo de viver? Em que medida experiências como essa poderiam contribuir para a melhoria da formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde?

São muitas as perguntas suscitadas e não temos a pretensão de responder a todas elas, apenas nos propomos a descrever como realizamos essa experiência, tangenciando esses pontos de interrogação.

Assim, esse estudo objetiva analisar o Consultório de Rua enquanto prática de saúde que se propõe a atuar em contextos de risco psicossocial e uso de drogas entre jovens e, para isso, pretende-se:

1. Descrever a experiência do CR

2. Analisar a tecnologia de trabalho utilizada, buscando explicitar alguns fundamentos teóricos e princípios epistemológicos que embasaram as ações desenvolvidas pela equipe técnica.

Sendo assim, com este estudo, pretendemos obter uma reflexão sobre o Consultório de Rua, tomada sob a perspectiva da narrativa dessa experiência relatada pela coordenadora do CR/pesquisadora.

Para a consecução do objetivo proposto, optamos por um estudo de caráter qualitativo, caracterizado do ponto de vista técnico-metodológico como um estudo de caso, utilizando-se como procedimento, a narrativa da experiência, por um viés autobiográfico. Os dados foram produzidos a partir dos registros realizados no passado, no período compreendido desde janeiro de 1999 até dezembro de 2006, obtidos em notas dos diários de campo resultantes da observação participante dos profissionais da equipe do CR, relatórios das atividades, registros de reuniões da equipe multidisciplinar, informações gravadas fornecidas em entrevistas no formato de grupo focal, e fotografias.

## **JUSTIFICATIVA**

O aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas é observado em inúmeros países os quais vêm constatando o avanço dos problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (OLIEVENSTEIN, 1980; MELMAN, 1992, 2007; CASTELLS, 1993; LE BRETON, 2003). Além desse crescimento, observa-se, ainda, que a incidência desse fenômeno vem ocorrendo cada vez mais precocemente nas populações, e inclusive, em grupos sociais mais desfavorecidos. Assim, frente ao caráter de consumo de massa adquirido na pós-modernidade, a toxicomania e a farmacodependência se tornaram um problema de saúde pública.

Dentro desse fenômeno, uma grande preocupação tem sido o alto consumo de drogas pela população que vive nas ruas, como é plenamente observável no cotidiano das cidades, em diferentes países do mundo, dentre os quais, o Brasil, onde esse tema tem sido objeto da atenção de diversos profissionais, tanto no sentido de buscar maior compreensão sobre o fenômeno, quanto de investigar estratégias adequadas para o enfrentamento da questão (BUCHER, 1996; NERY FILHO, 1993; NOTO et al., 1993; 1997, 2003; CARVALHO, 1999; DIOS, 1999; DOMANICO, 2006).

Há bastante tempo, esse quadro aponta para a necessidade de renovação de idéias e de abordagens, para a consolidação de práticas criativas, a otimização da acessibilidade aos tratamentos e para o desenvolvimento de novas propostas de intervenção, no nível da prevenção e da assistência. Para isso, o setor saúde necessita qualificar os profissionais, capacitando-os para lidar com essas questões, assim como pensar medidas mais adaptadas às necessidades específicas dos seus usuários, levando em conta a particularidade de cada sujeito e a especificidade do contexto social em que está inserido.

O debate, a reflexão e a troca de experiências são fundamentais para o alcance desses objetivos, por contribuírem para a qualificação dos serviços de saúde. Logo, estudos que se proponham a investigar a pertinência, as dificuldades e as potencialidades de propostas que, como o Consultório de Rua, têm sido colocadas em prática, são de grande relevância para a atenção aos usuários de drogas em situação de rua.

## **ESTRUTURA DO TRABALHO**

Para alcançar o propósito de expor a experiência do Consultório de Rua, optamos por iniciar o leitor pela trajetória profissional da autora que evidencia sua afinidade com a temática do trabalho, e mostrar a conjuntura que permitiu a concretização do projeto no ano de 1999. Na introdução ainda, explicitamos a metodologia escolhida para esse trabalho na qual pretendemos, à medida que fomos descrevendo a experiência do Consultório de Rua, analisar a tecnologia utilizada na sua operacionalização.

No capítulo 2, esclarecemos mais detalhadamente as técnicas metodológicas utilizadas para alcançar os objetivos desse estudo.

No capítulo 3, procuramos partir de um horizonte mais amplo, tomando como marco teórico-conceitual a questão do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas desde a Antiguidade até a sociedade atual, mostrando que o uso de drogas não é um recurso novo na humanidade, mas que nunca, como agora, atingiu as dimensões de problema de saúde pública. O uso de drogas passou a assumir um caráter de sintoma social, dada a sua significação a partir da ideologia capitalista, que projetou sua popularização, fácil acesso e disposição dos indivíduos a tentar, por conta própria, dar conta de suprimir um mal-estar que advém das transformações que marcam a contemporaneidade.

Ainda nesse capítulo, começamos a nos aproximar do objeto do Consultório de Rua, trazendo o consumo de substâncias psicoativas pelo segmento da população de rua, em particular, o universo sociocultural das crianças e adolescentes em situação de rua e seu uso de drogas.

No capítulo 4, abordamos a Política de Álcool e Drogas no Brasil que, na esteira do processo da Reforma Psiquiátrica, encontra as bases para a formulação de suas diretrizes, com as propostas de criação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), abrindo espaço para a experimentação de novas práticas de cuidado em saúde, voltadas não só para os portadores de transtornos mentais, como para as especificidades dos usuários de substâncias lícitas e ilícitas. Citamos ainda a projeção da clínica para a rua, criando novos *settings* terapêuticos, nas quais nos incluímos, como buscamos demonstrar neste estudo.

Nesse capítulo também mostramos a Redução de Danos e suas experiências em diferentes países e cidades que vêm constatando ser essa uma estratégia com recursos e potencialidades mais amplos do que apenas uma adequada forma de aproximação aos usuários de drogas ilícitas, nos seus contextos de vida marginais, com um modo de atuar clínico e com efeitos terapêuticos eficazes, promovendo mudanças nas trajetórias de vida de muitos usuários de drogas.

No Capítulo 5, apresentamos uma narrativa da experiência do Consultório de Rua, descrita desde a concepção do Projeto até o desenvolvimento de suas ações, no período compreendido entre 1999 até 2006, quando a autora esteve à frente da coordenação, atuando também como técnica, na função de psicóloga. Na narrativa, procuramos demonstrar, o processo de trabalho, desde a escolha das áreas até o “como” fizemos para trabalhar com uma população tão peculiar, no seu próprio contexto, sem o “amparo” das regras instituídas pelos modelos clínicos tradicionais, mostrando as especificidades dessa prática, através dos relatos das atividades, da forma mais real e “viva”, buscando trazer o leitor o mais próximo possível da realidade dessa experiência.

Nas considerações finais, pretendemos reforçar a pertinência da proposta do Consultório de Rua como um dispositivo de atendimento ao segmento de usuários de drogas em situação de rua, e recomendamos a sua inclusão na estrutura dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de garantir a atenção a um segmento tão negligenciado pela sociedade, o que se

evidencia pela ausência de políticas públicas dirigidas a essa população, que vive às margens da sociedade.

## 2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Uma questão a ser considerada neste trabalho é a inserção da pesquisadora no processo de coleta e análise dos dados, em razão de sua participação como coordenadora do projeto Consultório de Rua e também como técnica, atuando lado a lado com a equipe, nas intervenções de campo. A essa dupla inserção, ora como coordenadora, ora como técnica (e, em muitos momentos, na sobreposição dos dois papéis), se junta, nesse momento, uma terceira posição, a de pesquisadora.

A objetividade e neutralidade do pesquisador implicado no campo de investigação é uma questão ainda bastante discutida nas pesquisas qualitativas com base na alegação de que sempre há o risco de, nessas condições, se “roubar” a cientificidade das pesquisas. Diante de tal implicação, objetamos que estamos sujeitos a um duplo risco: o de “iluminar (ou obscurecer) e vocalizar (ou silenciar)” nossos dados, como adverte Rodrigues (2003, p. 94). A imersão possibilita compreender o viver, sentir, falar e escutar o outro. As descobertas, nessas circunstâncias, acontecem em um processo dialético e paradoxal: “estranhar o que está se tornando familiar, familiarizar-se com o que se torna, mais uma vez, estranho” (NEVES, 2006. p.7). É nesse momento que é possível a ocorrência de novos conhecimentos.

[...] algumas considerações sobre o observador... Este pode inferir propriedades que são tácitas para aqueles que estão imersos na cultura estudada ao manter um constante olhar de surpresa para os eventos observados e estando, ao mesmo tempo, atento ao significado de sua própria experiência. (SCHATZMAN; STRAUSS, 1973 apud NEVES, 2006, p. 7).

Minayo (1994) ressalta a importância tanto da subjetividade, nas pesquisas sociais, como da pseudoneutralidade, nas pesquisas quantitativas, ao afirmar que a interferência do pesquisador estará sempre presente em qualquer situação de pesquisa, que tal viés poderá ocorrer em ambas as situações, pois o pesquisador é parte daquilo que ele busca comunicar. Assim, não podendo negar essa realidade, no campo das Ciências Sociais, adota-se a existência do pesquisador como fator circular no diálogo entre sujeito e objeto que sustenta o

campo da subjetividade sócio-humana, em seus fenômenos, acontecimentos, grupos e idéias.

## 2.1 PLANO DE ANÁLISE

Gomes (1994) sugere que as categorias a serem investigadas sejam definidas antes do trabalho de campo, ainda na fase exploratória da pesquisa, devendo essas, após a coleta dos dados, ser comparadas e formuladas. Seguindo essa orientação, definimos as seguintes categorias:

- a) o contexto social dos jovens usuários de drogas em situação de rua;
- b) a intersubjetividade no processo de trabalho em saúde;
- c) a tecnologia de trabalho; e
- d) a redução de danos em uma clínica na rua.

A perspectiva de análise foi tomada à luz do método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992) e referido por Gomes (1994). Nesse método, são destacados dois aspectos que nos parecem coerentes com o nosso pensamento, ao longo deste estudo:

[...] o fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta, e que os resultados de uma pesquisa em ciências sociais constituem-se sempre numa aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa. (1994, p. 77).

Na operacionalização do processo de análise dos dados, também segundo proposta de Gomes (1994) baseada na orientação de Minayo (1992), estes foram selecionados após exame minucioso, mapeando-se todos os dados obtidos no trabalho de campo, desde as transcrições e a releitura do material, a organização dos relatos e das informações resultantes da observação participante. Em seguida, foi realizada a classificação e elaboração das categorias específicas. No processo de análise final foram estabelecidas as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, com os quais buscamos responder aos objetivos do estudo.

Segundo Coffey & Aktinson (1996), deve-se trabalhar com a análise e a teorização, fazendo-se o trabalho intelectual e imaginativo em paralelo com outras ações de tratamento dos dados. A recomendação é corroborada por Gaskell quando afirma que “o trabalho de análise não é um processo puramente mecânico. Ele

depende de intuições criativas...” (2004, p. 86). Assim, ao longo deste estudo algumas articulações já foram sendo elaboradas.

Como ferramentas metodológicas foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa:

**Observação participante** – os instrumentos de coleta de dados foram os diários de campo dos profissionais da equipe do CR e da pesquisadora. Nos diários, pudemos encontrar o registro de uma gama de aspectos vivenciados no exercício do trabalho de campo (MINAYO, 1994), tanto da relação dos profissionais com os usuários de drogas, no desenvolvimento das ações, quanto da forma como lidaram com o trabalho no contexto de vida desses usuários (BECKER, 1994).

**Registros das reuniões da equipe técnica** – constantes dos livros-ata e dos cadernos de anotações, correspondentes ao período entre 1999 e 2006. Essas reuniões ocorriam semanalmente e tinham o propósito de discutir as questões relacionadas à prática, tais como o planejamento das atividades a serem realizadas na rua junto à população atendida, discussões de casos, supervisão das situações, dos avanços e das dificuldades vivenciadas pelos profissionais, aportes teóricos necessários para subsidiar a prática e avaliação do desenvolvimento das ações propostas. Após leitura dos registros dessas reuniões, foram destacados e organizados os pontos mais relevantes.

**Grupo Focal** – com entrevista aberta em grupo, essa técnica nos permitiu conhecer as atitudes, percepções e opiniões dos profissionais das equipes do CR, bem como os fatores que influenciaram no processo de trabalho e as interações entre os participantes (KRUEGER, 1988). Para o grupo focal foram convidados técnicos de diferentes categorias: assistente social, estagiário de medicina, médico, motorista, psicólogo, pedagogo, e redutor de danos, que tiveram participação em diferentes momentos da experiência e por períodos de tempo variados.

**Fotografias** – tiradas durante o período de realização das atividades do CR, enquanto registros complementares nos permitiram “documentar momentos ou situações que ilustraram o cotidiano vivenciado”, ampliando o conhecimento do estudo (MINAYO, 1994) e mostrando o contexto do universo pesquisado além do que as palavras escritas podem alcançar.

**Os locais da prática do Consultório de Rua** – o CR atuou em diferentes pontos da cidade de Salvador-Ba, nas áreas centrais, tanto na Cidade Baixa quanto na Cidade Alta, locais que, em sua maioria, são considerados pontos turísticos. A escolha das áreas para a intervenção ocorreu após o mapeamento da cidade,

realizado pela própria equipe técnica em itinerários pela cidade, buscando identificar os locais onde havia maior concentração da população-alvo – crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

Para a identificação e a definição das áreas contou-se com a ajuda de instituições que lidam com o mesmo público-alvo do CR, que nos sinalizavam as áreas consideradas por eles como mais problemáticas.

### 3 DROGAS: COMPREENDENDO SEUS USOS

Estudos sócio-antropológicos que tratam do conhecimento do uso de substâncias psicoativas (SPA) na história da humanidade relatam que o homem sempre buscou, desde datas imemoriais, formas de provocar alterações no seu estado de consciência, com o objetivo de modificar funções psíquicas e seus comportamentos, com as mais variadas finalidades, sejam essas terapêuticas, espirituais ou recreativas (ESCOHOTADO, 1994). O uso de psicoativos, segundo Mac Rae & Simões, “talvez seja a mais antiga, persistente e difundida técnica nesse sentido, encontrável nas mais diversas culturas humanas” (2000, p. 14), utilizada “em busca de uma ética espiritual e um aumento do conhecimento de si mesmo” (OLIEVENSTEIN, 1980, p. 8). Assim, o consumo de drogas deve ser encarado de uma maneira real, sem preconceitos, reconhecendo-se em seus usos uma função, para o sujeito e para a sociedade, na medida em que as drogas assumem significações na vida subjetiva e no âmbito da convivência e dos conflitos sociais (BITTENCOURT, 1994).

Olievenstein (1980) analisa o uso de substâncias psicoativas a partir do conjunto de três elementos, sujeito–substância–contexto sócio-antropológico, ressaltando que só a partir dessa equação é possível compreender os efeitos das drogas. Tanto no âmbito individual e subjetivo quanto no social e coletivo, é preciso tomar a perspectiva bio-psico-social relacionada aos usos de tais substâncias, porque seus efeitos dependem não só de suas propriedades farmacológicas, mas, também, dos contextos nos quais se formam as necessidades individuais, das épocas históricas e das várias culturas em que são utilizadas.

Dessa maneira, a questão do uso de drogas nas sociedades só pode ser compreendida se consideradas as múltiplas funções do seu uso, contextualizando-as frente aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e subjetivos em que se processam, visto que uma abordagem unidimensional do uso de drogas torna-se insuficiente para a compreensão adequada dos seus usos nas sociedades (BUCHER, 1996; MAC RAE, 2001).

Nesse sentido, os conhecimentos trazidos das disciplinas do campo das Ciências Humanas têm dado inestimáveis contribuições para a ampliação do olhar dos profissionais que atuam na área da toxicomania, oferecendo subsídios que reafirmam o caráter multidimensional da questão do consumo de substâncias

psicoativas. No início do século XX, os antropólogos trouxeram dados importantes para o setor saúde, a exemplo de Marcel Mauss quando desvendou que “há profundas relações entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social” (1950 apud MINAYO, 2006, p. 193).

Tomar as múltiplas dimensões do sentir humano, além de alargar a compreensão sobre o campo das toxicomanias, tem fornecido dados que ajudam a reduzir preconceitos e estigmas acerca de seus usuários, assim como tem contribuído para profissionais e formuladores de políticas públicas.

Logo, a título de obtermos uma análise sem preconceitos e distorções, faz-se necessário levar em consideração as características de cada subgrupo e sua cultura e, sobretudo, do sujeito e suas motivações, atentando, inclusive, para o fato de que nem sempre sobre o uso de psicoativos incidem danos e prejuízos à saúde do usuário ou à sociedade. Segundo Mac Rae, em grande parte da história, esse uso não representou ameaças à sociedade, visto que ocorria no bojo de “rituais coletivos ou orientados por objetivos e em circunstâncias que a própria sociedade reconhecia-os como expressão de seus valores” (2001, p. 14). Contudo, Espinheira chama a atenção para a transposição do uso ritualizado da droga para seu consumo freqüente:

Quando o consumo de drogas dissocia-se dos contextos de vida, isto é, como uma produção cultural específica, para subordinar-se à aceitação de um produto cuja forma e conteúdo são produzidos alhures ou introduzidos como um bem de consumo industrialmente produzido tem-se uma outra circunstância social que suscita outras considerações. (1991, p. 14).

Essa passagem faz referência a uma mudança do lugar que as substâncias psicoativas lícitas e ilícitas passam a ocupar, na vida social e subjetiva, para os indivíduos.

Dessa maneira, se torna imprescindível fazer uma distinção entre as várias relações de uso dos psicoativos, o que implica que há, também, uma diferenciação entre os seus consumidores. Nery Filho (1991) propõe uma categorização dos consumidores em três grupos, de acordo com a freqüência de uso da substância: os experimentadores, os consumidores eventuais e os dependentes ou toxicômanos. A freqüência, entretanto, não é o único aspecto a ser levado em consideração para uma avaliação da relação que se estabeleceu entre o

consumidor e seu consumo. Cruz, por exemplo, chama a atenção para o fato de que ainda que se forme uma “dependência física e psicológica, do ponto de vista do lugar subjetivo que o objeto ‘droga’ ocupa, nada nos autoriza a afirmar *a priori* que se trata sempre de um caso de toxicomania, mesmo que isso seja a tradução de muitos anos de consumo cotidiano” (2003, p. 28).

Por outro lado, a evolução do conhecimento científico tem mostrado que o uso de drogas não é apenas um instrumento para se atingir a dimensão “mágica” de transcendência da realidade externa, dentro dos padrões de uma regulação social, mas, também, aponta para a dimensão do sofrimento e da morte. Assim, se pensarmos no conjunto da sociedade, ainda que a maior parte dos consumidores faça uso de SPA dentro de padrões não prejudiciais, todas as modalidades de uso têm grande importância do ponto de vista dos riscos e efeitos danosos, tanto para o indivíduo quanto para a coletividade, a que estão sujeitos os que delas se utilizam.

Assim, alguns usuários não conseguem manter um uso controlado, estabelecendo-se uma relação problemática e, nos casos mais graves, uma “relação mortífera” com a droga, como denominamos na clínica das toxicomanias. Em todos os casos, porém, um fator essencial há de se levar em conta, na análise de cada um, qual seja, as condições subjetivas necessárias à instalação desses modos de relação com a droga, tal como informa Melman: “[...] em cada caso, as toxicomanias respondem a funções, senão a gozos, bem diferentes [...] e a questão seria então o de precisar justamente qual é o lugar delas, qual a sua função [...]” (1992, p. 66).

### 3.1 AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE

O desenvolvimento tecnológico, as novas relações econômicas determinadas pelo capitalismo e o conseqüente processo de globalização, alteraram profundamente as relações sociais, marcando com características peculiares, o modo de viver na atualidade, ditando a obediência quase sintomática ao mercado que caracteriza a sociedade de consumo.

Para Bauman, um dos efeitos da globalização é a perda dos “espaços públicos removidos para além do alcance da vida localizada”, que provoca mudanças radicais nas dimensões de tempo e espaço. Ainda segundo o autor, “as localidades estão perdendo a capacidade de gerar e negociar sentidos e se tornam cada vez mais dependentes de ações que dão e interpretam sentidos, ações que elas não controlam [...]” o que leva a uma “progressiva segregação espacial, à

progressiva separação e exclusão”, resultando na desintegração das redes protetoras tecidas pelos laços humanos, marcando alterações significativas nas inter-relações da vida coletiva (1999, p. 8-9).

A passagem da modernidade para a pós-modernidade é marcada por um processo de autonomização que permite aos indivíduos assumirem uma liberdade cada vez mais acentuada. Entretanto, as conseqüências da pós-modernidade revelam, sobretudo para os jovens na passagem da adolescência para a vida adulta, o vazio que, até então, era preenchido pelas grandes estruturas de sentido oferecidas pela religião, pelas tradições familiares, pelas crenças e valores culturais. De acordo com Lipovetzky:

[...] opera um processo de personalização, uma nova maneira de a sociedade organizar-se e orientar-se, nova maneira de gerar os comportamentos, não mais com a tirania dos detalhes, e sim com o mínimo de sujeição e o máximo de escolhas privadas possível, com o mínimo de austeridade e o máximo de compreensão possível. (2004, p. 20).

Os filhos das novas gerações procuram um sistema de referência que os ajude a viver, a sobreviver em uma sociedade que se transforma a uma velocidade absurda, diz Olievenstein (1980), para quem o aumento das toxicomanias é um efeito das exigências não ouvidas diante das novas configurações familiares e comunitárias. Desse modo, através do consumo de drogas, a transgressão, sempre comum na adolescência, tomou a dimensão de fenômeno de massa e de fato novo na civilização, assumindo outras significações.

Nesse sentido, Bucher (1996) assinala o papel das drogas no (dis) funcionamento social contemporâneo, na medida em que o seu uso corresponde a uma das respostas à questão mais ampla de um desconforto de ordem subjetiva e social, chamando a atenção para o inegável alastramento de seu consumo engendrado na rede de relações da macroeconomia mundial.

Outro aspecto comportamental importante na pós-modernidade é o crescente imediatismo: não há entremeios entre o desejo e o objeto de satisfação. Nunca, como agora, a busca pelo consumo do objeto e pela satisfação imediata se fez tão premente, na tentativa de se obter uma supressão do mal-estar, bem como de poder eximir-se do outro, numa posição que é paradoxalmente de dependência e

independência: independência do outro, mas dependência dos objetos postos no mercado para consumo.

Segundo Lipovetzky (2004), vive-se uma segunda modernidade ou uma hipermodernidade, termos que lhe parecem mais adequados para referir o momento histórico atual: “uma modernidade elevada à potência superlativa, uma modernidade desenfreada, feita de mercantilização proliferativa, de desregulamentação econômica”, formando uma “sociedade de consumo que se exhibe sob o signo do excesso, da profusão de mercadorias” (2004, p. 53 e 54-55).

Assim, na sociedade de consumo característica da pós-modernidade, o corpo se torna, também, um objeto a ser “consumido”, alimentado pela indústria da estética, da beleza e da juventude. O estabelecimento de novos padrões o coloca sob um imperativo ao qual o indivíduo deve se adequar, sob pena de pagar o preço da rejeição social, de amargar o sentimento de inadequação, de insuficiência e autodepreciação (LE BRETON, 2003; MARZANO-PARISOLI, 2004).

Nesse contexto, a ciência coloca à disposição um novo (velho) produto, que serve, ao mesmo tempo, tanto para o mercado de bens de consumo como para o mercado do gozo, onde o sujeito supõe poder encontrar um objeto em perfeita conformidade com as suas necessidades do momento. Tal objeto, as substâncias psicoativas lícitas – condição na qual incluímos, também, as substâncias psicoativas ilícitas – pode ser considerado como o “objeto ideal”, inclusive do ponto de vista comercial, dada a sua capacidade de gerar necessidade de repetição do consumo que lhe confere um lugar de destaque no mercado pós-moderno.

Sabemos que o homem sempre fez uso de drogas e que sempre utilizou o corpo como instrumento de representação da cultura. O que há de novo é a amplitude que certas práticas adquiriram nas modernas sociedades ocidentais propiciada pelas novas tecnologias que vieram alterar a relação da tríade corpo–sujeito–sociedade, instaurando um novo modo de relação entre os homens. Diante das mutações culturais em curso, surgem as novas formas de organização social que, por sua vez, ditam as novas relações do sujeito com seu corpo.

Lipovetsky afirma que, através de “mecanismos multiformes de sedução (novidade, hiperescolha, *selfservice*, mais bem estar, humor, entretenimento, desvelo, erotismo, viagens, lazeres)” (2004, p. 60), a sociedade de consumo fomenta nos consumidores um estado de permanente expectativa. Assim, completa Bauman, continuamente exposto a novas tentações, de modo a não “sossegar” o desejo, a nunca atingir a completude, o indivíduo permanece “[...] em estado de

perpétua suspeita e pronta insatisfação” (1999, p. 91). Nesse contexto, a oferta de objetos se faz de forma ostensiva e imperativa, embora as condições de obtenção, é preciso ressaltar, não estejam colocadas na mesma proporção para indivíduos de distintas classes sociais.

Analisando o uso de drogas socialmente aceitas, Le Breton lembra que os artefatos da biotecnologia possibilitam a modelagem do corpo e a manipulação do humor e, em vista disso, o indivíduo, através de próteses químicas e lançando mão do arsenal de psicotrópicos disponíveis no mercado, procura superar “um corpo percebido como falho pelas exigências do mundo contemporâneo” (2003, p. 22) e conseguir a disposição e o humor adequado a cada situação.

Nessa perspectiva, a mudança de valores sociais provocou a demasiada valorização das substâncias psicoativas. Por outro lado, a fácil acessibilidade e a enorme disponibilidade desses produtos no mercado, favoreceram a sua larga utilização, seja pela popularização das drogas lícitas, estimulada pelo mercado farmacológico, indústrias do tabaco e de bebidas alcoólicas, seja pela expansão das drogas ilícitas, sustentada pelo poderoso e lucrativo mercado ilegal de drogas.

Os detentores da ideologia dominante que pregam a negação do sofrimento e da noção de limites, depois do advento da globalização, sobretudo o tipo de globalização capitalista, conseguiram ganhar mais e mais adeptos consumidores dos produtos colocados nos mercados, oficial e clandestino, de psicoquímicos, para serem consumidos, de forma alienante, pelos sujeitos, em face de suas questões existenciais. Com efeito, para Ferry, a globalização capitalista apresenta seus aspectos positivos, contudo, trouxe, também, “efeitos devastadores sobre o pensamento, a política e sobre a vida dos homens” (2007, p. 239).

É por essa relação com o discurso dominante que Melman afirma que podemos tomar a toxicomania na dimensão de um sintoma social, ou seja, a partir do momento em que essa é, de certo modo, “inscrita no discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época” (MELMAN, 1992, p. 66), e ele diz que se trata de um sintoma, exatamente por falar de um mal-estar, o mesmo a que se referiu Freud (1930), em sua obra “Mal-estar na Civilização”. Para o sujeito, há sempre uma insatisfação fundamental e é na tentativa de atenuar esse mal-estar aí articulado que o toxicômano lança mão, de forma abusiva, das substâncias psicoativas. Essas, lícitas ou ilícitas, utilizadas como ferramentas químicas para a manipulação do humor, de acordo com a própria conveniência do sujeito, possibilitam a gestão farmacológica de si (LE BRETON, 2003).

Essa busca contínua de uma (ilusória) retificação de si, no entanto, não se passa sem riscos para o usuário, dada a natureza do produto e o seu potencial químico, passíveis de provocar prejuízos e dependência física e psíquica em determinada estrutura subjetiva. Seus efeitos podem ser benéficos e extraordinários, mas, também, capazes de causar conseqüências patológicas e danos extremamente nocivos em várias esferas da vida pessoal e social.

### 3.2 A POPULAÇÃO DE RUA E O CONSUMO DE DROGAS

Tomar o espaço das ruas como meio de sobrevivência não é um problema recente, já que desde as cidades pré-industriais se constatava a presença de hordas de miseráveis. Após a Revolução Industrial, no entanto, esse fenômeno vem aumentando, relacionado ao processo de ruptura social decorrente das mudanças no mundo da produção econômica, desde o crescimento do capitalismo – sobretudo da mudança do capitalismo financeiro e do neoliberalismo – e as agudas desigualdades sociais produzidas nesse processo (BURSZTYN, 2000).

O processo histórico do capitalismo aliado ao crescimento populacional deixou grande parte da população mundial “de lado” e “ao lado” da riqueza que o desenvolvimento econômico e tecnológico proporcionou – de lado: distante, fora!; ao lado: próximo, vizinho! –, o que Espinheira expressa, com exatidão, ao falar de uma “proximidade inacessível a bens e serviços dispostos pela sociedade da superabundância” (2008, p. 20). Vemos, assim, que essa massa populacional não compartilha os usufrutos dos bens gerados pelo crescimento econômico que engloba, no processo denominado de exclusão social, esse imenso contingente de “despossuídos” que, apesar de ser parte do “funcionamento do sistema”, é, também, refugio do próprio sistema (SAWAIA, 2007, p. 9). Nesse ponto, retomamos Bauman quando refere uma massa de trabalhadores e não-trabalhadores inaproveitáveis nas novas formas de produção capitalista, tornando-se “o lixo do progresso econômico” (BAUMAN, 2004, p. 148).

O termo exclusão apresenta uma ambigüidade de significados e diferentes dimensões que englobam desde a desigualdade social até o aspecto ético-político da injustiça, passando pela dimensão subjetiva do sofrimento, ressalta Sawaia:

Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico. (2007, p. 8).

Nesse sentido, a população que vive nas ruas, na impossibilidade de reconhecimento social e de sua dignidade humana, vivencia a situação de exclusão nas suas diversas dimensões.

Os anos 90 apresentaram uma mistura de “sem-tetos” que têm se juntado aos clássicos tipos que, até então, ocupavam as ruas, tais como pedintes, *hippies* e indivíduos saídos de hospitais psiquiátricos, que não retornam ao convívio do lar. Assim, outros personagens passaram a integrar a cena urbana, não mais, apenas, os mendigos, mas, desempregados e subempregados, adultos desocupados, crianças e adolescentes, cuja presença nos espaços públicos das cidades evidencia o que Wacquant chama de “modernização da miséria” (2005, p. 189). Esses novos grupos, formados por pessoas empobrecidas pela lógica econômica, desindustrialização e reestruturação global do capitalismo e pela política neoliberal – fatores que não oferecem amparo às populações à margem do mundo do trabalho –, são empurrados rumo à exclusão (CASTELLS, 1999, v. 3; BURSZTYN, 2000).

Vê-se assim, nas grandes cidades, enormes contingentes populacionais circunscritos em espaços como favelas e periferias formando os “buracos negros”, aos quais se somam outros tantos que “escapam” desses espaços que lhes foram reservados pela/para a segregação e se espalham pelo tecido social (CASTELLS, 1999, v. 3).

Esses grupos incluem crianças e adolescentes que crescem nas ruas e cuja saída de casa acontece cada vez mais cedo, muitos deles buscando ajudar na economia da família com pequenas atividades informais. Outros são impelidos para a rua em busca de alívio das tensões provocadas pelos conflitos, dramas e violências familiares. Logo, o risco está de ambos os lados, tanto na casa quanto na rua: na casa, por deixar de ser um lugar de proteção e, na rua, que passa a ser o espaço onde eles tentam se proteger do sofrimento e das ameaças da casa, vivem a dramática situação de não-lugar, de “lugar nenhum”. Assim, ao tentar “fugir do inferno de suas casas acabam no inferno da não-existência” (CASTELLS, 1999, v. 3, p. 189),

Uma vez nas ruas, se sentem atraídos pela liberdade experimentada o que, muitas vezes, acaba por conduzi-los a um progressivo desligamento de suas famílias e a outros caminhos que levam à destruição e a um processo irreversível – a delinqüência, a ilegalidade, o tráfico e o consumo de drogas, o encarceramento, os distúrbios mentais – que impedem o retorno a uma condição de vida socialmente aceitável. Jacobina & Nery Filho apontam esse percurso de forma muito real: “[...] buscando nas ruas espaço para viver, crescer, amar e – às vezes – morrer [...]” (1999, p. 80). E morrer precocemente, muitas vezes, de forma cruel.

Observa-se, que o cenário das grandes cidades inclui cada vez mais, em suas ruas, indivíduos que se caracterizam por levar uma vida nômade, solitária, de permanente perambulação, mendicância; indivíduos sujeitos à violência, à miséria, fome, uso de drogas, prostituição, compondo parte de um mundo que mais parece “o mundo das trevas” em contraste com as evidências de riqueza do mundo moderno e sofisticado dos centros urbanos.

### **3.2.1 A infância nas ruas e as drogas**

Em 2006, o relatório “Situação Mundial da Infância”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apontou que as crianças, em todos os países, têm sofrido os resultados da exclusão, enfatizando, em casos extremos, a invisibilidade que assumem, “[...] desaparecendo de suas famílias, de suas comunidades e de suas sociedades, assim como para governos, doadores, sociedade civil, meios de comunicação, setor privado [...]” (2006, p. 5), causada, sobretudo, pela violação de seu direito à proteção.

A existência de crianças e adolescentes em situação de rua é uma questão mundial, ocorrendo em países em desenvolvimento como o Brasil, México, África do Sul, Colômbia e Índia, mas, também, em países desenvolvidos como EUA, Canadá, Holanda e Austrália, diferenciando-se, apenas, os contextos socioculturais em que essa população está inserida, no cenário de cada país (NOTO et al., 2004, p. 27).

A denominação “criança em situação de rua”, em lugar de “crianças *na* rua” e/ou “crianças *de* rua”, é utilizada porque englobaria esses dois principais perfis classificados a partir do critério de vínculo com a família e de retorno à casa ao final de um dia. Essa definição, no entanto, deve ser considerada com certa reserva, uma vez que estudos que enfocaram esse aspecto constataram que o que acontece é

uma gradativa desvinculação da criança até que ela adote o espaço da rua como local de moradia, podendo levar meses ou anos para que se configure tal situação (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

No Brasil, o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) vem realizando pesquisas voltadas para os grupos específicos de usuários de drogas, desde 1987, que permitem conhecer e estabelecer a extensão do problema das toxicomanias no país. Esses levantamentos vêm focalizando o uso de substâncias psicoativas em diferentes grupos, de distintas classes sociais e faixas etárias. Dentre os grupos investigados está o segmento de crianças e adolescentes em situação de rua, cujos relatórios, realizados em diferentes ocasiões, abrangem um período superior a vinte anos.

Esses estudos foram realizados, inicialmente, em cinco capitais brasileiras e, em seguida, em seis capitais, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, sendo que o último levantamento, ocorrido em 2003, abrange todo o território nacional. Os resultados dessas pesquisas revelaram que o panorama geral dos jovens em situação de rua tem se mantido o mesmo, no sentido de que as precárias condições socioeconômicas de grande parcela da nossa população continuam produzindo a ida de crianças e adolescentes para as ruas, condições que se renovam ao longo dos anos, perpetuando esse quadro e dando-nos evidências da gravidade da situação e da necessidade de atenção ao problema (NOTO et al., 1993; 1997; 2004), de maneira que se conservam as mesmas características de vinte anos atrás, constatando que pouca coisa foi feita em relação a esse segmento.

Os dados obtidos em 2003, com relação ao item drogas usadas entre os jovens em situação de rua, quando comparados com os resultados anteriores, revelam que houve um aumento do consumo em relação a todas as substâncias psicoativas lícitas e ilícitas investigadas ao longo das duas décadas. Mostram, ainda, que a decisão de usar ou não drogas, no contexto de rua, é definida a partir da complexa rede de elementos envolvidos na situação vivida, tais como a fragilidade sentida no contexto da rua, os medos, o desejo de enfrentar desafios, ou seja, as funções e significados atribuídos ao uso. As precárias condições de vida nas ruas, com todas as implicações negativas aí envolvidas, como os elevados índices de consumo de drogas e os fatores de risco associados aos comportamentos relacionados ao estilo de vida dessa população, permanecem semelhantes às de vinte anos atrás (NOTO et al., 2004).

Analisando as razões para um consumo de drogas tão difundido entre as crianças em situação de rua, observou-se que o sentido e o significado desse uso “não se reduzem à busca de prazer” (DIOS, 1999, p. 80). Sua função, dentre outras, está ligada a produzir um anteparo às ameaças do ambiente e aos sofrimentos decorrentes da dura vida na rua. As drogas estão, portanto, relacionadas a uma estratégia de sobrevivência que ganha extrema importância, na medida em que seus efeitos fornecem uma multiplicidade de sensações, não só prazerosas, como euforia e poder, mas alterações da percepção da realidade que promovem uma proteção psíquica contra a dolorosa realidade externa e interna. Daí o uso, em grande escala, nesse segmento da população (NOTO et al. 1993; 1997; 2004; NERY FILHO, 1993; CARVALHO, 1999; DIOS, 1999).

Embora as drogas não sejam responsáveis pela ida de crianças e adolescentes para as ruas, é fato que, estando nas ruas, é difícil não usá-las e que, após experimentar a vida nas ruas usando drogas, muitos confessam a dificuldade de se manter longe delas. Assim, mesmo quando voltam à casa de seus familiares, acabam retornando para as ruas no intuito de poder consumi-las (NOTO et al., 2003).

Até o início da década de noventa, os inalantes eram as substâncias prevalentes para os meninos e meninas de rua, juntamente com alguns tipos de psicotrópicos e a maconha, utilizados em grupo e de forma lúdica, num modo de relação com a droga cujo significado estava mais ligado à inserção no grupo de rua, como “facilitador” do processo de socialização em um contexto novo para o recém-chegado às ruas, embora não isento das possibilidades de suas repercussões adversas.

Com a chegada do *crack*, a partir dos anos noventa, o uso de drogas na rua tomou uma dimensão ainda mais grave, devido às características dessa substância que, pelo seu grande potencial aditivo, rapidez de efeito e necessidade de repetição do uso pode causar rápida dependência física e psíquica. Além disso, seu relativo baixo custo reforça a sua procura e a manutenção do uso. Em consequência, o usuário passa a centrar o interesse, cada vez mais, em consumir a substância, ocasionando um afastamento de outras atividades e de seus pares. No caso de criança em situação de rua, ela passa a se isolar e a ficar avessa aos contatos com educadores e outros agentes de saúde, apresentando uma reação de hostilidade ou indiferença a qualquer aproximação e dificultando qualquer tentativa de ajuda que venha a ser oferecida (BUCHER, 1996).

Desse modo, as perspectivas da população usuária de drogas que vive na rua se tornam extremamente restritas pela composição de fatores superpostos que reforçam a situação de exclusão social. A reação da sociedade ao ignorar a sua existência, por sua vez, fere, profundamente, a dignidade desses indivíduos. Os maus tratos acabam por serem internalizados, contribuindo para um rebaixamento da auto-estima, já minada pelo descaso, descuido e desesperança, adotando contra si mesmos, comportamentos de auto-abandono e desinteresse pela própria vida.

As conseqüências da conjunção dos elementos entrelaçados nessa rede complexa de interações determinam a necessidade cada vez maior de respostas sociais que busquem formas mais adequadas e justas de abordagem do problema vivido por essa parcela da sociedade.

## **4 A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS E O CONSULTÓRIO DE RUA**

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica desencadeou o processo de reestruturação da assistência em saúde mental, evoluindo de um modelo centrado na referência hospitalar para um modelo de atenção diversificada, de base comunitária, com vistas à gradativa re-inserção social dos pacientes com transtornos mentais até então segregados em grandes “hospitais-depósitos”. Para a concretização da desospitalização dos pacientes, uma rede de serviços substitutivos extra-hospitalar vem sendo construída, há mais de uma década, da qual os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem o principal dispositivo (BRASIL, 2004a).

A “Política de Saúde Mental”, instituída através da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” vem garantindo a consolidação e a expansão da rede de serviços substitutivos (BRASIL, 2004b). Na esteira desse processo, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, recomendada desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001 (SUS, 2002). Assim, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), específicos para o atendimento aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, foram incluídos, desde 2002, na rede, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004c).

Em paralelo, em 2003, o Ministério da Saúde reforçou a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas instituindo o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas” com o objetivo de articular ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas, a fim de organizar e implantar uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção para estes usuários (BRASIL, 2004d).

Com a criação da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas”, ainda em 2003, o Ministério da Saúde demonstra o reconhecimento de que “os comprometimentos associados ao consumo de álcool e outras drogas se constituíam em graves problemas de saúde pública, e que podia

ser constatado um atraso do SUS em relação à assunção de responsabilidade pelo enfrentamento desses problemas” (MACHADO, 2006, p. 59).

A atual Política de Álcool e Outras Drogas adotou os dispositivos dos CAPS AD como equipamentos de saúde fundamentais para o tratamento dos usuários de drogas, por se caracterizarem como serviços flexíveis e abertos, facilitando o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. Além disso, ao priorizar a intervenção no *locus* de convivência da clientela, esse serviço se torna um articulador de outros recursos da comunidade e promotor de ações intersetoriais, possibilitando ao usuário em tratamento melhor inserção/integração em seu próprio ambiente de convivência. (BRASIL, 2004a).

As políticas de repressão às drogas que visam a diminuição do consumo pela população por meio da redução da oferta têm sido consideradas, de modo consensual, dispendiosas e ineficazes, com resultados práticos extremamente reduzidos em termos de saúde pública, da mesma forma que as propostas cuja meta é a abstinência, têm revelado pouca resolutividade, pois, muitas vezes, o usuário não quer abandonar seu consumo, pelo menos, não naquele momento. Assim, as tentativas de solução do fenômeno da expansão das drogas focadas no binômio repressão/abstinência têm sido consideradas, no mínimo, insuficientes (BUCHER, 1996; BASTOS, 1994; BASTOS 2003).

De maneira que o Ministério da Saúde, ao elaborar uma política pública para álcool e drogas, indica o paradigma da redução de danos como estratégia fundamental, em conformidade com níveis de exigência e critérios mais flexíveis no tratamento dos usuários de drogas, por reconhecer as suas dificuldades no que tange à adesão ao tratamento, e o papel ativo do usuário nesse processo, fortalecendo a concepção da redução de danos “como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada” (BRASIL, 2004a, p. 24).

Vale ressaltar ainda que dentre as diretrizes da Política Nacional Integral e Intersetorial de Redução de Danos à Saúde e ao Bem-estar Causados pelas Bebidas Alcoólicas um dos pressupostos éticos estabelecidos é a “obrigação do governo e da sociedade proteger os segmentos mais vulneráveis ao consumo prejudicial e do desenvolvimento de hábito e dependência, como as crianças e adolescentes” (BRASIL, 2004b, p. 38).

Não obstante, os dados encontrados por Noto et al. (2004) revelaram que a maior parte dos jovens em situação de rua que buscou ajuda a fim de parar ou reduzir o consumo de alguma droga o fez junto a uma instituição de assistência

específica para essa população, sendo que apenas 0,7% dos entrevistados procuraram uma unidade de saúde, mostrando “a enorme distância entre a situação de rua e os serviços de saúde”. Fatores como “a descrença dos jovens em relação aos profissionais de saúde, a pouca familiaridade com os serviços de saúde”, além dos “preconceitos dos profissionais em relação à situação de rua” parecem entrar no rol das dificuldades para se estabelecer uma relação com a rede sanitária institucionalizada (2004, p. 72).

Evidências como essas levam Paim a fazer uma alusão à estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) sugerindo “que deveriam ser cogitadas alternativas para os ‘sem família’, como as crianças e adolescentes em situação de risco e grupos residentes em áreas sob o domínio do tráfico” (2005, p. 67). Nesse sentido, o atendimento a grupos em situação de risco e de exclusão social procura transpor o desafio de combinar o princípio da universalidade com o da equidade como forma de minorar as desigualdades existentes, concretizando, na prática, dois dos princípios éticos que regem o SUS.

Esse aspecto é reforçado por Teixeira (2002) que refere a importância da busca de alternativas que possam contribuir para o alcance e a aproximação dos objetivos de universalidade, integralidade e equidade, bem como da investigação e reflexão crítica do processo e dos resultados da implementação de inovações gerenciais, organizativas e operacionais em saúde cujas atividades extrapolem os muros das unidades de saúde, articulando ações educativas de promoção da saúde com ações de prevenção de riscos e agravos. Desse modo, ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários dirigidas aos segmentos da população excluídos do acesso aos serviços, vêm se apresentando, como uma das estratégias de reorganização da atenção primária da saúde (TEIXEIRA, 2002).

Algumas experiências que vêm sendo realizadas no Brasil através da estratégia de redução de danos apontam para uma resposta extremamente positiva, não só em relação aos números, que evidenciam uma maior adesão dos usuários às orientações preventivas relacionadas ao uso de drogas injetáveis como, também, para o alcance que os princípios éticos da RD podem atingir ao lidar com os usuários no seu contexto de vida, e, ainda, pelos efeitos resultantes do estabelecimento de laços entre esses e os redutores de danos (CONTE, 2003; LANCETTI, 2006).

Dentro dessa perspectiva, o Consultório de Rua foi citado pelo CEBRID (NOTO et al., 2004) como um dos projetos implantados no Brasil que se

caracterizam pela participação ativa junto à população de rua, buscando atender às necessidades da população jovem em situação de risco e usuária de substâncias psicoativas e respeitando seu contexto social. Na sua prática a presença de uma equipe multidisciplinar procura assegurar a integralidade da assistência atuando numa perspectiva interdisciplinar no cuidado integral ao indivíduo.

Tais iniciativas introduzem mudanças na formação e na capacitação dos sujeitos das práticas e nas suas relações de trabalho, assim como na melhoria da qualidade e na humanização do atendimento, expressos no “acolhimento” e estabelecimento do “vínculo” entre os usuários e os profissionais.

Nesse sentido, a proposta do CR contém os elementos preconizados na política, de tal maneira que, desde o primeiro momento, contou com o apoio de instâncias governamentais tais como a Prefeitura Municipal de Salvador; o Governo do Estado da Bahia – através das suas secretarias da Saúde, da Ação Social e do Trabalho, e do Combate à Pobreza; do o Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), sugerindo a consonância de seus princípios com as diretrizes da macro política de saúde e de álcool e drogas.

#### 4.1 A CLÍNICA NA RUA E OS NOVOS MODOS DE TRATAR

Após o movimento da reforma sanitária brasileira, tornou-se um desafio implementar os princípios ético-doutrinários do Sistema Único de Saúde, no plano da operacionalização das ações de saúde. Alguns autores como Mendes-Gonçalves (1992), Schraiber & Nemes (1996) e Merhy (2002) têm se ocupado com o processo de transição tecnológica em saúde, até então pautado no modelo médico hegemônico. De um modo geral, fazem referência a um novo modelo que deve estar pautado em uma lógica usuário-centrada. Nesse sentido, assinalam o espaço inter-relacional entre trabalhador e usuário como o lugar privilegiado e central para essa transição na qual é necessário o aprofundamento de novos conceitos para uma construção teórica que dê conta das singularidades dos processos que ocorrem nos interstícios dessa relação.

Para isso, Merhy utiliza a noção de tecnologia em um sentido mais amplo, incluindo como tecnologias “certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana” (2002, p. 45) e propõe uma classificação que denomina de “tecnologias duras”, “leve-duras” e “leves”, de acordo

com a utilização ou não de máquinas e equipamentos envolvidos no trabalho em saúde, de saberes estruturados e de relações do tipo produção de vínculos.

Tomando em consideração um referencial da Psicanálise, que afirma que é a partir do reconhecimento do outro que o sujeito passa a ter existência (CABAS, 1982) e “que não há subjetividade que se organize fora do laço social” (MELMAN, 1992, p. 42), poderemos compreender que o conceito de transferência é fundamental para o entendimento da relação intersubjetiva que se processa entre os atores do processo de cuidado em saúde. O conceito se faz importante para operar atos de saúde não só dentro da clínica psicanalítica, como, também, nas relações onde os espaços de intersubjetividade se estabelecem, para que se possa processar o que Merhy (2002) irá denominar de “microdecisões” que, em última instância, irão determinar o êxito ou o malogro da intervenção, ou melhor, configurar-se ou não em um ato terapêutico.

Ayres (2004) também traz a necessidade de reflexão sobre o conceito de “cuidado” ao referir-se à renovação das práticas de saúde, tal como imposta pela emergência dos novos discursos no campo da saúde pública. Para isso, diz o autor, é preciso considerar os vários elementos presentes no relacionamento que se estabelece entre os atores envolvidos no ato de cuidar que deve se configurar como um encontro “desejante” para que essa seja, de fato, uma relação que implique em efeitos consistentes.

Na nossa experiência no CR, esse aspecto era perceptível quando, nos primeiros contatos com os usuários, esses pareciam nos tomar em observação, como se perguntassem “o que nos levava ali”, que interesse havia por trás de nossa presença e oferta, mantendo uma postura desconfiada, até que se construísse uma interpretação de que “nós éramos gente boa”, e estávamos ali não porque o governo pagava, mas porque a gente “realmente se interessava” por eles, como pudemos verificar na fala de uma das pessoas atendidas.

O entendimento de que os profissionais são sujeitos das práticas tanto quanto o usuário a quem dirigem seu trabalho e que o trabalho em saúde só se processa através dessa íntima relação trabalhador-usuário, evidencia, na nossa experiência, a necessidade dos cuidados dirigidos tanto à equipe quanto à população atendida pelo CR, pois também os técnicos se configuraram atores/objetos dessa prática.

A atenção e o acolhimento aos técnicos foram elementos importantes durante a coordenação do CR, ultrapassando-se as orientações técnicas e os

aportes teóricos. Assim, se tomamos o profissional como o operador da mudança, qual seja, o operador da geração de novas práticas de saúde, na direção de efetivar as transformações sonhadas pela Reforma Sanitária, ele é tanto o *meio* quanto o *fim*, nesse processo, e, portanto, objeto de atenção, no curso da nossa experiência no CR.

O cuidado à saúde dos usuários de drogas na rua exige propostas que levem em consideração o contexto e o modo de vida, buscando-se o resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania e da dignidade humana. Os contextos de vida e as particularidades do público atendido pelo CR são aspectos singulares na experiência de atendimento na rua: para os profissionais, ir ao encontro da clientela onde ela está, implica em uma série de adaptações no seu modo de atuar; para os usuários, poderá tornar-se um meio pelo qual se possibilita a passagem de uma posição de objeto, em que o indivíduo está “coisificado”, para ocupar um outro lugar, enquanto sujeito e cidadão.

Se, a princípio, se poderia questionar sobre possíveis efeitos indesejáveis de ações com tais características, que poderiam determinar e fortalecer comportamentos de acomodação e dependência social, por outro lado, podemos argumentar que essas poderiam levar, também, ao desenvolvimento de atitudes opostas, ao quebrar resistências e fazer vislumbrar outras possibilidades de existência, o que dependeria do manejo dessa clínica no conjunto dos operadores e das variáveis em jogo no contexto da ação.

Nesse sentido, tomamos emprestado da área do Direito o conceito de “discriminação positiva”<sup>1</sup>, conceito tradicionalmente utilizado como mecanismo para “garantir a ascensão social de determinados grupos desprotegidos socialmente” (FERREIRA; FERREIRA, 2004, p. 1), utilizando-o de modo extensivo e diferentemente da sua noção tradicional, apenas para fazer a ressalva de que propostas dentro da perspectiva de uma oferta programada podem facilitar a integração de segmentos da população em situação de exclusão, de modo compensatório às desigualdades sociais. Assim, Ferreira & Ferreira propõem um novo conceito, mais ampliado, de discriminação positiva:

---

1 Para Joaquim B. Barbosa Gomes (2001), as ações afirmativas (ou discriminações positivas) podem ser definidas como políticas públicas ou privadas voltadas à concretização do princípio constitucional da igualdade material e à neutralização dos efeitos da discriminação racial, de gênero, de idade, de etnia e de compleição física. (FERREIRA; FERREIRA, 2004, p. 1).

[...] o conjunto de medidas públicas ou privadas de atendimento a demandas específicas de pessoas individualmente consideradas, mas inseridas em um contexto social desfavorável, potencialmente capazes de promover alguma mudança social. (2004, p. 3).

Assim, a oferta programada de determinadas ações viriam, não só, dar acessibilidade aos grupos de maior risco social, quanto exercer o princípio da equidade. Vale ressaltar aqui, tratar-se de uma proposição que visa substituir o modelo assistencial predominante, pautado no modelo médico-hegemônico no qual os serviços de saúde atuavam na perspectiva de uma demanda espontânea, ou seja, a partir de uma procura realizada pelo indivíduo quando estivesse já com alguma patologia.

A oferta programada pressupõe uma lógica em que há um planejamento: ofertar aonde se supõe que, no mínimo, haja uma demanda, demanda que pode não estar ainda formulada. Assim, na oferta programada, o indivíduo é abordado antes do aparecimento de um problema, de modo a ser possível identificá-lo o mais precocemente possível. Essa oferta é orientada a partir de estudos epidemiológicos que antecipam intervenções em grupos com vulnerabilidades e agravos específicos, gerando diagnósticos situacionais, os quais orientarão propostas que levam em conta as noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, o que irá permitir a utilização de recursos com certa racionalidade.

A territorialidade é um aspecto fundamental nas ações das políticas de saúde, haja vista que é no território que acontece a vida, individual e coletiva, com suas inter-relações, seu ambiente social, cultural e em suas condições físicas espaciais. A noção de território extrapola, portanto, a noção geográfica, sendo considerado como um espaço simbólico, de bens não materiais. É inserido no contexto existencial da vida cotidiana, territorializado, de um determinado grupo, que os profissionais podem observar o seu modo de viver em sua intensidade, sua dinâmica própria e os problemas vivenciados pelas pessoas e seus subgrupos; e é essa proximidade que permitirá que se constituam vínculos que poderão facilitar aos profissionais, em conjunto com os habitantes locais, identificar e buscar soluções para suas dificuldades, dentre elas, aquelas relacionadas com a saúde.

Se por um lado fala-se da ação territorializada nos espaços geográficos “onde a vida acontece”, por outro, essa nova modalidade das ações em saúde desloca o *setting* dos seus espaços típicos até então, como os hospitais, ambulatórios e consultórios, forçando sua desterritorialização. Nesse sentido, Lancetti, em seu livro *Clínica peripatética*, faz referência à desterritorialização do

contexto e do *setting*, vivido fora dos espaços convencionais da clínica, ressaltando os novos *settings* “da clínica praticada em movimento, fora dos consultórios...” (2006, p. 20), associando as práticas clínicas nômades ao peripatetismo, por sua característica de inspiração aristotélica, “do ir e vir conversando”, que fundamenta as práticas de agenciamento, de Acompanhamento Terapêutico (AT), do trabalho das equipes volantes de saúde mental associadas às equipes de saúde da família, da prática dos redutores de danos, dentre outras. Tais experiências são citadas por este autor como exemplos de práticas que trazem uma grande contribuição para a substituição de modelos tradicionais de tratamento, esboçando-se como alternativas de atenção a pacientes difíceis, que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais, e sobre os quais se questiona os princípios éticos, e a sua eficácia terapêutica.

#### 4.2 REDUÇÃO DE DANOS: UMA ESTRATÉGIA ÉTICA DO CUIDAR

A redução de danos é uma estratégia utilizada desde 1926, na Inglaterra, a partir do Relatório Rolleston, cujo princípio orientava a prescrição pelos médicos de suprimentos regulares de opiáceos a adictos dessas drogas, a partir de dois critérios: para o manejo da síndrome de abstinência, após sucessivas tentativas de cura, quando se constatava, nos tratamentos, que o uso de drogas não podia ser descontinuado com segurança; e quando fosse comprovada a impossibilidade do paciente levar uma vida normal e produtiva sem que uma dose mínima diária fosse administrada regularmente. O suprimento de substância similar substituta não era considerado nesses casos como “gratificação da adição”, ou seja, não havia nessa conduta a caracterização de um fornecimento de droga que objetivasse atender ao desejo de satisfação, mas de reinstaurar, terapeuticamente, outra substância que ajudasse no processo de desintoxicação. Na Holanda, essa estratégia foi utilizada com sucesso no controle das epidemias de hepatites B e C, em 1984. Ainda no início dos anos oitenta, a redução de danos ganhou grande importância como meio de controle da disseminação da AIDS.

O documento formulado pelo *Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD), na Inglaterra, em 1986, afirma que:

[...] a disseminação do HIV representa uma ameaça de maior magnitude para a saúde pública do que o uso indevido de drogas.

Em função disso, os serviços que têm como objetivo primordial minimizar os comportamentos de risco, relativos à disseminação do HIV, lançando mão de todos os meios disponíveis, são prioritários do ponto de vista do planejamento. (O'HARE, 1994, p. 69-70).

A história da Redução de Danos é assim retomada em um contexto de extrema necessidade de controle social da doença, como registra o texto abaixo:

[...] no Reino Unido como um todo, a idéia de reduzir riscos foi encarada como prioridade pelos diversos serviços dentro de uma visão, a mais ampla possível, de redução de danos à saúde e dos danos sociais vinculados ao uso de drogas (O'HARE, 1994, p. 70).

Assim, foram utilizados agentes comunitários designados para o contato com populações de difícil acesso e um ônibus para oferecer serviços de troca de seringas e cuidados primários de saúde. O objetivo era recrutar o maior número possível de usuários para os serviços, de forma que fosse possível alterar os comportamentos de modo significativo. Além de receber os usuários de braços abertos e em um clima não repressivo, revelou-se essencial ir ao encontro deles, oferecendo-lhes uma ampla gama de alternativas e serviços, segundo O'Hare, (1994).

Telles (1994) coloca que, embora movimentos semelhantes já existissem em alguns países da Europa, como Inglaterra e Holanda, mesmo que de forma mais restrita, a partir do surgimento da AIDS esse movimento ganhou força e parece ter obtido mais aceitação e legitimidade política do que as metas de normalização e de redução de danos formuladas anteriormente, uma visão que indica o principal fundamento em que esta se apóia - o princípio da hierarquização dos danos - "a AIDS, doença mortal, é mais grave que a toxicomania" (ROQUE, 2002). Compartilhando esse pensamento, inúmeros países passaram a adotar as estratégias de redução de danos como medidas de saúde pública, ainda que nem sempre oficializadas.

Segundo relata Pimentel (2002), em Portugal, diante da crise aberta pela toxicodpendência, desde 1999, um grande número de consumidores de drogas com carências socioeconômicas e problemas de saúde não vinha recorrendo aos serviços de rede disponíveis. Tornou-se, então, imprescindível a implementação de um projeto de redução de danos e/ou riscos dirigido a essa população, para

promover a aproximação gradual dos toxicodependentes a esses serviços e políticas.

Conforme Roque, na cidade do Porto, foram criados programas e estruturas que objetivavam dar respostas imediatas e territorializadas aos problemas de consumidores de drogas que, por diversas razões, dentre elas, o viver na marginalidade, estavam auto-excluídos da oferta instalada. Esses projetos funcionam, segundo o autor, como uma ponte terapêutica entre as margens do “cuidar” e do “cuidar de si” através das instituições da rede de saúde. Para isso, foram constituídas as *equipas de rua*, que apresentam composição multidisciplinar e procuram se articular com organizações locais, apoiando-as no desenvolvimento de ações que busquem a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, pretendendo-se, também, por meio delas, “criar um espaço de diálogo, entre os cidadãos em processos de marginalização e exclusão sociais e a cidade. Este espaço, onde o ruído e as palavras se misturam, deverá promover a comunicação e a inserção social desses indivíduos” (ROQUE, 2002, p. 93).

Na França, Jungman & Marchand colocam que a legislação não avançou, mas, na prática, a redução de danos tem sido adotada por todos os profissionais, na área da toxicomania. Também lá, o aumento crescente da toxicomania e a farmacodependência de massa levaram os responsáveis da saúde a adotar uma nova política de tratamento dessas questões, distinta da abordagem única da abstinência. Os autores afirmam que enquanto “o Estado encarava uma prevenção que não considerava suficientemente a realidade do sujeito privado de droga, uma grande parte dos usuários e dos toxicômanos não se beneficiava de nenhum tipo de tratamento, nem de nenhuma informação especializada”, uma vez que eles não se identificavam com o dispositivo sanitário oficial, além de que a experiência já havia demonstrado que, para esses indivíduos, “o encontro é mediado por uma ajuda concreta e imediata” (2002, p. 101).

Citam esses mesmos autores o exemplo do *La Terrasse*, em Paris, onde foi criado um serviço de caráter intersetorial em toxicomania que instituiu diversos dispositivos para facilitar o contato com os toxicômanos e usuários de drogas que se diferenciam do dispositivo tradicional, tal como uma “boutique” de nome “Boreal”. Trata-se de uma estrutura aberta sobre a rua que acolhe e dá suporte àqueles mais dissocializados, em suas dificuldades concretas, oferecendo material preventivo, disponibilização de máquina de lavar roupas, banho, lanche, ou seja, um lugar onde se pode cuidar das conseqüências do uso de drogas. Outro dispositivo é a Equipe

de Ligação Psiquiátrica (ELP) para o atendimento de usuários que apresentem distúrbios psiquiátricos desencadeados por reação à droga ou como descompensação de uma patologia psiquiátrica subjacente.

Além dessas, também foi criada uma estrutura denominada “Profissionais de Proximidade”, através da qual, de forma similar, agentes de prevenção atuam fora das paredes da instituição visando a distribuição de material preventivo, o conhecimento sobre os problemas, hábitos e condutas de risco dos usuários, no sentido de adequar as ações a serem desenvolvidas, e na busca de constituir a possibilidade de criar laços e uma interlocução (JUNGMAN & MARCHAND, 2002).

No Brasil, segundo Bastos (2003), houve uma grande expansão de Programas de Redução de Danos (PRD). A instalação maior desses programas foi desencadeada nas regiões Sul e Sudeste do país, em razão da concentração demográfica e da alta população de usuários de drogas injetáveis (UDI) aí encontradas. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, contudo, também já se verifica tanto a necessidade quanto a existência de programas de redução de danos. Bastos defende a difusão dos PRD por todo o território nacional, principalmente, em razão de sua resolutividade e dos baixos custos para a prevenção quando comparados ao montante de recursos necessários para o tratamento de enfermidades que poderiam se manifestar em forma de epidemias, como AIDS/HIV e hepatites. Ressalta, ainda, a imprescindível contextualização das diversidades socioculturais relacionadas aos usos de drogas como determinante para um trabalho adaptado às peculiaridades de cada lugar e cita a experiência bem-sucedida de Porto Alegre, onde os PRD atuam integrados às Unidades de Atenção Básica, demonstrando como essa integração é factível.

Na Bahia, as estratégias de redução de danos foram utilizadas, pela primeira vez, em 1995, com a implantação, pelo CETAD/UFBA, do Programa de Redução de Danos em Salvador. O trabalho, voltado para os usuários de drogas injetáveis, teve grande repercussão, tornando-se uma referência para outros estados e cidades, também incorporando outros atores às suas equipes ao estabelecer parcerias com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhar com as equipes das Unidades de Atenção Básica. Essa experiência foi sendo, gradativamente ampliada para outros segmentos que fazem parte do universo dos usuários, como as suas mulheres parceiras.

Devido à associação do “vírus HIV ao uso endovenoso, o consumo de *crack* surgiu para os usuários de drogas injetáveis como uma alternativa com

potência similar e ausência destes riscos”, diz Gossop (1994, apud LEITE; ANDRADE, 1999, p. 27). A mudança na forma de uso e da administração da substância, levou também à necessidade de implementação de ações de redução de danos dirigidas a usuários de *crack*, que implicavam em orientações sobre o risco de contaminação de doenças, como tuberculose e herpes, decorrente da utilização compartilhada do cachimbo, além dos riscos de ferimentos, queimaduras e infecções relacionados ao fato de muitos desses usuários utilizarem cachimbos confeccionados com material improvisado como latas, copos ou garrafas plásticas.

Mais recentemente, Domanico (2006) realizou uma pesquisa sobre a implantação de cinco projetos-piloto de redução de danos para usuários de *crack*, no Brasil, financiados pelo Ministério da Saúde. Essa pesquisa revela que foi preciso uma longa e difícil luta política em defesa dos programas direcionados aos cuidados específicos à população de usuários de drogas que, finalmente, culminou na adoção da Redução de Danos como política pública oficial do Ministério da Saúde. Essa luta, no entanto, ainda perdura, face às dificuldades constatadas para a consolidação de projetos amplos e efetivos, ainda requerendo maior sensibilização por parte dos gestores quanto à necessidade de ações concretas dirigidas a essa população.

Em seus estudos, Domanico (2006) analisa aspectos relacionados com a estrutura da equipe e as dificuldades encontradas, tais como a sustentabilidade dos projetos, o trabalho *in loco* e suas repercussões na equipe, os entraves para o atendimento a esse público na rede oficial de assistência e a escassez de serviços para esse segmento, além do alcance dos objetivos delineados.

Alguns autores (DOMANICO, 2006; NOTO et al., 2003) relatam, em seus estudos, as dificuldades encontradas no relacionamento entre usuários de drogas em situação de rua e a rede de saúde institucional, fato que também foi confirmado pelos registros dos profissionais do CR nos quais foram encontradas referências aos ressentimentos dos usuários provocados pela falta de acolhimento, e pela postura temerosa, pela hostilidade velada ou, até mesmo, explícita, de profissionais da rede para com os jovens em situação de rua e em uso de drogas, levando ao desenvolvimento de uma enorme resistência a procurar ajuda nos dispositivos de saúde oficiais. Assim, pelo menos ainda neste momento, parece só ser possível alcançar esse segmento invertendo a demanda por uma oferta inicial, com técnicos da saúde indo ao encontro desses usuários, em seus lugares de convivência,

buscando promover a sustentabilidade de um trabalho, inclusive, de uma intermediação com a rede.

A ilicitude atribuída a algumas substâncias psicoativas varia de acordo com a ideologia dominante, em cada período histórico, de acordo com as conveniências sociais e econômicas de uma dada sociedade. O uso clandestino de substâncias psicoativas ilícitas conduz seus usuários a viverem em circunstâncias que os abrigue da repressão policial, o que determina muitas vezes “o viver na marginalidade” e faz com que o uso da droga ocorra em condições de falta de higiene e cuidados, propiciando maior risco de contaminação de doenças, além de produzir o afastamento dos serviços de saúde. Essa característica vem agregar dificuldades tanto para os usuários em seu cotidiano quanto para os profissionais de saúde nas suas práticas clínicas.

Nesse sentido, a redução de danos se revelou um recurso importante para ir mais além nas ações dirigidas aos usuários de drogas, sobretudo, para os que vivem na marginalidade. Ela favorece a aproximação, a abordagem, a construção de vínculos de confiança, além de constituir uma ponte entre os usuários mais distanciados e a rede de saúde e social institucionalizada.

No encontro terapêutico, são construídas, em conjunto, as bases do tratamento, respeitando o ritmo do usuário e a sua intenção de abster-se ou não de sua droga, visando tornar acessíveis recursos que possam construir novas alternativas, favorecer mudanças e, por essa via, contribuir para uma paulatina conscientização sobre seu uso e suas escolhas, possibilitando a implicação do sujeito no seu tratamento. A flexibilização no tratamento permite, antes de tudo, acolher o sujeito na sua dor de existir, o que revela uma ética clínica. A eficácia dessa estratégia passa, sobretudo, pelo estabelecimento de negociações que respeitam os sujeitos usuários em seu modo de vida e trabalham em concordância com suas possibilidades, naquele momento.

Assim, por considerar certo grau de autonomia do sujeito-usuário e, portanto, a sua cota de responsabilização nas decisões, essa abordagem toma os usuários de drogas em uma perspectiva que vai além do indivíduo psicossocial e cidadão. O que se busca é dirigir-se ao sujeito destituído de um caráter massivo, em suas particularidades, no “um a um”, mesmo no âmbito das ações coletivas.

Por outro lado, ao conduzir o atendimento no próprio contexto em que vive o usuário, a Redução de Danos permite a obtenção de conhecimentos acerca dessa realidade social, das suas relações e estilos de vida, dando subsídios aos

profissionais para uma intervenção que respeite a singularidade e tenha como base as reais necessidades do usuário e a adequabilidade do atendimento. Penetrar no universo concreto dos usuários é uma tarefa delicada, visto que a simples presença de estranhos ocasiona interferências na dinâmica de vida das pessoas, de modo que a construção de vínculos de confiança é objetivo inicial e essencial, pois esse será o meio por onde se fará fluir o trabalho.

A redução de danos inclui, na sua concepção, aspectos que vêm sendo preconizados como elementos fundamentais no novo modo de tratar que se pretende engendrar no campo das práticas de saúde, contendo os pré-requisitos de um modelo cuja produção de atos de saúde está centrada na relação cuidador-paciente. Nesse sentido, a criação de uma relação de confiança e proximidade e a prestação de serviços não estão dissociadas; pelo contrário, ambas interagem para a maior eficácia da intervenção (MERHY, 2002; ROQUE, 2002).

Para os sujeitos que fazem uso intensivo de drogas e vivem em ambientes socioeconômicos precários e marginais, o estabelecimento desses vínculos já representa em si um ganho terapêutico, visto que, muitas vezes, seus referenciais são apenas aqueles que circulam nesse universo marginal. Em circunstâncias mais adversas, eles têm dificuldades de estabelecer laços sociais ou, quando o fazem, esses estão circunscritos ao campo do consumo-aquisição da droga, com poucas oportunidades de subjetivação fora desse circuito.

A Redução de Danos, no seu sentido mais amplo, não deveria ser então, a nosso ver, uma estratégia operada apenas pelos agentes comunitários treinados para a aproximação e para a troca de material preventivo que inauguraram o trabalho de prevenção da AIDS junto aos usuários de drogas injetáveis. Entendemos que todos os profissionais de diferentes especialidades que atuam no cuidado dos usuários de drogas são, também, redutores de danos, no sentido de estarem apoiados pelos saberes e pelas técnicas e, sobretudo, orientados por uma ética clínica. Desse modo, estaremos ampliando o raio de ação da Redução de Danos para uma perspectiva clínica, no engenhoso trabalho de profissionais que, habilitados para uma escuta mais sensível, possam intervir sobre as determinações subjetivas do uso de substâncias psicoativas.

Através de ações de natureza profilática e da prestação de serviços médicos e sociais, acolhendo-os em suas dificuldades concretas, almeja-se constituir uma possibilidade de triangular a relação dual sujeito-droga (CONTE, 2003), conforme se configuram as relações de uso mais intenso. Deste modo, “é

freqüente que, através de um trabalho realizado primeiramente ao nível da realidade externa do utente, seja possível aceder à sua realidade interna” (ROQUE, 2002, p. 97).

Dessa maneira, a Redução de Danos pode avançar na sua concepção inicial e reduzir os danos de ordem subjetiva, favorecer a implicação do sujeito em seus atos e oferecer o acesso à palavra, abrindo um campo de fala, dando passagem ao simbólico em lugar do ato contínuo.

Além disso, a concepção da Redução de Danos, atuando na contramão do discurso médico hegemônico, “dá voz” ao usuário, ao seu saber constituído a partir de suas experiências pessoais com as drogas. O profissional que não concebe a sua própria perspectiva como “verdade absoluta”, que valoriza cada saber, permite a emergência das posições subjetivas tanto suas quanto do usuário. De modo contrário, segundo Kleinman (1995), ao fazer uma leitura normatizadora das experiências pessoais, ao homogeneizar as experiências individuais, pode-se ferir a humanidade dos indivíduos sofredores por não privilegiar suas vozes e suas experiências. Nesse ponto, citamos a afirmação de Merhy ao referir-se ao que está em jogo nessa relação:

[...] no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias, de modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho [...]. (MERHY, 2002, p. 59).

## 5 O CONSULTÓRIO DE RUA

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) é uma das instituições que mais tem buscado fornecer um panorama do uso de drogas entre a população de crianças e adolescentes em situação de rua, no Brasil, através de levantamentos epidemiológicos, realizados, sistematicamente, desde 1987, cujos dados têm tornado possível avaliar as tendências temporais do uso de drogas por esses jovens e apresentar a complexidade da situação de rua e a instabilidade dos serviços de assistência a essa população (NOTO et al., 2004).

O último estudo do CEBRID sobre esse segmento específico, realizado em 2003, em âmbito nacional, revela, em todas as capitais brasileiras, “a fragilidade dos serviços de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de rua, bem como a dificuldade para tratamento de dependência e outros problemas de saúde” (NOTO et al., 2003, p. 72). Esses resultados mostram, ainda, a importância da área da saúde e denunciam o difícil acesso aos seus diversos serviços, sugerindo que:

[...] os profissionais desta área tenham uma participação mais ativa junto às populações em situação de rua, com o desenvolvimento de estratégias adaptadas às demandas e que, por meio do respeito e da articulação com outros serviços, favoreçam não apenas a saúde física, mas também o resgate da auto-estima e da cidadania. (NOTO et al., 2004, p. 73).

Finalmente, o CEBRID constatou que, em relação ao número de instituições de atenção específica à população em situação de rua mapeadas nos levantamentos realizados entre 1997 e 2003, houve uma significativa redução, passando de 70 para apenas 11 as que permaneciam em atividades, tendo sido as restantes desativadas nesse período (NOTO et al., 2004), um dado que mereceria uma avaliação das políticas públicas dirigidas a essa população.

Analisando o mapeamento atualizado das instituições que atendem à população de crianças e adolescentes em situação de rua, na faixa etária entre 10 e 18 anos, nas capitais brasileiras, observa-se que existe uma diversidade de ações para o atendimento desses grupos. No decorrer dos últimos anos, uma mudança importante no perfil das instituições diz respeito ao fato de elas terem passado a desenvolver o trabalho diretamente nas ruas, enquanto nos primeiros anos essas

atividades eram realizadas, predominantemente, nas sedes, apontando para uma participação mais ativa dos profissionais (NOTO et al., 2004).

Dentre as instituições com características de integração de ações territorializadas, em uma perspectiva de atenção à saúde global dos usuários de drogas, realizada com a participação de equipes multiprofissionais, Noto et al. (2004) destacam o Projeto Consultório de Rua (CETAD\UFBA), em Salvador, e o Projeto Quixote, do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Inúmeros outros projetos em todo o Brasil desenvolvem atividades diversas para crianças e adolescentes em situação de rua, mas, a despeito do acentuado consumo de substâncias psicoativas por essa população, grande parte dos projetos de atenção aos meninos e meninas de rua não trabalham com a especificidade da abordagem das drogas.

A esse respeito, Costa (1999) refere que, frente ao alto consumo de drogas verificado entre os jovens em situação de rua, há a necessidade de os educadores sociais de rua inserirem a discussão sobre a importância de compreender e saber lidar com o uso de drogas, na metodologia utilizada no trabalho com essas crianças, sem dicotomizar prevenção/tratamento, mas inserindo-os em uma proposta educativa fundamentada na perspectiva do desenvolvimento integral.

Nery Filho relata que, em 1991, em uma das avaliações de suas atividades, os técnicos do CETAD\UFBA se deram conta de que as crianças e adolescentes que viviam nas ruas em uso de drogas pouco chegavam ao Centro para tratamento e, quando assim o faziam, dificilmente retornavam para dar seguimento aos atendimentos. Esse fato levou alguns técnicos desse serviço a se dirigirem aos locais de concentração dessas crianças e adolescentes, em alguns pontos da cidade, e a estabelecerem contatos que tinham como meta “uma observação etnográfica que fornecesse subsídios para uma abordagem adequada e um resumo da representação que estes jovens faziam-se a propósito das drogas, de seu uso e o seu tratamento” (NERY FILHO, 1993, p. 265).

O projeto Consultório de Rua foi concebido, na Bahia, em 1997, pelo coordenador e fundador do CETAD/UFBA, Professor Antônio Nery Filho, após a produção dessa pesquisa etnográfica sobre os meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas legais e ilegais, na cidade de Salvador. Os dados produzidos nesse estudo subsidiaram a sua tese de doutorado, intitulada “*La vie dans la marginalité ou la mort dans l’institution: étude sur quatre groups d’enfants et*

*d'adolescents vivant de la rue à Salvador de Bahia*", de 1993. O relato desta experiência preliminar, precursora do trabalho aqui analisado, nos mostra que iniciativas foram realizadas, já, naquela ocasião, por profissionais, que constataram a necessidade de respostas mais adequadas às questões relacionadas aos jovens usuários de drogas em situação de rua.

Assim, o Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender aos meninos e meninas em situação de rua, usuários de drogas, que se encontram em risco pessoal e social, cujo atendimento se dá fora dos muros institucionais. Sua metodologia de trabalho envolve o desenvolvimento de ações através de equipes multidisciplinares que se dirigem ao encontro do público-alvo em seus locais de permanência, em pontos distintos da cidade, com o apoio de veículo adaptado para essa finalidade e realiza atendimentos, *in loco*, visando a prevenção e a redução de danos decorrentes do consumo de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS.



Figura 1 – Veículo adaptado para o atendimento na rua

Em 2004, com a implantação, em Salvador, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas - CAPS AD Pernambués, o Consultório de Rua passou a ser realizado, também, naquela instituição, por solicitação da Coordenação de Saúde Mental da SESAB. Desde então se estabeleceu uma relação de parceria técnica CAPS AD – CETAD/UFBA, que se mantém até o momento atual. Com a parceira interinstitucional, foram abertas mais duas áreas de atuação, próximas à sede do CAPS AD, na ocasião funcionando no bairro Canela, situado na parte central da cidade.

## 5.1 INICIANDO A NARRATIVA...

Para iniciar a narrativa de nossa experiência é preciso esclarecer que...

[...] “uma cidade é sempre misteriosa, as ruas nos espiam, as casas nos olham de dentro de seus mistérios e as pessoas, indecifráveis algumas, encenam para nós o mistério do mundo, o grande enigma humano: a loucura, a singularidade.” (ESPINHEIRA, 2008, p. 109).

As palavras do sociólogo antecipam o que tentaremos dizer ao relatar a nossa experiência e, ao dizer, sabemos de antemão que as palavras não poderão dar conta de transmitir a riqueza e a profundidade do que vimos e vivemos ao sair dos muros da instituição para ir ao encontro dessas pessoas com as quais interagimos, e ver, através delas, a coragem e as contingências de viver a vida nos seus extremos, no limite de suas sensações, nas suas últimas conseqüências. Porque “a linguagem é apenas um instrumento a serviço de uma realidade mais elevada do que ela” (FERRY, 2007, p. 199).

O “enigma” continuará a nos intrigar e a nos fascinar, assim como os mistérios que... Bem, esses também permanecem lá.

Com essa advertência, seguiremos em nossa tentativa.

## 5.2 OS OBJETIVOS

O CR surgiu como uma estratégia organizada dentro das propostas de práticas alternativas geradas no CETAD e, *a posteriori*, a partir da cotidianidade da prática, foi percebida as possibilidades de leitura de uma realidade que se oferecia aos profissionais envolvidos nessa prática. Suas ações estão pautadas em princípios éticos tais como no respeito ao *modus vivendi* dos sujeitos, com uma postura não repressiva ao uso de drogas, privilegiando-se, na relação, o estabelecimento de vínculos e levando em conta a singularidade de cada usuário. No atendimento às crianças e adolescentes, o trabalho acontecia em uma dimensão lúdica, com uma linguagem adequada a essas faixas etárias.

Os objetivos iniciais do CR consistiam na prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, na redução dos seus danos e na prevenção das DST/AIDS entre as crianças, adolescentes e adultos jovens usuários de drogas em situação de rua. Além desses, tinha-se, ainda, como objetivo facilitar o acesso à

rede de saúde institucionalizada, promover ações que favorecessem a construção e o resgate da cidadania, identificar e contatar os serviços de assistência a fim de promover a articulação de uma rede de apoio a usuários de drogas em situação de rua que desse atendimento às demandas não alcançadas pelo CR.

Nos primeiros meses de trabalho, contudo, ainda se buscava definir qual seria, de fato, a nossa proposta: qual o papel de cada técnico, o que se pretendia com esse projeto. A equipe indagava-se apontando para uma definição dos objetivos que ainda nos pareciam imprecisos para o contexto da rua. Naquele momento, pensava-se que, surgindo demandas de tratamento, esses usuários seriam encaminhados ao setor de clínica do CETAD, conforme a fala de um dos técnicos registrada em uma das reuniões, em 1999: – [...] *na rua não se fará nada, o que se faz na rua é escutar para compreender qual demanda, além disso, se faz vínculo, se orienta sexualmente e distribui camisinhas [...].*

A experiência veio reafirmar que os usuários de drogas em situação de rua não se adaptavam a um esquema de atendimento formal, nos moldes do ambulatório, fato que foi comprovado pelos encaminhamentos de inúmeras pessoas que haviam solicitado tratamento, mas raros foram os que chegaram à clínica do CETAD e, ainda assim, após a primeira consulta não mais retornaram.

Um desses usuários, em certo momento me diz: – *Vocês lá no CETAD precisam entender que a gente que mora na rua e usa drogas, a gente não consegue ficar esperando, a gente tem muita ansiedade...*, indicando a dificuldade de adaptação deste segmento a um modelo de atendimento ambulatorial tradicional.

Á medida que fomos a campo, fomos percebendo, também, que propor prevenção de drogas era uma tarefa (quase) impossível, uma vez que a (quase) totalidade dos jovens em situação de rua já se encontrava em uso de drogas, dado o fácil acesso às substâncias psicoativas e às múltiplas funções associadas ao seu uso neste contexto. Percebemos, ainda, que a proposta a ser oferecida deveria ser ampla e globalizada, tendo em vista as condições de extrema privação e desamparo dessas pessoas, e assim, às ampliadas necessidades de assistência.

De modo que, a partir dos objetivos apresentados inicialmente deu-se lugar à proposta de uma clínica flexível, com assistência à saúde global e ênfase em ações de redução de danos. Dentro do possível, fomos iniciando e desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde, mas, em especial, atividades para a minimização dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas (SPA), quer fossem físicos, sociais ou subjetivos.

Caberia aqui uma ponderação sobre o conceito de “campo da saúde”, no sentido de buscar compreendermos o campo de atuação do Consultório de Rua. Esse conceito surgido em 1974, quando da reforma do sistema de saúde canadense, hoje se confirma como ponto aglutinador de novas perspectivas. Durante muito tempo, a saúde foi definida como um estado físico e mental que indicava ausência de sintomas, de sinais e de doenças. A transformação deste conceito veio com uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença, e com a percepção de que múltiplos fatores determinavam o adoecer. O conceito, portanto, passou a abranger outros determinantes, além da biologia humana: o meio ambiente, os estilos de vida e organização da atenção à saúde, papel relevante em relação aos outros fatores (BRASIL, MS, 2000).

A nova perspectiva do “entorno” se agrega ao conceito de saúde. Os fatores negativos do “entorno” que podem constituir obstáculos para a saúde, são: a violência, a segurança dos meios de locomoção, as condições de risco no trabalho, a contaminação do ar e da água, a pobreza. Um fator inovador nesta trajetória de inclusão do social como um determinante a mais no processo saúde-doença, ou seja, para que qualquer indivíduo fosse considerado saudável deveria ter bem-estar físico, mental e social, o que incluía boa alimentação, moradia, renda, lazer, trabalho, educação, atividades criativas, e outros como fatores que contribuem para o desenvolvimento do potencial humano. Deste modo, inclui características que lhe conferem possibilidade instrumental, pois vincula a determinação das necessidades de saúde e a seleção dos meios para satisfazer essas necessidades, partindo da análise dos problemas de saúde (BRASIL, 2000).

Por outro lado, enfatizam-se o trabalho, identificando as características do stress, da falta de gratificação, da despersonalização, do isolamento, da alienação, enquanto fatores nocivos à saúde. Deste modo, a proposta da promoção de saúde aponta que a saúde é um conceito amplo e não se restringe apenas a uma situação de ausência de doença, que saúde significa desenvolver ações que permitam um bem-estar do indivíduo e da sociedade como um todo, e que a promoção de saúde é um processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde e ao mesmo tempo realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades. Além disso, trata-se de que promover saúde também significa possibilitar a plena consciência dos indivíduos no processo saúde-doença e sua capacidade de intervenção neste processo (participação popular).

Outros pontos são assinalados como princípios fundamentais da Promoção da Saúde: a promoção da saúde afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se centra nas pessoas que correm o risco de sofrer determinadas enfermidades, pretendendo-se influir nos determinantes ou causas da saúde. A promoção da saúde combina métodos e enfoques distintos, mas complementares, em que os profissionais da saúde (particularmente no campo da atenção primária) devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da promoção da saúde, onde cinco áreas temáticas foram relacionadas: acesso à saúde; desenvolvimento de um “entorno” facilitador da saúde; reforço de redes e apoios sociais, promoção dos comportamentos positivos para a saúde e das estratégias adequadas de enfrentamento dos problemas; e aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde. Trata-se de ter um olhar para a saúde e seus determinantes, exigindo práticas variadas para muito além do setor saúde.

Qual o alcance do CR para o atendimento de tais ações? Na medida em que se desenvolvem as atividades, no processo de interação, já se obtém uma troca de saberes que embasam a relação que vai permitindo uma conscientização de cidadania. Em algumas outras atividades específicas, vai-se ampliando intencionalmente a noção de direitos dos usuários enquanto cidadãos fornecendo-lhes informações, e reforçando a auto-estima destes para o exercício da cidadania, e para a assunção de suas responsabilidades sobre si mesmos, sua saúde, e seus direitos sociais. Atua-se na perspectiva de intermediar o acesso à saúde, introduzir os usuários na rede de saúde e social de apoio, aumentar os conhecimentos e as informações relacionadas com a saúde, bem como buscar reforçar as instituições existentes e aumentar os serviços da rede para esse segmento. Essas ações caracterizam o papel político e articulador do Consultório de Rua com a rede intersetorial.

Frente à multiplicidade de necessidades e carências sociais da população atendida, as demandas dirigidas ao CR implicavam para os técnicos numa prática que rompesse com ações isoladas, ensejando o fortalecimento da integralidade destas ações no âmbito intersetorial. Dentre as atividades desenvolvidas nesse sentido citam-se os contatos com algumas escolas públicas, com a Secretaria Municipal do Trabalho, Secretaria do Desenvolvimento Social, cartórios, e Ministério Público. Nos últimos dois anos da experiência o tema da promoção da saúde surgia com mais frequência nas discussões da equipe com questionamentos acerca dos

limites entre um nível de intervenção e outro, quais atividades revelavam ações específicas no nível da intervenção em promoção da saúde, ou não. Discussões que ainda se fazem necessárias, para se entrever as potencialidades e alcance da atuação do CR.

Apesar do trabalho do Consultório de Rua não apresentar uma visada específica nessa direção nos seus momentos inaugurais, uma vez que o foco na redução dos riscos e danos naquele momento apresentava-se priorizada nas estratégias formalizadas no âmbito das políticas públicas, consideramos que tomar as diretrizes contidas no paradigma da Promoção da Saúde, deve se manter na perspectiva de suas ações, nos vários níveis de cuidado, considerando, sobretudo, as características das populações que vivem em contextos de vida extremamente precários. Estes são grupos que apresentam uma concentração de fatores de riscos, e nesses casos, há um aumento dos riscos a partir dos riscos de base, bem como pela existência da multicausalidade de riscos: sociais, físicos e psicológicos.

### 5.3 O PÚBLICO-ALVO E A POPULAÇÃO ATENDIDA

Entre os que vivem no espaço público, há diferentes vínculos com a rua: há os que moram permanentemente na rua, e os que vivem nela grande parte do tempo, mas mantêm alguma inserção em suas comunidades de origem, próximas ou distantes, dos locais de permanência na rua. Aqui, utilizaremos como referência conceitual a definição adotada pelas Nações Unidas: “aquele para quem a rua (no sentido mais amplo da palavra, incluindo casas desabitadas, terrenos baldios, etc.) tornou-se moradia e/ou fonte de sobrevivência...” (LUSK; MASON apud CARVALHO, 1999, p. 24).

As crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas em situação de rua eram o público-alvo originalmente previsto no projeto. Na prática, logo nos primeiros dias de trabalho, nos vimos exortados a retificar a faixa etária do público-alvo para jovens com até 24 anos, logo que constatamos a demanda de um grande número de “meninos” de rua que haviam crescido sem que suas condições de vida houvessem se modificado: eles tinham assimilado a “cultura da rua”, cristalizado a identidade de “menino de rua” assim como todo o *modus vivendi* e continuavam a desempenhar esse papel que era reforçado pelas condições imutáveis a que estavam submetidos nos muitos anos vivendo nesse contexto. Após

inúmeras passagens por quase todas, senão todas, as instituições sociais de apoio, nelas já não eram mais aceitos, por terem ultrapassado o limite de idade, fator que contribuía ainda mais para a cronificação do modo de vida adquirido e fixação no status de “menino de rua”.

Além disso, desde os primeiros momentos do trabalho, constatamos que uma gama de outros indivíduos de outras faixas etárias, usuários de substâncias psicoativas ou não, se aproximavam e nos dirigiam suas queixas e demandas de atendimento. Percebemos então, que o funcionamento do trabalho no espaço público aberto não nos permitia recusar a interação e o atendimento a essas pessoas que se aproximavam solicitando ajuda. Assim, na medida do possível, atendíamos também, às demandas que nos pareciam importantes e que, de alguma forma, estivessem relacionadas ao contexto da nossa intervenção e de nossas possibilidades, realizando consultas, orientações e encaminhamentos.

Outro fator levado em consideração para a extensão dos atendimentos foi o estreito relacionamento existente entre muitos adultos e as crianças e adolescentes, os quais, em íntima convivência com os mais velhos assimilam valores, modelos de condutas e comportamentos nem sempre considerados adequados ao seu desenvolvimento saudável, à sua integridade física, psicológica e social. Ampliando o leque de atendimentos a outras faixas etárias, poderíamos, ainda, abranger um campo maior da rede de relacionamentos dos jovens que, potencialmente, favorecia os comportamentos de risco.

Assim, muito embora a prioridade da atenção fosse dirigida às crianças e aos adolescentes usuários de drogas, a prática nos levava a estender os atendimentos a todos os interessados em participar das atividades que se aproximavam da equipe, e, muitas vezes, mesmo àqueles que não tinham envolvimento com o uso de drogas, mas faziam parte do contexto.

A rede de relações existentes entre os indivíduos que vivem nas ruas se caracteriza por vínculos de amizade, amor, prazer, cumplicidade, construídos pela solidariedade e necessidade de proteção, que os ajudam a sobreviver em um ambiente de alto risco, mas, também, onde se apresentam disputa de poder, traições, brigas e morte, enfim, todos os matizes do relacionar-se humano. Dá-se, assim, uma complexa rede de relações pré-existentes ao trabalho que precisa ser levada em conta no momento em que se adentra o território e se tem acesso à sua gente. Relações estas que vão conformando os contextos.

Nesse sentido, um estudo realizado com jovens, em uma instituição de atendimento para adolescentes em situação de risco social e pessoal, Santos & Bastos assinalam a inter-relação entre o indivíduo e o contexto no qual está inserido:

[...] o contexto existe como um fenômeno sócio-histórico, na medida em que o sujeito o percebe e lhe atribui significados. Dentro de uma matriz sócio-construtivista, o contexto de desenvolvimento será co-construído: o sujeito afeta o ambiente, à medida em que está sendo afetado por ele, simultaneamente. (2002, p. 4).

Segundo as autoras, a partir desse modelo de análise, a cultura é incluída como uma qualidade do ambiente, o “que o torna específico e singular” (SANTOS; BASTOS, p. 4) atuando de forma a ser um organizador, estruturando e regulando o desenvolvimento.

No contexto da vida na rua, os meninos e meninas tendem a crescer com os referenciais disponíveis em seu ambiente de convivência, o que determina, muitas vezes, seguir até a idade adulta com um crescimento e uma subjetividade que vai sendo construída num processo de “ato contínuo”, a exemplo da sexualidade, iniciada precocemente, muitas vezes pela via da prostituição e da delinquência, estabelecida por uma relação fragilizada com a lei, como, também, pela drogadição, que obtura suas possibilidades de enfrentamento das questões subjetivas.

As crianças e adolescentes, por sua maior vulnerabilidade, constituem um grupo especial que requer estratégias e abordagens específicas, exigindo a adequação da linguagem e das atividades, de modo a atrair a atenção e propiciar a construção de vínculos para alcançar o objetivo terapêutico. Daí privilegiarmos, em nosso trabalho, os segmentos das crianças e dos adolescentes, considerando a sua maior vulnerabilidade. A ludicidade se torna, assim, uma importante ferramenta no trabalho, na medida em que os jogos e oficinas de arte-expressão são estratégias facilitadoras da relação com a equipe técnica (COSTA, 1999; NOTO et e al., 2004).

Um dos técnicos ressalta sua importância: “ – [...] os *mecanismos que eu via que eram assim... mais... eficientes era o lúdico. Era o lúdico com M. lá, com os instrumentos, era o lúdico com L., fazendo os desenhos, aqueles meninos pegando, desenhando porque ali era onde... Havia um espaço para o inconsciente se manifestar, porque, no lúdico, você deixa que os conteúdos aflorem... e ali, na hora*

*que ocorria você pescava e entrava na história que era preciso trabalhar naquele contexto, naquele momento...”*

A linguagem lúdica, possibilitando a simbolização, favorece a expressão de questões de ordem subjetiva, permitindo, por exemplo, “aprofundar a representação que as crianças e os adolescentes têm de suas famílias e de suas casas” (COSTA, 1999, p. 98).

À utilização destes recursos, e de acordo com esses fundamentos, associava-se uma escuta que, muitas vezes, poderia ser caracterizada como uma escuta clínica, oportunizando espaços de subjetivação e elaboração das histórias de vida, fazendo-se assim, um convite a dar sentido ao ato através da palavra, considerando a particularidade de cada um e fazendo surgir, no sujeito, questões acerca de suas escolhas e de suas condições, possibilitando redefinir trajetórias em suas vidas, pois não é senão pela palavra que é possível fazer emergir o sujeito, implicando-o em sua própria história.

#### **5.4 A ESCOLHA DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO**

As áreas de atuação eram escolhidas segundo o critério de maior concentração de crianças, adolescentes e de jovens usuários de drogas em situação de rua. A escolha se dava após um mapeamento da cidade realizado através de itinerários pelos bairros e ruas onde, habitualmente, o público-alvo se agrupava. Além disso, eram feitos contatos com instituições que lidam com o mesmo público-alvo com o objetivo de obter informações sobre os locais de maior necessidade da intervenção do CR. Assim, diversas reuniões foram realizadas com o Projeto Axé, Projeto Nossos Filhos, Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC), o Projeto IBEJI<sup>2</sup>, dentre outros, para a identificação e escolhas desses locais. Os contatos interinstitucionais serviam também para ajustar parcerias que, certamente, seriam importantes para uma maior efetividade das ações previstas no CR.

Após a definição das áreas para a intervenção, a atenção dos técnicos se voltava para a abertura de campo. Esse passo envolvia uma abordagem inicial do campo, com vistas à identificação de lideranças locais na comunidade ou nos grupos de rua, para a apresentação dos profissionais e da proposta do projeto, ao tempo em que era observado o contexto, a faixa etária predominante, a rede institucional e

---

<sup>2</sup> O IBEJI é uma organização não governamental registrada como instituição de caridade em Salvador, Bahia, Brasil.

a dinâmica das relações comunitárias ou dos grupos. Mac Rae & Vidal, ao se referirem a situação semelhante vivida pelos antropólogos nas suas pesquisas de campo, colocam:

Todo antropólogo sabe, por exemplo, do tato e da delicadeza necessários para se ingressar no campo. Aspectos como a sua aparência, quem são seus primeiros interlocutores, quem o apresentou ao grupo, etc. são de grande importância para determinar o tipo de relação que o pesquisador poderá vir a desenvolver com seus sujeitos. Comumente o antropólogo, antes mesmo de iniciar seu trabalho de maneira sistemática, faz algumas visitas ao que pode vir a ser seu campo, buscando avaliar a viabilidade e o rendimento que poderá vir a ter seu estudo, assim como negociar a sua maneira de inserção. (2006, p. 658).

Cada área seria deste modo, analisada em suas particularidades: os técnicos fariam um levantamento do contexto social, obtendo informações acerca da população e dos problemas por ela enfrentados, do ambiente físico, sociocultural e das redes de relações existentes, dentre outros aspectos. Realizariam, ainda, um mapeamento da rede local de serviços – o que é oferecido, os motivos das resistências dos usuários de psicoativos a procurar esses serviços, as intervenções já realizadas por outras instituições –, para identificar qual a direção que o trabalho deveria tomar, em cada área, a partir de uma interlocução com a própria clientela. Além desses aspectos, a abertura de campo envolve o “conhecimento dos códigos culturais e das linguagens utilizadas”, buscando-se apreender o sistema de valores dos subgrupos (BRASIL, 2001, p. 14).

Os locais de atuação do CR estão situados em diferentes pontos da cidade de Salvador-Ba, notadamente em áreas localizadas no “corredor turístico” da cidade, que vai do Centro Histórico, incluindo alguns pontos da parte baixa da cidade, até Itapuã. O tempo de permanência em cada local variava de acordo com acontecimentos que implicavam na saída dos jovens do local e com a avaliação sobre a pertinência da continuidade das atividades. Algumas vezes, acontecia um esvaziamento das áreas de trabalho, principalmente, nos meses do verão, devido a ações contundentes da polícia que visavam afastar os jovens dos locais mais visitados pelos turistas, que eram igualmente os lugares de escolha do público-alvo do projeto. Assim, eventualmente, nós também nos deslocávamos em busca da nova área para onde o nosso público-alvo teria migrado.

Cada um desses locais apresentava uma dinâmica própria, no que diz respeito a ter ou não comunidade fixa próxima, e à composição dos grupos, que, era variável na sua constituição: em relação à faixa etária, aos tipos de drogas utilizadas e intensidade de consumo, quanto às relações mais ou menos duradouras, que vão se formando entre chegadas e saídas, idas e vindas de indivíduos, pelos diferentes graus de inserção social e familiar, em torno de interesses e atividades comuns, dentre outras relações. Em cada ambiente constatava-se uma composição, muitas vezes, heterogênea, o que resultava na configuração de subgrupos. Havia entre usuários de outras substâncias, discriminações aos que consomem o crack, atribuindo-lhes uma valoração negativa por estarem mais submetidos ao uso de uma substância, que no caso, determinam uma degradação física, moral e social. A estes é designado o apelido pejorativo de “sacizeiros”.

No Dicionário Aurélio (2004), encontramos diversas definições para o termo comunidade dentre as quais citamos duas que nos parecem contemplar os sentidos aos quais nos referimos ao falar dos grupos atendidos pelo CR.

1. Qualquer conjunto populacional considerado como um todo, em virtude de aspectos geográficos, econômicos e/ou culturais comuns e,
2. Grupo de pessoas considerado, dentro de uma formação social complexa, em suas características específicas e individualizantes.

#### **5. 4.1 O tráfico de drogas**

Um aspecto bastante relevante é a presença do tráfico de substâncias psicoativas ilícitas existente em quase todas as áreas; em algumas, de forma muito intensa, em outras, a venda dessas substâncias ocorria de maneira mais sutil; dificilmente, porém, não havia o tráfico em paralelo ao uso, um a alimentar diretamente o outro, “juntando a fome com a vontade de comer”, como diz o chavão popular.

Athayde et al. (2005), em seu livro *Cabeça de Porco*, relatam, de forma radiográfica, a realidade do tráfico de drogas nas favelas de várias cidades brasileiras a corromper crianças e adolescentes para o ingresso nas suas atividades. A ausência de oportunidades de espaços de lazer, de escolarização adequada e atraente, e de atividades culturais interessantes, deixa os jovens à mercê de ofertas que preenchem o vazio social. Inseridos, desde muito cedo, na organização do narcotráfico, as possibilidades desses jovens de entrarem para o mundo do trabalho

legal se tornam muito reduzidas, na medida em que “jovens envolvidos em trabalhos ilegais têm mais chance de ficar por longo tempo marginalizados” (WACQUANT, 2005, p. 175) encerrando, assim, o próprio futuro em perspectivas mínimas de retomada dos caminhos de uma inserção compatível com as normas sociais estabelecidas.

O fato é que o comércio de drogas ilícitas se tornou uma alternativa de renda para inúmeras pessoas. Constatamos, em algumas áreas de trabalho do CR, que diversas mães de família tinham o tráfico como atividade de trabalho e sustentavam as despesas da casa e seus filhos com o dinheiro ganho no comércio ilegal de drogas. Trata-se de uma realidade que o próprio Ministério da Saúde reconhece ao citar: “[...] a pauperização do País, que atinge em maior número pessoas, famílias ou jovens de comunidades já empobrecidas, apresenta o tráfico como possibilidades de geração de renda e medida de proteção” (BRASIL, 2004a, p. 23), aspecto confirmado como uma das características do campo de práticas de redução de danos observadas no cenário nacional e internacional.

Face ao desemprego em massa decorrente da globalização capitalista e dada a escassez de oportunidades de renda, até mesmo nas atividades de mercado de trabalho informal, tal realidade tem se tornado uma alternativa de sobrevivência para um contingente da população. Assim, diz Wacquant: “Quanto mais a renovada economia capitalista avança, mais amplo e profundo é o alcance da nova marginalidade e mais repletas são as fileiras dos arremessados na garganta da miséria, sem trégua nem recursos” [...] (2005, p. 191).

Nos locais onde a liderança era representada por um traficante, nós podíamos trabalhar sem maiores preocupações desde que tivéssemos conquistado a confiança dos líderes das áreas. Obviamente, havia o compromisso, de nossa parte, de trabalhar sem interferir de nenhuma forma nas “atividades”, que ocorriam paralelamente. Esse acordo era, em geral, negociado pelo redutor de danos da equipe, cuja inserção era facilitada pelos seus conhecimentos anteriores com a comunidade ou pela sua identidade com os representantes locais e cuja linguagem e sistema de valores eram bem apreendidos graças a sua origem e vivência comunitária, permitindo-lhe circular com facilidade entre os representantes da comunidade abrindo o trânsito para os demais técnicos da equipe.

A princípio, essa realidade parecia entrar em contradição com nosso trabalho: como estar num local que vende drogas para realizar um trabalho que poderia implicar na redução do consumo, que, por sua vez, poderia interferir nos

lucros dos traficantes? Uma situação que requeria, mais uma vez, a habilidade dos técnicos, tendo em vista os usuários que verbalizavam o desejo de parar de usar drogas. No entanto, o que nos parecia uma barreira intransponível, revelou-se uma situação com possibilidades de co-existência. Estar na “boca do leão”, além de desafiador, trouxe conhecimento e aprendizado para os profissionais, que aprenderam a lidar com a situação encarando-a como mais um aspecto da realidade dos contextos do trabalho, aprendendo, ainda, a lidar com o humano, com o sujeito em suas várias roupagens, nas suas contradições.

Salienta-se que, certamente, havia o que os nossos olhos e ouvidos não alcançaram. As resistências, as mais sutis e veladas, estavam presentes todo o tempo. De todo modo, na quase totalidade da nossa experiência, não ocorreram “maiores” problemas, ou melhor, não existiram situações freqüentes que nos parecessem “travar” a atuação do CR.

Por outro lado, os laços que envolvem a comunidade parecem exercer uma forte influência no sentido de um entendimento, de certo cuidado com os que dividem o mesmo espaço. Vale ressaltar que esses laços, muitas vezes, são ambivalentes: temor e solidariedade parecem co-existir nos espaços do tráfico, onde o familiar torna-se estranho para os próprios indivíduos da mesma comunidade. Além disso, dentro de uma lógica comercial, os consumidores de drogas precisam estar em condições mínimas de saúde, caso contrário, com a saúde precária, há o risco de se perder o “cliente”.

De todo modo, a aquiescência ao trabalho do CR estava muito mais relacionada com a articulação inicial realizada pelo redutor de danos, com sua argumentação e sua inserção nos grupos, facilitada, enormemente, pela identificação entre ele e as pessoas dos grupos contatados, por seus traços em comum: linguagem verbal, postura corporal, valores e aparência física (modo de se vestir, cabelos estilo *rastafari* e outros códigos), que propiciavam uma confiança e identificação instantânea.

Uma vez feita essa articulação, havia uma colaboração do traficante-líder das áreas, inclusive “abrindo” o campo para nós, incentivando as pessoas a nos procurarem para tratar de seus problemas de saúde.

Quase como uma exceção, o inverso também se mostrou verdadeiro, a exemplo de outros locais, onde essa confiança era difícil de estabelecer, nos quais, mesmo dentro de subgrupos, havia os que permaneciam numa relação de constante apreensão com nossa presença. Um episódio ilustra a necessidade absoluta dessa

delicada articulação, que se constitui a mais importante etapa do processo de abertura do trabalho do campo.

O episódio aconteceu em uma das áreas no Centro Histórico, onde, por circunstâncias não planejadas, não tínhamos obedecido rigorosamente às etapas para a entrada no campo. Essa situação particular ocasionou a nossa saída precoce do local, devido à coordenadora ter recebido um recado avisando-a para que se afastasse da área, com frases que revelavam uma ameaça: “tem gente que gosta da presença de vocês, mas tem gente que não gosta”; “alguma coisa pode vir a acontecer com a senhora”, advertiu um usuário, pedindo-me que não duvidasse do que estava dizendo. Mais do que um susto, foi uma frustração, em meio a um trabalho que estava se desenvolvendo, a nosso ver, de forma satisfatória, visto que um número expressivo de pessoas nos procurava com diversos tipos de demandas, buscando toda a equipe para falar de suas questões pessoais, retornando regularmente todas as semanas para a continuidade das “conversas”. Naquele momento, nos afastamos da área conforme havia sido sinalizado. Dois anos depois, retornamos ao local, após contatos preliminares com as lideranças, o que nos permitiu desenvolver, novamente, o trabalho naquela área, dessa vez com, uma relativa segurança. A Coordenadora, no entanto, por precaução, preferiu não participar, como técnica, nesse retorno das atividades.

Dessa maneira, relacionar-se com a existência do tráfico nas áreas de trabalho do CR era mais uma das questões a merecer as reflexões da equipe a fim de encontrar a forma mais adequada de lidar com a situação. Diante das dificuldades, entretanto, observava-se muito mais certa atração pelo desafio do que qualquer outra reação dos técnicos, como temor, recuo ou imobilização, frente às resistências encontradas, buscando-se estratégias mais adequadas para contornar estas dificuldades.

## 5.5 A EQUIPE

A equipe representa a parte essencial do CR consistindo em si mesma a tecnologia dessa prática. A intervenção se processa no seu modo de operar, em que se configuram as práticas de acolhimento, de vínculo, de flexibilidade e criatividade, em contextos particulares.

A escolha inicial dos técnicos que formariam as primeiras equipes e a sua composição multidisciplinar foram se diferenciando ao longo da experiência. O

estabelecido, na primeira versão do projeto, previa, para a realização das ações propostas, equipes multidisciplinares, cuja composição era formada por um estudante do quinto ano do curso de medicina, um médico psiquiatra, um psicólogo (de formação psicanalítica), um antropólogo e um motorista capacitado como agente de saúde/redutor de danos.

Essa formação inicial foi sendo modificada, à medida que transcorria a experiência, em função das demandas e necessidades da população atendida, ajustando o funcionamento do CR a partir da prática, de modo que, no decorrer do trabalho, foi sendo definida uma equipe mínima que prevaleceu até o final da experiência aqui descrita, cuja composição incluía médico generalista, psicólogo, pedagogo (ou educador social), assistente social, redutor de danos e o motorista com capacitação para agente de saúde. Além das categorias profissionais que pudessem contemplar as demandas e necessidades da população, os recursos financeiros disponíveis para o projeto nos impunham um limite de técnicos para a equipe. Por outro lado, não seria, também, adequado um número excessivo de profissionais no campo, face à inibição que poderia causar junto à população.

Apenas dois técnicos, que faziam parte da primeira equipe do CR, haviam tido experiência anterior em ações de natureza comunitária dirigidas a usuários de drogas, através da participação no Programa de Redução de Danos (PRD) do CETAD/UFBA, no caso, aos usuários de drogas injetáveis (UDI). A experiência desses técnicos foi de grande importância, pois permitiu que estes pudessem ajudar os companheiros de equipe a enfrentarem os primeiros momentos no campo ainda muito inseguros da postura a ser adotada frente a um contexto tão especial e distinto de suas referências e experiências anteriores de trabalho.

### **5.5.1 O trabalho em equipe**

Estudos realizados por Peduzzi sobre o trabalho multiprofissional em saúde mostram que o trabalho em equipe “consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (PEDUZZI, 2001, p. 103). Nesse sentido, no bojo do trabalho em equipe, diz a autora, se institui uma dinâmica em que estão presentes elementos como o fracionamento de um mesmo processo de trabalho, a complementaridade e interdependência entre os trabalhos especializados, a dimensão dos sujeitos partícipes expressa na intersubjetividade e as racionalidades.

Ainda para Peduzzi (2001), a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da mediação simbólica da linguagem, identificando, na comunicação, o denominador comum do trabalho em equipe. O gerenciamento da equipe se constitui, assim, um ponto chave para o desempenho do trabalho. Esse aspecto, dada a característica do trabalho no espaço aberto, impõe à equipe uma comunicação sutil, mas objetiva, entre os técnicos, na medida em que decisões precisam ser tomadas no “aqui - agora”, construindo-se uma rede de solidariedade/complementaridade fundamental para o trabalho em equipe. A afirmação de um dos antropólogos da equipe do CR, no início da experiência em 1999 vem corroborar o que diz a autora: – *A interação é a intervenção... a equipe precisa estar afinada.* Mais ainda, a multidisciplinaridade abria, para os técnicos, a possibilidade de exercerem uma clínica na qual podiam contar, ali, no momento do atendimento, com outras especialidades, visualizando outras formas de intervir, distintas e complementares à sua prática. Para alguns, o olhar para outro campo disciplinar soou como uma descoberta:

*“– Foi o primeiro grande contato com uma equipe multiprofissional... que eu já achava a idéia linda, a idéia fantástica, mas eu nunca tinha tido essa aproximação. Eu me lembro a primeira vez que eu fui na rua, que eu fiquei observando vocês e que L.(psicóloga), aí, devolveu uma pergunta, feito um ping-pong, eu achei aquilo fantástico! Parece que... ‘Ah! não sei quê...’ ‘Não sei quê?’ E aí veio: ‘bruuu...’ veio um monte de coisas, e eu fiquei só grudada, ouvindo... Gente! Esses meninos fazem mágicas aqui porque dá um estalo e a coisa vem... A maneira como trabalha com isso tudo, enfim..”.* (Médica, 2008).

O Consultório de Rua propõe, para a sua intervenção, uma equipe com formação multiprofissional. Seu funcionamento, entretanto, foi se definindo a partir da própria prática. Nesse sentido, a disposição da equipe e, sobretudo, a complexidade do objeto da intervenção do CR é que determinariam a relação de trabalho da equipe. No dia-a-dia do trabalho, percebemos que, mais do que a multidisciplinaridade, em uma clínica no espaço aberto na rua, a interdisciplinaridade se colocava quase como uma imposição, na medida em que a população ia colocando nos técnicos da equipe demandas de todas as ordens, convocando os profissionais a atuarem nas interfaces dos vários campos disciplinares que caracterizavam a equipe. Introduzidos no trabalho interdisciplinar por essa via, os profissionais podiam ir dando conta das dificuldades na busca de “solução” dos

impasses, enfim, das imensas dificuldades do trabalho com essa população específica.

Para melhor compreender esse aspecto do trabalho, é preciso tomar o conceito de “objetos complexos”, definido por Almeida Filho, como sendo [...] “aqueles que não se subordinam a nenhuma aproximação meramente explicativa...” [...] “justamente por serem objetos indisciplinados” (1997, p. 6). Diz, ainda, o autor:

[...] o objeto complexo é multifacetado, alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência, [...] e para designá-lo apropriadamente é necessário o recurso à polissemia resultante do cruzamento de distintos discursos disciplinares. (1997, p. 7).

Assim, face à complexidade do objeto da intervenção do Consultório de Rua, a atuação da equipe requeria uma relação que, necessariamente, impelia à interdisciplinaridade. Recorrendo, mais uma vez, a Almeida Filho, a interdisciplinaridade seria entendida como:

[...] estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação destes conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por recombinação dos elementos internos. (1997, p. 9-10).

A equipe do CR deveria percorrer um caminho no qual, frente a uma realidade tão complexa, a necessidade de uma postura solidária e do apoio técnico-teórico dos demais componentes da equipe impelia ao rompimento de qualquer hegemonia, na direção de uma interface entre os diversos campos disciplinares. No nosso caso, a quebra e partilha de poder se passou de forma amena, haja vista a necessidade dos próprios técnicos de buscar as formas mais adequadas de abordagem do objeto da ação, que reconhecidamente, lhe escapava do arsenal aprendido.

A fala de uma das técnicas reflete o conforto e a satisfação que a relação integrada da equipe provocava no seu trabalho:

“– [...] extremamente rico... [...] eu só vi ganhos... [...] o trabalho, extremamente interessante porque o grupo era muito integrado tinha um foco de trabalho, tinha um objetivo maior ali... tinha uma alma no trabalho, a gente se sente ouvido; então; quando eu lembro assim... que... pôxa! que foi um momento da minha vida de trabalho que eu estava tão feliz, que eu estava tão envolvida, que eu percebia aquele movimento nos outros profissionais. Também, isso dava muita energia, de eu e L. ficar escrevendo o ‘negócio’ para o BB até não sei que horas no CETAD, de você estar ali o tempo todo, da equipe, de um modo geral, a gente estar comungando da mesma energia, de fazer a coisa acontecer, e melhorar sempre a tecnologia... aquilo mobilizava muito a gente... foi muito interessante”.

“– Interdisciplinaridade, eu senti em muitos momentos... essa integração a ponto de você... entrar um pouco na área do outro sem... tomar o espaço do profissional e ali você tem um diálogo...”. (Médica, 2008)

## 5.6 O COMEÇO...

Durante os primeiros meses de trabalho, falas repetidas dos técnicos tais como a frase “o quê que é para fazer?”, expressavam o impacto sentido frente à realidade descortinada em 360 graus à sua frente contendo toda a complexidade da vida dos usuários de drogas na rua. Esse descortinamento parecia aumentar ainda mais a angústia da equipe e o sentimento de impotência e de inadequação/insuficiência do instrumental aprendido nos bancos da universidade para lidar com um contexto de trabalho inusitado.

“– Que noite frustrante! Na realidade deveria dizer que foi frustrante porque a atividade que havia pensado em fazer não acontecia como gostaria. Por quê? O que não estou fazendo? Ou estou fazendo algo errado? Acho que não está claro para mim quais são os meus objetivos e tampouco os meios para alcançá-los [...] estou inquieta, tenho dúvidas...” (Psicóloga, 2004).

Outro dia: “– [...] esta noite minha ação foi basicamente reflexiva: há algo errado, há algo que falta ao meu trabalho” (Psicóloga, 2004).

A inquietação mobilizava a equipe, a se indagar, continuamente, onde estava a nossa falha. Não encontrávamos a “forma certa” e tentávamos, angustiados, “acertar”.

A seqüência do trabalho foi mostrando que não haveria um formato rígido, não haveria um “certo”, *a priori*, como poderíamos supor. A forma seria lábil. O que nos parecia um processo de busca para encontrar o caminho “certo”, revelou-se uma característica intrínseca à própria proposta e às peculiaridades do público-alvo.

Aquele funcionamento, a acontecer sempre na imprevisibilidade, estava consoante com o objeto da intervenção, um “objeto complexo”. Essa permanente instabilidade da ação iria requerer, como um modo permanente de atuação da equipe, a flexibilidade, a criatividade e a capacidade de adaptar-se continuamente às situações apresentadas no “aqui – agora”: instante - espaço da vida destes usuários, *locus* da prática do Consultório de Rua. Deveríamos, no nosso modo de atuar, acompanhar o caráter atemporal e intermitente dos movimentos dessa população. Esse viria a ser um “princípio” do Consultório de Rua que, naquele momento, ainda não estava claro para nós.

Por conseguinte, as características do trabalho, cuja marca seria atuar de forma constante na imprevisibilidade, em realidades fluidas e efêmeras, surpreendiam e exigiam da equipe um constante exercício de adaptação, sempre a buscar atingir algo escorregadio, algo que parecia constantemente prestes a escapar, numa realidade que se faz mutante, tal como diz Morin:

“Desde o momento em que um indivíduo empreende uma ação, qualquer que seja ela, esta começa a escapar de suas intenções. Ela entra num universo de interações e finalmente o meio ambiente apossa-se dela num sentido que pode se tornar contrário ao da intenção inicial” (2007, p.80).

Seria necessário, então, refazer, ali, a frustração da expectativa de continuidade de um atendimento com um usuário que não aconteceria, da atividade dispensada, após cuidadosa preparação nas discussões com a equipe. A frustração funcionaria, assim, como uma espécie de catalisador a provocar uma reorganização do profissional diante dos novos e inesperados contextos. Enfim, realidades sempre a surpreender e a requerer uma re-organização; novas propostas que deveriam ser improvisadas, criadas, ali, no momento, de acordo com o que se apresentava, conforme indica Morin “o campo da ação é muito aleatório, muito incerto. Ele nos impõe uma consciência bastante aguda dos acasos, derivas, bifurcações, e nos impõe a reflexão sobre sua própria complexidade” (2007, p.80). Necessário, então, adaptação e ajustamentos, em lugar do planejamento preparado nas reuniões, uma vez que o pré-definido não tinha a garantia de se realizar.

Inúmeras vezes era preciso enfatizar que o inesperado fazia parte do trabalho, a exemplo das situações em que podíamos encontrar a rua esvaziada ou nos deparar com a ausência do usuário com o qual havia um acompanhamento em curso, ou nos defrontar com a “galera” em estado de entorpecimento ou de extrema ansiedade, impossível de se estabelecer contato por mais do que poucos minutos. Isso, sem mencionar as prisões e mortes daqueles cujo contato cessava de forma violenta e abruptamente. Ou ainda, frequentemente, as atividades planejadas nas reuniões que não conseguiam ser realizadas.

Esse tipo de funcionamento se contrapõe, portanto, a uma postura normatizadora. A própria situação, a cada momento, a contrariar planejamentos prévios e programações rígidas, ia de encontro a essa possibilidade. Os técnicos haveriam sempre de precisar se adaptar ao que se apresentava, e a inovar e refazer a estratégia. Deste modo, as forças que constituíam o campo da ação impunham à equipe um modo de estar ali e de se relacionar com aqueles usuários no seu “*habitat*”, numa realidade mutante, de forma criativa. Assim, a complexidade do campo levava necessariamente à interdisciplinaridade para tentar dar conta dessa realidade.

Quanto às ferramentas para lidar com essas situações, principalmente para os médicos e estudantes de medicina, o referencial do modelo biomédico se mostrou insuficiente e foi dando lugar a uma visão mais ampla e interdisciplinar. Nesse sentido, uma ressalva: era exatamente sobre a possibilidade de interferir na formação dos estudantes, a fim de que viessem a se tornar profissionais com uma visão ampliada sobre a realidade social e subjetiva dos pacientes que o Prof. Antônio Nery Filho, ao escrever o projeto, introduzira na equipe os acadêmicos de medicina.

Assim, a fala recortada em dois momentos distintos da experiência revela a mudança de paradigmas, quando, nas primeiras idas a campo, ao se dirigir a um usuário, um dos estudantes de medicina diz: “– *Você precisa parar de usar drogas... droga faz mal à saúde*” (2003).

Essa afirmação de caráter moralista, ao final de dois anos, se modifica para uma postura compreensiva da função da droga, quando, em uma das reuniões, o mesmo estudante de medicina 2005, agora já graduado, coloca: “– *F. não pode deixar de usar o crack agora... essa é a única forma que o mantém vivo naquelas condições, ele não tem outra fonte de prazer*”.

Outra estudante, que atuou em 2003 e, em um segundo momento, em 2006, já como médica, diz:

*“– Durante a Faculdade a gente não tem, em momento nenhum, esse tema abordado; a gente não é preparada pra muitas coisas, mas o contexto da droga e usuário de SPA... isso não aparece em momento nenhum na grade curricular; não me recordo de ter nenhuma optativa<sup>3</sup>, também, que versasse sobre o assunto, que a gente pudesse ter algum tipo de aproximação. Então, eu teria saído muito crua, se não tivesse tido essa experiência. E tive a experiência, também, depois... posterior, depois de já formada e, pra mim, foi extremamente positiva”.*

Para os técnicos, a supervisão permanente oferecia suporte técnico e maior conforto para o desenvolvimento das atividades, ao possibilitar o compartilhamento das dúvidas e das angústias suscitadas pelo trabalho, e sua importância é enfatizada por diversos estudos que fazem referência ao desgaste dos profissionais que lidam com usuários de substâncias psicoativas *in loco* (BAPTISTA, 1999; BRASIL, 2001).

Com o objetivo de oferecer maior apoio aos profissionais, definimos dois tipos de reuniões: as que chamamos de **reuniões pré-campo**, que ocorriam diariamente, antecedendo as atividades na rua e nas quais eram planejadas aquelas que seriam realizadas no dia, discutidos os casos clínicos do grupo local e as estratégias mais adequadas para lidar com as dificuldades de cada área; e as **reuniões semanais**, que ocorriam com a presença de todos os profissionais das equipes envolvidas nas várias áreas de atuação do projeto, nas quais os problemas, as dificuldades, os avanços e as estratégias adotadas em cada uma eram socializados, bem como as suas peculiaridades, de modo que todos tivessem informações acerca do processo como um todo.

### 5.6.1 O funcionamento do CR

O CR ia ao encontro da população em seus locais de permanência, em geral, à noite, por ser um horário mais tranquilo, sem o movimento de transeuntes e o trânsito de carros. À noite, também, era mais fácil encontrar as pessoas agrupadas, pois, durante o dia, o público-alvo se encontrava disperso em busca de algum modo de arranjar dinheiro. Ao longo dos anos, fomos antecipando o horário

---

3 Disciplinas oferecidas no currículo que não fazem parte do currículo básico da graduação, mas que podem ser escolhidas e cursadas.

de atendimento, chegando ao início da noite, em função do aumento da violência e do consumo de drogas cujos efeitos dificultavam a interação com a equipe. Inúmeras vezes chegávamos e já os encontrávamos sob efeito de drogas ou na “fissura” de continuar o uso, chegando, em muitas ocasiões, até, a inviabilizar os contatos. Assim, a partir de 2005, começamos a ir à tarde a uma das áreas atendidas, com vistas a experimentar a possibilidade de trabalho durante o dia. Para isso, escolhemos um local onde havia menos agitação e circulação da população em geral.

Cada equipe atendia nas áreas selecionadas, de modo constante, sempre no mesmo dia e horário, procurando estabelecer um ritmo, criar intervalos e constituir uma referência, pois a falta de referência e de ritmo dificulta ainda mais o trabalho, haja vista que é comum nessa população uma atemporalidade, em que há uma perda da noção de tempo, confundindo-se dias da semana, datas, aniversário, etc.

A regularidade da presença, a explicitação dos objetivos e, principalmente, o “aval” de líderes dos grupos ou da comunidade é que permitiam a aproximação e a construção de vínculos com a equipe do CR. A presença do redutor de danos, com sua linguagem e aparência semelhante aos jovens, provocava uma identificação imediata do grupo, tornando-o um facilitador para o trabalho, funcionando como importante elo entre a equipe e os usuários, principalmente, nos primeiros momentos da abertura do campo, “costurando” a relação entre os outros profissionais e os usuários.

O CR significou um campo de experimentação, na medida em que sua prática foi sendo construída no próprio fazer cotidiano, buscando-se encontrar a melhor forma de atuar e atender às demandas e necessidades da população. Nesse sentido, a atenção à equipe foi essencial, requerendo uma avaliação permanente do “seu fazer”.

*“– É inquietante e desafiador para os profissionais encontrar uma forma de se relacionar. Conta-se, inicialmente, com a sensibilidade para apreender a singularidade de cada um, suas relações com seus pares e com seu local de permanência. Espera-se, atentamente, para perceber os sinais que permitem dar outros passos adiante”. (Pedagoga, 1999).*

*“– O fato de não termos um modelo pronto aumenta a ansiedade”. (Antropólogo, 1999).*

A abordagem do tema das drogas ocorria a partir das solicitações do público atendido que aconteciam em tempos muito variáveis. Alguns logo se manifestavam pedindo ajuda para parar de usar drogas, para serem encaminhados a um local de internação, pois só assim conseguiriam interromper o uso, alegando que, estando nas ruas, não havia como não usá-las. Outros levavam meses até se referirem ao assunto e outros, ainda, não se manifestavam sobre o uso, apesar dos evidentes prejuízos e solicitavam nossos serviços para outras questões e, somente após estabelecer uma relação de confiança com algum técnico, abordavam o tema.

*“– [...] afinar a consciência do que queremos no campo [...] não reduzi-los à categoria de usuários de drogas”. (Pedagoga, 1999).*

*“– [...] a gente não chegava abordando ninguém de cara, nem de sola, nem com a droga, nem com um discurso moralista que não pode usar droga e tal... Tinha uma escuta muito aberta, muito afinada; começava a abordagem toda de uma maneira muito receptiva, tentando não formar um julgamento. Não tinha um julgamento prévio, claro que a gente não consegue isentar, mas tinha sua orientação: vai escutando, vai colhendo e vai se inserindo naquele contexto [...] Essa coisa de se inserir no contexto da rua era muito interessante [...]”. (Médica, 2008)*

Observava-se, claramente, a ambivalência nas demandas formuladas, nas quais a necessidade de interromper o consumo era premente frente aos problemas percebidos, seja pelos rompimentos dos laços familiares e sociais, pela marginalização e implicações legais, seja pela precarização da saúde. Por outro lado, o grande desconforto sentido pela dependência referida era, muitas vezes, a forma como manifestavam o desejo de continuar a usar drogas, porém, de forma controlada e não prejudicial. O prazer pelo uso estava declarado no brilho dos olhos ao falar dos efeitos da droga, alternando, rapidamente, na face, as nuances dessa ambivalência.

Em locais de maior frequência de uso do crack, os usuários mantinham uma dependência tão intensa com a substância psicoativa que tudo o mais lhes parecia irrelevante, apresentando estes usuários um comportamento de isolamento, de maneira que a situação encontrada era mais delicada para uma intervenção. Nos casos em que se manifestava algum tipo de mal-estar, como dor, ferimento ou outro tipo de incômodo físico, ou diante da necessidade de documentação de identidade, se mostravam mais dispostos a entrar em contato com os técnicos. Essa era, então, uma ocasião oportuna para uma abordagem e à medida que o atendimento era realizado se procurava construir uma vinculação. Nestas ocasiões, o ato de ser

cuidado, normalmente, tendia a uma aproximação, que ao se repetir nos dias subseqüentes propiciava o estabelecimento de um laço.

A tentativa de desenvolver uma cultura de autocuidado, considerando o grau de miséria em que os grupos mais precários sobrevivem, exigia uma postura criativa dos técnicos sugerindo mudanças possíveis para a melhoria na qualidade de vida desses indivíduos. Até mesmo porque sugerir mudanças para a melhoria na “qualidade de vida”, poderia parecer sem sentido naqueles contextos, onde se observa não existir as condições mínimas que uma pessoa precisa para sobreviver, e sem possibilidades de organização enquanto grupo torna-se mais difícil conquistar direitos fundamentais a uma existência com dignidade. Dentro deste quadro, o contato com recursos da própria comunidade, como mecanismo alternativo de resposta às problemáticas apresentadas pelos usuários, se tornava uma ferramenta importante para atingir esses objetivos, para buscar as condições mínimas de vida aceitável.

Para que este objetivo, entretanto, seja alcançado em sua plenitude, torna-se necessário o trabalho junto à sociedade a partir de ações intersetoriais, capazes de promover mudanças mais profundas na vida dos grupos em situação de exclusão social, o que dependeria de maiores mudanças na estrutura sócio-econômica e cultural, implicando em investimentos mais amplos, de vontade política para sua efetivação, mas também da própria população se organizar para buscar esses direitos.

Em locais de atuação situados em bairros considerados de classe média, a sociedade expressava, claramente, a sua rejeição pelos jovens em situação de rua. Dificilmente registramos atitudes que visassem minimizar ou compreender a problemática vivenciada por estes jovens em uma outra ótica que não aquela que, em geral, se esboçava como “solução” “varrer” os indivíduos da rua, não importando qual o destino de suas vidas. Algumas vezes fomos interpelados, recebendo a fúria de “cidadãos” que, além de não se disporem a nenhum tipo de ajuda, ainda nos responsabilizavam por aglutinar os jovens na praça vizinha ao prédio de apartamentos onde residiam numa negação à existência prévia deles nos espaços públicos, rechaçando-os como lixo social, com as falas impregnadas de raiva e intolerância. Poucas vezes, tivemos a oportunidade de encontrar cidadãos comuns assumindo, efetivamente, uma responsabilidade social.

Ainda assim, tivemos a surpresa, rara, é verdade, de encontrar pessoas que se envolveram, aproximando-se da equipe do CR, oferecendo ajuda e que,

efetivamente, tiveram uma atuação, aproximando-se das crianças, tentando criar vínculos, buscando conhecer suas histórias, inclusive, acompanhando o processo de internação e dando continuidade aos contatos na instituição onde as crianças permaneceram durante vários meses.

Porém cada área tinha uma dinâmica própria. Pareciam tão iguais e tão diferentes ao mesmo tempo. Podiam-se observar grupos com a presença de jovens mais agressivos; outros grupos mais heterogêneos na idade e nos interesses; ou mais homogêneos na faixa etária; outros ainda mais comprometidos com o consumo de drogas; alguns com vínculos ainda mantidos, outros com rupturas dos laços familiares e sociais. Enfim, cada local exigia da equipe adaptações na abordagem, ênfase em algum tipo de atividades mais do que em outras, buscando ultrapassar os obstáculos de uma aproximação mais difícil.

Em uma das áreas, por exemplo, propusemos uma oficina de capoeira depois que uma das garotas atendidas disse ter feito aulas de capoeira em uma instituição social que freqüentara até poucos dias antes e que gostava de ir lá por isso, mas tinha dificuldades de jogar devido ao seu pé “*não conseguir fazer todos os movimentos*”. Quando solicitada a nos mostrar o problema, logo nos primeiros movimentos ficou extremamente ofegante e então conversamos sobre sua respiração, o cigarro, a cola, e que relação isso poderia ter com seu “pé não conseguir fazer o movimento da capoeira”.

### **5.6.2 A importância do vínculo entre o técnico e a clientela**

A presença do Consultório de Rua em um dado território é precedida por uma decisão institucional, portanto, não há uma demanda prévia de atendimento por parte da clientela. Trata-se de uma oferta programada. Essa inversão inicial, oferta/demanda, implica um manejo delicado da equipe ao se dirigir à população-alvo da intervenção. O sentimento percebido pela equipe, ao chegar ao território, é de que, em geral, as pessoas se sentiam apreensivas, denotando certo temor, que só ia cedendo à medida que os técnicos iam esclarecendo a proposta e enfatizando a oferta de serviços de saúde. Para isso, o primeiro passo era apresentar a equipe e esclarecer os objetivos do trabalho: uma oferta de cuidados à saúde geral e atividades de prevenção de DST/AIDS para os usuários de drogas.

A reação inicial de desconfiança e resistência à aproximação podia levar meses até que se modificasse. A aquiescência da população à nossa presença ia

ocorrendo, à medida que a equipe trabalhava na construção de vínculos, pré-requisito essencial para que a intervenção viesse a se realizar. Assim, o comportamento da equipe e a forma como essa se relacionava com a população, em seus detalhes, dos mais sutis aos mais amplos, eram de grande importância, pois iriam permitir que eles atribuíssem significados à nossa presença e, gradualmente, determinassem a aceitação do trabalho, constituindo-se assim a base sobre a qual iriam se construir os vínculos transferenciais, fundamentais para o trabalho acontecer.

*“– A forma de interagir é questão fundamental nos estudos antropológicos, que demora anos e anos para alcançar alguma compreensão. Enfim, [para] colocar-nos confiáveis dentro das representações dos adolescentes vai passar um tempo”. (Antropólogo, 1999).*

*“– [...] ser num espaço não controlado... assim... uma coisa era muito rica... eu achava aquilo fantástico... você está na rua, você se adapta à realidade porque, no consultório, no hospital, que é o extremo disso, o indivíduo doente você se adapta, vai introduzir o soro, ‘ta-rá-rá-ta-rá-rá’ a medicação, o paciente! Isso tudo te submete... Então é o extremo do controle. Na rua não. Primeiro, porque tinha todo um jogo de sedução, você tem que fazer com que... se aproximar do indivíduo e criar uma vinculação, a importância da vinculação antes de qualquer coisa...”. (Médica, 2008).*

Ao se fazer uma “clínica de rua”, o estabelecimento dos limites do enquadre estão colocados, prioritariamente, na relação, pois o *setting* da rua, no espaço aberto, não favorece as condições de espaço-tempo que possam dar borda ao enquadre terapêutico, determinados pelas condições pré-estabelecidas dos atendimentos realizados nos moldes tradicionais da clínica (sala, mobiliário, horários, honorários, postura), sobretudo nos atendimentos que têm um seguimento, configurando um acompanhamento psicoterapêutico.

Na abordagem dirigida aos grupos de jovens que moram na rua, distanciados/desvinculados de sua comunidade de procedência, percebe-se que a primeira expectativa é de que a nossa presença esteja relacionada a uma ação assistencialista/caritativa. Nesses momentos, a equipe procura logo demarcar essa diferença, explicitando que não estamos ali para distribuir objetos tipo alimentos e cobertores ou para desenvolver atividades religiosas, a exemplo de muitos grupos que saem à noite com essa finalidade, os quais, por diversas vezes, estiveram presentes, no mesmo momento em que trabalhávamos. Essas eram oportunidades

em que a equipe ratificava a posição ética do CR, enfatizando a natureza do trabalho.

### 5.6.3 Atividades na rua

**Clínica Médica** – nesse campo eram realizadas consultas, solicitações de exames, orientações, encaminhamentos para a rede de saúde. O exame físico completo visando uma melhor abordagem diagnóstica não era realizado na rua, tendo em vista as circunstâncias do atendimento. Nesses casos, o usuário era encaminhado para um serviço da rede pública de saúde ou era agendada uma consulta para o próprio médico da equipe, em uma instituição de suporte, a exemplo do CAPS AD, quando o CR estava sendo implantado naquela instituição. Essa era uma forma de fortalecer o vínculo e apresentar os serviços de saúde aos usuários, intermediando sua relação com a rede institucional. Assim, o médico do CR dispunha, apenas, como instrumental, de uma pequena caixa de curativos, tensiômetro e estetoscópio.



Figuras 2 e 3 – Atendimento médico

**Assistência Social** – o profissional dessa área procurava responder às demandas e prestar o atendimento de modo a facilitar o processo de re-inserção social. Para isso, tornava-se imprescindível estar conectado à realidade do sujeito a fim de buscar uma melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual ele estava inserido, condição que permitiria apropriar-se de conhecimentos e criar possibilidades de enfrentamento das questões sociais. A atuação desse profissional, inserida no contexto da ação do CR, remetia a permanentes desafios

frente à exclusão social, ao desemprego, aos conflitos com a lei, à violência e outras situações de risco social. Suas funções estavam desse modo, relacionadas, especialmente, à possibilidade de refletir, junto com a população atendida, sobre o seu papel como elemento participativo e sujeito de suas ações, no contexto social, favorecendo o exercício de sua cidadania. Além disso, ele estabelecia contatos com recursos da comunidade local, como mecanismo alternativo de resposta aos problemas apresentados pelos usuários, no sentido de abrir e fortalecer a rede de serviços de suporte social para o acesso desse público.



Figura 4 – Serviço social

Os atendimentos se processavam individualmente e/ou em grupo e as visitas domiciliares e institucionais eram realizadas quando necessárias. A maioria das solicitações dirigidas ao assistente social girava em torno da regularização de documentação, orientações para assuntos de ordem jurídica, bem como encaminhamentos para recursos da comunidade, como abrigos ou instituições para tratamento de dependência química, além das demandas decorrentes da situação de pobreza e carência de recursos de sobrevivência.

**Educação Social** – mais do que uma especialidade, essa era uma função e poderia ser exercida por um pedagogo ou, mesmo, por um psicólogo. A sua prática tinha como finalidade o desenvolvimento de atividades e a proposição de

estratégias de aproximação com os profissionais da equipe, “puxando” as atividades lúdicas, recreativas, criando um ambiente para abordagem com as crianças, abrindo espaço para a intervenção de outros técnicos, na medida em que se percebia o aparecimento de questões relevantes trazidas pelo grupo.

**Orientação sobre Sexo Seguro** – essa atividade era realizada, principalmente, pelo motorista que, além de dirigir o veículo, transportando a equipe técnica e os materiais necessários para o desenvolvimento das atividades de campo, também fazia a distribuição dos preservativos e a demonstração do seu uso correto, transmitindo, ainda, informações sobre sexo protegido.



Figura 5 – Distribuição de preservativos

**Atividades de Prevenção de DST/AIDS** – envolvendo distribuição de preservativos, demonstração do seu uso correto, orientação para a prevenção das DST/AIDS, articulação e encaminhamentos para a rede de saúde, eram ações realizadas rotineiramente, com o auxílio de recursos didáticos como o álbum seriado ou cartilhas educativas, em exposições dialogadas com usuários e não-usuários que se aproximavam com interesse no tema. A oficina de DST requeria o cuidado de se adaptar a linguagem para uma forma lúdica, principalmente dos adolescentes, de modo a despertar o interesse destes, e assim criar um clima favorável a diminuir a inibição. Essas atividades sempre tinham o efeito de suscitar a manifestação de

queixas e relatos de problemas relacionados às DST e à sexualidade, culminando na orientação e, às vezes, no encaminhamento de usuários para a rede pública de saúde. As queixas mais complicadas eram direcionadas ao médico que, a partir de contato mais minucioso, encaminhava o usuário aos serviços de saúde da rede especializados em infectologia.

O uso do preservativo representa um ato de responsabilidade com a vida, com o corpo e a saúde. Contudo, nestes contextos reconhecíamos a enorme dificuldade para a adoção de comportamentos de autocuidado, constatando-se, nesse sentido, a repetição dos descasos e descuidos dos usuários com eles mesmos.

**Redução de Danos** – o agente redutor de danos, por sua inserção ativa em comunidades é um formador de opinião, e um facilitador da interação entre os demais técnicos e os usuários de drogas. Na equipe tinha um importante papel de acessar a população, fazendo a articulação entre o projeto e a comunidade, informando inicialmente a proposta do CR. Em geral, possui atributos que lhe confere uma capacidade de comunicação através de uma linguagem semelhante à da clientela, propiciando a abertura do campo.

O uso de drogas pela população de rua é crescente, alguns estudos apontam para percentuais em torno de até 90% de uso, entre crianças e adolescentes em situação de rua (CARVALHO, 1999; BAPTISTA, 1999). Uma boa parte das pessoas atendidas pelo CR expressava o desejo de deixar o consumo, sobretudo do *crack* e do cigarro, cuja dependência é ressaltada e amplamente confirmada pela quase totalidade dos usuários. Houve muitas demandas de tratamento e a maioria considerava a internação a forma mais adequada de realizá-lo, sob o argumento de que a vida na rua os coloca diante do fácil acesso à droga e, por isso, com alta probabilidade de consumo, sendo necessário uma medida radical de afastamento. Porém, quando se atendia à demanda, e se buscava articular uma instituição, no sentido de viabilizar o tratamento solicitado, esse dificilmente se efetivava.

Devido à escassez de serviços especializados para tratamento de dependência química, a opção mais acessível, e disponível, são os centros de internação comunitária de cunho religioso, que ainda compõem o maior número de serviços nessa área. Assim, está é uma das opções mais procuradas pelos usuários de drogas em situação de rua. Por outro lado, boa parte destes usuários relata o

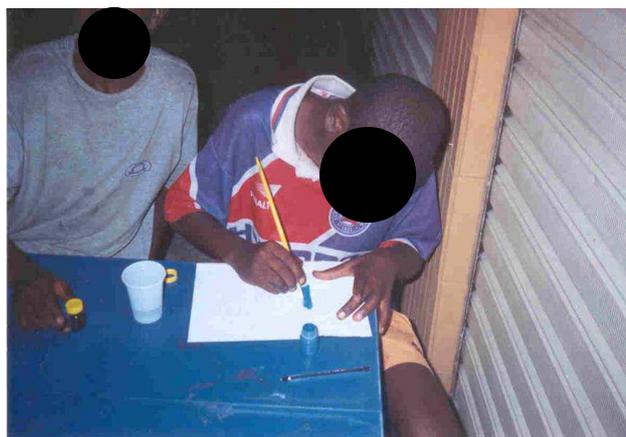
abandono da internação e uma das justificativas alegadas para a desistência, além da própria dependência da substância psicoativa consumida, era atribuída à rigidez destes centros comunitários, cuja rotina de orações ao longo do dia é obrigatória e enfadonha, para muitos deles, dificultando a adaptação e a permanência prolongada.

A abstinência, como já citado, nem sempre é desejada ou possível para todos. Dessa maneira, tentar reduzir os danos do consumo tem sido considerado a melhor alternativa, a exemplo de deixar uma droga dita “mais pesada” por uma “mais leve”, por exemplo, fazer uma mudança do crack para a maconha. Na verdade, o controle sobre o consumo e a opção pelo uso de substâncias psicoativas que ocasionem menor dano à saúde é a meta desejada pela grande maioria dos usuários de substâncias psicoativas.

Outra possibilidade de redução de danos citada é o uso do *crack* em associação com a maconha, em que as “pedras” de crack são adicionadas no “baseado” (maconha utilizada sob o formato de cigarro). Os usuários referem a preservação do apetite evitando o emagrecimento intenso e a possibilidade de manter certo relaxamento e diminuição da ansiedade (“saci”, na linguagem dos usuários). Tal escolha, entretanto, não evita que o usuário venha a estabelecer uma dependência do *crack*, da mesma forma que ocorre quando esse é utilizado isoladamente. Embora essa opção tenha se tornado muito comum, observa-se que, na rua, há ainda uma predominância do uso do *crack* puro, fumado em cachimbos.

**Atividades Lúdicas** – envolviam propostas de desenhos, jogos, teatro de fantoches, dentre outras, criadas com a finalidade de atrair o público infanto-juvenil, e facilitar as relações entre as crianças e os técnicos, além de oferecer espaço lúdico, como uma alternativa de comunicação e de prazer.

O objetivo final dessas atividades não era o entretenimento em si, embora a intenção fosse propor algo atraente e prazeroso. A utilização de jogos e brincadeiras, enquanto recurso próprio da linguagem da criança configura uma estratégia de trabalho, propiciando ao técnico fazer uma leitura do material manifestado e realizar intervenções de efeitos terapêuticos.



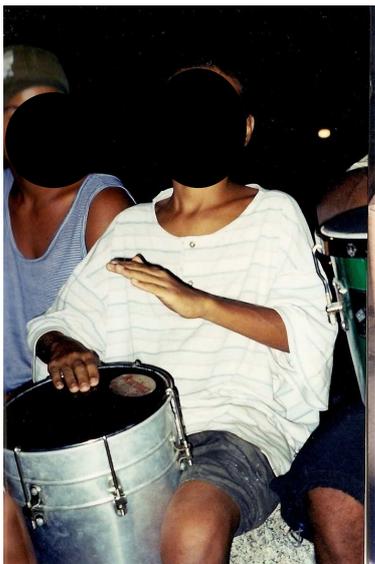
Figuras 6 e 7 - Atividades lúdicas



Figura 8 – Atividades lúdicas

**Oficinas** – essas atividades não exigiam seqüência. Podiam ser usadas pontualmente, a depender da necessidade de facilitar a abordagem com subgrupos, enquanto outras eram atividades realizadas com certa regularidade, como as de música e instrumentos. Também através delas, objetivava-se estimular a expressão de conteúdos verbais ou atuar de forma a despertar o interesse dos jovens para atividades prazerosas, possibilitando meios de simbolização e a inserção social.

As oficinas de música, hip-hop, capoeira e leitura de estórias visavam estimular a expressão de conteúdos vivenciais sobre temas como violência, consumo de drogas, sexualidade, corpo, família e escola, buscando estimular a expressão da vida cotidiana e a reflexão sobre sua realidade, valores éticos, morais, socioculturais e políticos, dentre outros.



Figuras 9 e 10 – Oficinas de música



Figura 11 – Oficina de capoeira



Figura 12 – Oficina de fantoches

**Oficinas de Educação e Saúde** – referentes à realização de ações preventivas e de promoção à saúde, abordavam-se questões relativas aos problemas de saúde, a exemplo de temas como DST/AIDS e tuberculose, muito

freqüentes na população de rua. As discussões surgidas nestas oficinas geravam questionamentos sobre possíveis sintomas, muitos destes já auto-observados anteriormente, encontrando ali o espaço para esclarecimentos de dúvidas, e desencadeavam demandas para o diagnóstico dessas enfermidades, incluindo as para sorologias para hepatites B e C e sífilis. Nos casos de solicitação para sorologia do HIV, esta era precedida do aconselhamento pré-teste, sendo o aconselhamento pós-teste feito na própria instituição pública especializada onde era realizado o exame.

**Atendimento Psicológico** – a palavra, a escuta sensível e a disponibilidade advinda de uma postura ética, não moralista: esses são os principais instrumentos de trabalho nesta atividade. A oferta é possibilitar o acesso à palavra, ao discurso, que revela o sujeito que fala, e por meio do qual se pode favorecer a simbolização e re-significação do sofrimento, a identificação de aspectos subjetivos/comportamentais envolvidos no modo de vida, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ou a outras questões existenciais, dentro da particularidade de cada um. Que sejam eles a falar de si próprios e assim tentar encontrar o sentido de suas existências!



Figura 13 – Atendimento psicológico

Tomar a referência da teoria psicanalítica permite-nos uma lógica do pensar, favorecendo um aprimoramento sensorial, uma acuidade de percepção que facilita a escuta fazendo entrever além do dito e das aparências. O trabalho em mão dupla tem, por excelência, o *tempo de compreender*, para o profissional, e o *tempo de fazer questão*, para o sujeito. Assim, atua-se na tentativa de interpor a palavra entre o sujeito e a droga, promovendo um descolamento do objeto droga, favorecendo a produção de sentido e quebrando a cristalização do “aqui-agora”, do não-pensar, da tentativa contínua de anestesiá-los os sentidos pela qual o usuário contrapõe a realidade externa e a sua realidade psíquica.

Abaixo, citamos exemplos observados durante atendimentos às adolescentes do Centro Histórico, que chamam a atenção para o comportamento de jovens que nos levavam a refletir sobre a sexualidade despertada de uma forma tão violentamente prematura, como, freqüentemente, visto na rua. Indagávamos que processo se passa quando meninas iniciam precocemente um uso sexual do corpo infantil, sem o amadurecimento para um exercício pleno da sexualidade. Quais os efeitos na sua estruturação psíquica, além dos conflitos inerentes ao adolecer, quando atropeladas no processo biológico natural em curso, no corpo ainda não despertado pelos impulsos desencadeados pelo feixe hormonal?

A erotização do corpo, observada no comportamento de meninas no Centro Histórico, por exemplo, que, no caminhar, o fazem deslocando-se com o movimento pélvico da dança erótica, cantarolando, mas sem entusiasmo, sem vivacidade, nos parecendo sem sentido, sem lugar, sem um objeto a ser endereçado. Percebe-se no ar uma sexualidade exercida de forma precoce e perversa. No contato que tentamos estabelecer, reagiam com um olhar de desconfiança, com deboche, ironia e indiferença. Pareciam-nos mobilizadas, talvez, por sentimentos de raiva e de desprezo, respostas à violência sofrida, pensávamos, tentando entender o significado daqueles olhares. Na dificuldade de nos olhar, falavam uma com a outra, conforme revela o fragmento de um pequeno diálogo entre duas meninas, num diálogo disfarçadamente endereçado a nós:

“– [...] *Eu perdi a virgindade com oito anos.*

– *Você não perdeu sua virgindade, nada, você foi estuprada”.*

O que essas meninas queriam dizer que não conseguiam dizer a não ser pela linguagem do deboche? Tivemos dificuldade de identificar e nomear o que se

passava ali com aquelas crianças, tal a intensidade de seus comportamentos. Havia um contraste visível entre a vitalidade do corpo e o florescer da juventude e algo sem vida no uso desse corpo. O despertar da função sexual para uma sexualidade destituída de prazer e de afeto.

Vemos, nas noites nas ruas, o processo de prostitucionalização. Para essas crianças, não existe uma etapa e depois outra. Existe um acontecer de tudo junto, sem tempo para amadurecer, para escolher, para pensar, para elaborar. Que sujeito está se constituindo nesse corpo, no conectar-se com seu próprio corpo nesses atos contínuos, e de dele fazer uso, de experimentar um gozo, como se desse corpo e desse gozo não pudesse se apropriar? Um corpo que parece pertencer a muitos, menos a si mesmo, que está na posição de objeto em uma relação dessubjetivada, sem afeto a intermediar os corpos, porque sem nenhuma implicação de desejo. Um corpo que é “puro orifício” (CRUZ, 2003, p. 25),

A droga entra para mediar a dureza, a aridez, talvez, a única opção para não sucumbir frente ao insuportável; para anestesiar os sentidos e promover um distanciamento daquilo que foi vivenciado brutalmente. O olhar dirigido em nossa direção é um olhar distante, desinteressado pelas atividades que acontecia entre os técnicos e outras adolescentes. Naquele momento não se envolviam nos jogos. Buscavam chamar atenção e interagir de outra forma. Os jogos e orientações pareciam não fazer sentido para elas, porque sem possibilidades de dar-se outro destino, de se proteger de uma possível doença quando já se estava irremediavelmente ferido.

Também os meninos que, na faixa de dez, doze anos de idade, na sua inocência de criança, transam com homossexuais adultos, atendendo ao convite para o sexo, mas cujo interesse ainda está no brincar. Interrompem a brincadeira (e a infância) para fazer sexo.

Na equipe, a possibilidade de identificar os problemas de ordem subjetiva promovia, junto aos técnicos com formação em outras áreas do conhecimento, uma visão mais ampla e rica da dinâmica do sujeito e das suas relações, contribuindo para a qualidade do trabalho na direção de uma atuação interdisciplinar, e de entendimento do que estava colocado, além do dito. A escuta afinada permitia, ainda, aos técnicos adequar sua atuação e as atividades às situações, como as descritas acima.

## 5.7 OS CENÁRIOS E SUA GENTE: O LOCUS DA PRÁTICA

A seguir, apresentamos as principais áreas onde o Consultório de Rua trabalhou, localizadas na cidade de Salvador, juntamente com as observações sobre a população atendida nesses locais.

Em cada lugar, tudo parecia tão igual e, ao mesmo tempo, tão diferente...

### 5.7.1 Área 1



Figura 14 – Localização das áreas 1; 5; 6; 7 e 10 – Salvador-Bahia  
Fonte: Google

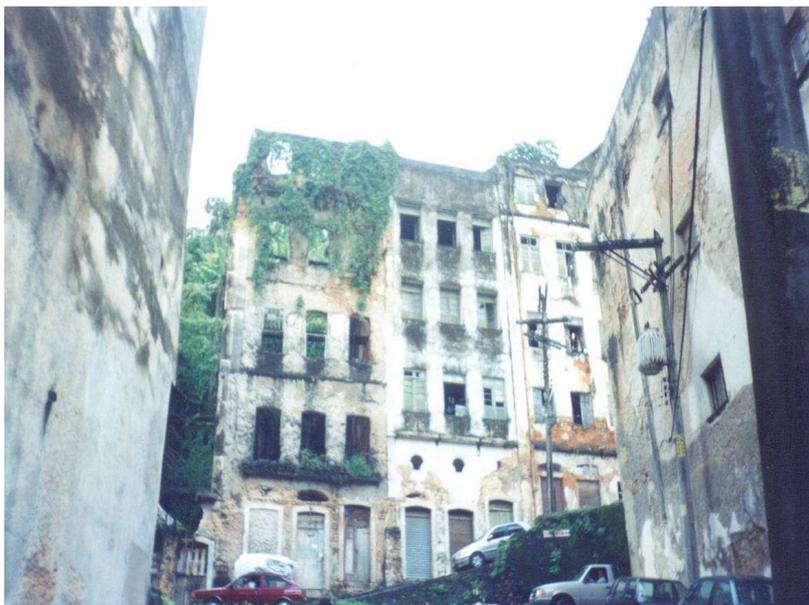


Figura 15 – Área situada na Cidade Baixa

Essa área está situada no centro comercial da Cidade Baixa, entre o Mercado Modelo e a Praça da República e do porto marítimo de Salvador (Figura 14), onde estão localizadas as sedes dos grandes bancos e lojas de comércio variado. A Praça Conde dos Arcos (região de maior concentração de Bancos e escritórios) foi o primeiro local a ser atendido pelo CR, onde trabalhamos durante alguns meses. Após esse período passamos a atender na Praça da República, recém inaugurada depois de uma reforma, onde o público atendido passou a se concentrar, em razão do espaço mais amplo e iluminado, com bancos e quiosques espalhados por todo o espaço. A mudança favoreceu a vinda de um número maior de pessoas ao Consultório de Rua. A área é um local bastante movimentado durante todo o dia pela circulação de inúmeras pessoas que por ali trabalham, fazem compras, turistas e pelos que se deslocam para as ilhas da Baía de Todos os Santos. À noite, o movimento diminui bastante, conformando um outro cenário no qual assumem a cena personagens como os catadores de papelão, que estacionam suas “carroças” improvisadas feitas de pedaços de madeira e as sobrecarregam, o quanto podem, com a mercadoria coletada nas portas dos edifícios de escritórios e lojas, amontoada, diariamente, ao final do expediente de trabalho. Além dos catadores de papelão, vários moradores de rua ocupam algumas marquises mais próximas do porto marítimo.

O público atendido pelo CR é formado, principalmente, por moradores de uma das ruas que faz ligação entre a cidade baixa e a cidade alta, outrora bastante movimentada e hoje ocupada por moradores que resistem à saída promovida pela Prefeitura para a desapropriação da área, uma vez que toda essa extensão faz parte do projeto de re-urbanização pretendido para a região do Comércio. Na ocasião do mapeamento para a escolha das primeiras áreas de trabalho do CR, essa área “nos escolheu”.

Numa das noites em que fazíamos percursos pela cidade, ao passarmos nesse local, um número significativo de pessoas se aglomerava em torno de um desses amontoados de papelão em frente a um edifício na praça. Ao nos avistar, pediram que parássemos. À primeira vista, pareciam ter nos confundido com um desses carros que fazem caridade, distribuindo sopas. Ao pararmos, uma mulher lê os adesivos (do CETAD) na porta da Van, e então diz: “– Ah, é aqui mesmo que vocês têm de ficar. Aqui todo mundo usa a massa”. Era um pedido e, é claro, nós ficamos. E ficamos por seis anos!

Acompanhamos, nesse período, um grupo de crianças pequenas, adolescentes, adultos e, até, alguns idosos, que passaram a ir, regularmente, nos encontrar nas quartas-feiras à noite. As mães vinham para “se consultar” e traziam seus filhos, que se espalhavam pela praça<sup>4</sup> demandando atenção da equipe, tornando-se um subgrupo com o qual os técnicos desenvolviam atividades trabalhando as questões de família, violência, sexualidade, temas recorrentes nas suas falas e desenhos.

Nos primeiros meses, até mais ou menos um ano, o tema da violência era central e, não por acaso, bastante presente, também, no modo de expressão das crianças. Os adultos chegavam a nós com muitas queixas. Mais do que isso, apresentavam as marcas da violência no próprio corpo, com ferimentos provocados por faca, resultado dos episódios de brigas entre os membros da própria comunidade. O consumo de substâncias psicoativas era intenso, como relatou **M.**, ao fazer referência à necessidade de estarmos ali, dizendo: “*Aqui todo mundo usa tudo*”. Para **M.**, o consumo de *crack* era o responsável pela violência. Em um dado momento, ao observar uma redução das queixas relativas à violência, eu lhe indaguei sobre a “calmaria”, ao que ela então me disse: – Ah, o *traficante de crack saiu daqui, agora o pessoal tá só na ‘massa’*. De fato, gradativamente, foi diminuindo

---

<sup>4</sup> O trabalho teve início próximo à Praça Conde dos Arcos, mas, depois de algum tempo, fomos para a praça que havia sido reformada, permanecendo nela até o final.

a referência dos usuários ao uso de *crack*. Em compensação, o uso de maconha foi aumentando, sobretudo, entre os adolescentes que, no início dos atendimentos ali, não eram usuários de SPA.

O Projeto Axé tinha, nessa área, educadores de rua nos três turnos, o que propiciou uma parceira que funcionou afinada, em muitas ocasiões, com o CR. Pelo período de tempo maior na rua e pelas características de sua proposta, os educadores tinham mais acesso a informações sobre o dia a dia dos jovens, como, também, às suas famílias, que eram, eventualmente, visitadas por eles. Com os educadores da noite, foi possível desenvolver atividades, conjuntamente, e algumas vezes fomos durante o dia visitar a oficina de dança que estava instalada em um dos prédios próximo dali e era freqüentada por alguns dos jovens que atendíamos à noite.

Nesta ocasião, periodicamente, aconteciam reuniões entre os educadores do Axé e os técnicos da equipe do CR, nas quais eram feitos questionamentos sobre o nosso trabalho ficando claro que havia a expectativa de que a nossa intervenção viesse a fazer os jovens cessarem o uso de drogas. Essa expectativa foi discutida inúmeras vezes, com o objetivo de trabalhar esse ideal, os limites desse alcance e a função das drogas na vida dos jovens no contexto da rua. Percebíamos certa frustração frente a essa expectativa e uma tendência a compreender a proposta como uma abordagem que visava, em primeiro plano, suprimir a substância, como se o objeto droga não estivesse, necessariamente, compondo para o sujeito uma relação de suplência, cuja desmontagem requeria um manejo delicado e, por vezes demorado, sobretudo, naquelas circunstâncias de vida tão adversas.

### **5.7.2 Área 2**

O local atendido pelo CR está situado no Bairro da Pituba, bairro de classe média, de bom padrão socioeconômico, situado na orla marítima, que conta com muitas construções de edifícios residenciais e um comércio variado, com lojas, serviços, clínicas, bares e restaurantes de boa qualidade, dispondo de uma ótima infra-estrutura. Paralelamente à rua da orla, uma longa e ampla avenida atravessa o bairro que, reformada há poucos anos, conferiu aspecto moderno ao local (Figura 16, pág.93). A Prefeitura continua investindo na sua reurbanização, estendendo cuidados e reformas às demais ruas e praças do bairro e em áreas de lazer.



Figura 16 – Localização da Área 2 – Salvador-Bahia  
Fonte: Google

O fato de se avizinhar de outro bairro, bastante populoso e caracterizado como de baixa renda, faz com que um grande número de pessoas de todas as idades circule pelas suas ruas com o intuito de mendigar, nas sinaleiras dos cruzamentos. Essa migração diária tem ocasionado uma maior violência no bairro, com índices aumentados de roubos de carros e de residências, em relação a outros bairros com semelhante padrão social. Prostitutas trabalham à noite nas duas avenidas principais e em suas transversais, onde existem algumas casas de show erótico.

Em muitos locais circulam crianças, adolescentes e jovens com as mesmas características, que formam pequenos agrupamentos e se fixam pelos espaços do bairro. Nessa área, iniciamos o nosso trabalho em uma pequena praça na grande avenida reformada, onde encontramos nosso público-alvo agrupado embaixo da marquise de uma livraria. Optamos por esse grupo, em razão de nos

parecer, à primeira vista, mais comprometido pelo uso de drogas e ser mais numeroso: cerca de vinte crianças e adolescentes, com idade média entre 12 e 18 anos, que constituem o público alvo típico do projeto – meninos e meninas de rua, usuários de drogas, que romperam ou mantêm laços com a família de forma intermitente. Quase todos, relatam estar fora da escola; alguns dizem ter participado de projetos sociais como o Axé (na própria rua) e no Araketu (em oficinas de capoeira e música), estando neste momento afastados destas atividades ou mantendo presença bastante irregular. Referem-se às instituições com ambivalência de interesse.

Viviam em grupo, perambulando pelo bairro, fazendo pequenos furtos, mendigando nas sinaleiras, circulando por alguns quarteirões entre a avenida principal e a orla; freqüentando a praia durante o dia. À noite, se abrigavam debaixo da marquise da livraria da praça para dormir e, antes, usar drogas. Relatavam que, eventualmente, mantinham contatos com a família, mas retornavam para a rua, alegando as condições de vida da família e a insatisfação com o convívio, e a falta que sentiam da droga, não tendo a intenção de voltar a conviver com seus familiares. A procedência de grande parte deles era do referido bairro populoso, outros relatavam ter vindo de uma cidade localizada a 100 km de Salvador.

Todos os jovens desse grupo usavam diversos tipos de substâncias psicoativas, legais e ilegais, de modo intenso. A cola era usada na nossa presença sem nenhum constrangimento e, raramente, encontramos um deles “*de cara*”, expressão comum utilizada no meio dos usuários de drogas para designar o usuário que está lúcido no momento, que não está sob efeito do uso de drogas. O uso de psicoativos por esses jovens se dava de forma compulsiva, o que fez com que nossos contatos com eles tivessem sido sempre acompanhados do consumo intenso de cola e, nos últimos meses, também de *crack*, sendo que a maconha e o álcool, usados em menor quantidade, em geral, eram consumidos antes de nossa chegada.

As substâncias psicoativas são classificadas a partir dos efeitos que exercem no sistema nervoso central (SNC). A cola de sapateiro é um dos produtos considerados como inalantes ou solventes, (NERY FILHO; TORRES, 2002) e o abuso ou dependência dessa substância podem produzir diversas alterações comportamentais ou psicológicas mal adaptadas e clinicamente significativas, tais como: beligerância, agressividade, apatia, prejuízo no julgamento, no funcionamento social ou ocupacional, além de tortura, nistagmo, incoordenação, fala arrastada,

marcha instável, letargia, reflexos deprimidos, retardo psicomotor, tremor, fraqueza muscular generalizada, visão turva ou diplopia, estupor ou coma e euforia, desenvolvidas durante ou logo após o uso ou a exposição a inalantes voláteis (DSM IV).

Além desses sintomas, a intoxicação pelo produto poderá levar o usuário a um transtorno psicótico transitório induzido por inalantes, com delírios e alucinações, quadro apresentado por alguns desses jovens, como ilustrado no relato a seguir referente a um adolescente de quinze anos:

*J. estava nitidamente entorpecido. Em pé, na minha frente, fazia um movimento com sua mão na direção do meu rosto sem me tocar. Repete o movimento várias vezes, acompanhado a cada vez de um pedido de desculpas. Percebendo que ele estava tendo uma alucinação, permaneci ao seu lado e, depois de poucos minutos, indaguei o que estava acontecendo. Sorrindo, repete o pedido de desculpas e relata que estava vendo um brinquedo atado a um barbante que ele puxava aproximando e afastando do meu rosto. Esse relato indica, segundo uma hipótese nossa, um jogo alucinatório, de movimentos repetitivos de contato e separação.*

No início, este grupo mostrou resistência à nossa presença, comunicando-se uns com os outros em um dialeto inventado por eles, no qual trocavam letras, sílabas e a ordem das palavras nas frases, tornando a mensagem incompreensível para nós; e assim nos mantinham excluídos. O uso dessa linguagem servia, na nossa leitura, para indagarem sobre o que poderíamos querer deles, protegendo-se do desconhecido. À medida que se sentiram mais confiantes foram falando na “nossa” língua, permitindo que nos aproximássemos, estabelecêssemos contato e aceitando a proposta para participar de pequenas atividades.

O desenho foi nossa primeira estratégia de aproximação. Através dessa técnica, realizada de forma dialogada e pacientemente, aos pares adolescente/técnico, cada dupla sentada em um banco da praça, fomos conversando e conhecendo suas histórias, momentos compartilhados com muita atenção pelos técnicos. Quase todos desenharam casas e então falavam de suas casas, da ida para as ruas, dos problemas vividos em casa e de não querer voltar, o que era dito em tom de voz nostálgico.

Formei dupla com uma das meninas:

*R. estava com 15 anos, grávida pela segunda vez. O primeiro filho estava sendo cuidado pela mãe e ela, eventualmente, ia vê-lo, mas não passava mais do que dois dias em casa. O significante “casa” fazia deslizar na memória as cenas de sua história. A voz, o semblante, os olhos mudavam de expressão, numa rapidez que revelava a velocidade com que as lembranças e emoções de sua história passavam, naqueles momentos, em sua mente: tristeza, saudade, raiva, alegria, dor, mágoa. As lembranças e os sentimentos “se esbarravam”, um evocando o outro, à medida que iam sendo relatados. Em alguns momentos, parecia não ver mais nada nem ninguém à sua volta, imersa na sua “viagem” introspectiva. Durante várias semanas, nos encontramos, seguindo nas conversas, ocasiões em que ela apresentava um comportamento rebelde, esquivo, uma agressividade na voz, que parecia uma defesa e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de um desabafo, uma descarga de emoções; além de uma catarse, havia uma possibilidade de simbolização.*

*Vestia-se com trajes sumários, a provocar, publicamente, com o corpo, uma aproximação pela via sexual. Dois de seus irmãos também estavam ali na praça. Com a mais nova, tentava certa proteção, que também era buscada pela irmã, mas algo tênue: a situação parecia definir uma atitude tipo “cada um por si”, que me parecia indesejada pelas duas irmãs. Poucos meses depois, por ocasião do nascimento do filho ela deixou de ir à praça, retornando à família, informa a irmã.*

Brincadeiras com um gravador portátil, fantoches, estórias contadas e criadas a partir dos livros infantis, além de desenhos, eram técnicas de aproximação que possibilitaram o trabalho da equipe. Com essas atividades, os técnicos tentavam atrair a atenção dos jovens e, assim, estimular a interrupção do uso da cola, uma vez que, para jogar e ganhar, é preciso manter o equilíbrio psicomotor. Quase todos participavam das atividades propostas com entusiasmo, prazer e alegria. Mas por pouco tempo. A cola exercia uma atração maior do que os jogos. O prazer da brincadeira não era suficiente para afastá-los das drogas. Eles se auto-referiam como “viciados” e diziam, repetidas vezes, que “*não dá pra viver na rua sem droga*”. Compreendiam nosso esforço e quase todos, ao interromper a brincadeira, diziam: – *Tia, desculpa aí, vou aqui rapidinho*”, aludindo talvez, ao pudor de drogar-se, à entrega a um “gozo particular e não compartilhável” (CRUZ, 2003, p. 33).

Em outros momentos, o próprio consumo da cola configurava para eles, um momento lúdico em que compartilhavam entre si as alucinações produzidas pelos efeitos da substância.

Para tentar compreender o que se passava ali, naquele momento, conversei sobre a situação com um deles, que diz: – ... *Tia, nós vamos ali fazer uma brincadeira*” - se referindo à imagem alucinada – [já que] “... *não tem brinquedo de verdade!*”... O ato revela um tamponamento da falta, uma analgesia da dor que traz como efeito certo prazer.

Olievenstein fala da toxicomania como um recurso que visa “tanto à negação dos sofrimentos como à busca de prazeres” (1980, p. 11). Assim, uma discussão teórica se coloca se considerarmos a simultaneidade das duas dimensões, as funções e os efeitos que operam no psiquismo, através desses meios artificiais buscados pelo sujeito, nos restando avaliar qual o lugar subjetivo que a droga ocupa em cada caso, na sua particularidade.

Mantivemos o atendimento nesse local pelo período de mais de um ano, interrompemos e voltamos a reencontrar esse grupo de jovens cerca de um ano e meio depois. Nesse retorno, observamos um incremento do uso de drogas, dessa vez com predominância do *crack* que, na verdade, soubemos depois, já era usado, de modo eventual, pelos jovens havia algum tempo já naquela ocasião.

Viviam em função de conseguir dinheiro, comprar droga e usá-la, fechando-se nesse circuito. As dificuldades de contato, que já eram muitas, se acentuaram com o *crack*, fumado na nossa presença, embora com mais resguardo do que a cola. Entretanto, podiam ser vistos, claramente, pelos que passassem pelo local.

O uso de drogas por crianças na faixa de onze anos preocupava, ainda, a equipe devido à precocidade e ao abandono a que se submetiam nesse contexto. Discutia-se a necessidade premente de integração com a rede de saúde e social, para uma efetividade das ações, o que veio a acontecer exemplarmente, na ocasião, através de uma instituição de internação – “Viva a Vida”, uma ONG localizada no município de Lauro de Freitas, criada especificamente para atendimento aos adolescentes em situação de rua, na faixa etária até 15 anos. Deste grupo, três adolescentes entre 13 e 14 anos, foram encaminhados a essa instituição, lá permanecendo durante vários meses, período em que foram integrados à escola e em oficinas profissionalizantes.



Figura 17 – Instituição Viva a Vida

#### 5.7.2.1 Um pequeno relato de caso

*R., idade referida de 13 anos. Aparência de criança, sorriso e olhos brilhantes. De fato, uma criança muito bonita. Usa cola compulsivamente. Apresenta problemas respiratórios, asma e, mesmo sentindo dificuldade para respirar, não interrompe o consumo da droga. Apesar de nossas orientações quanto ao risco a que se expõe, ele desconsidera e continua. Demonstra uma rebeldia passiva, não discute, mas só faz o que quer. E o que quer parece ser cheirar sem parar, numa atitude auto-destrutiva. Pouco sabemos sobre ele, e é difícil obter dele sua própria história. Vários técnicos tentam fazer um vínculo, que só vem a acontecer com a nova estagiária de medicina que integrou, recentemente, a equipe. Com ela, após algumas brincadeiras e conversas, ele pôde ir falando fatos marcantes, como a morte do pai assassinado e a péssima relação com o padrasto, que fizeram com que optasse por morar na rua. Diz que para casa não quer voltar. A equipe faz a discussão do caso, e a orientação é ir devagar, negociando com ele, na medida do possível. R. quer fazer prevalecer sua vontade, tem personalidade forte e precisa fazer suas escolhas sem pressão.*

#### 5.7.3 Área 3

Localizado na Cidade Baixa, aos pés do Elevador Lacerda, encontra-se o Mercado Modelo, um dos mais tradicionais centros de artesanato da Bahia, também, uma referência turística e passagem obrigatória para os que visitam Salvador.

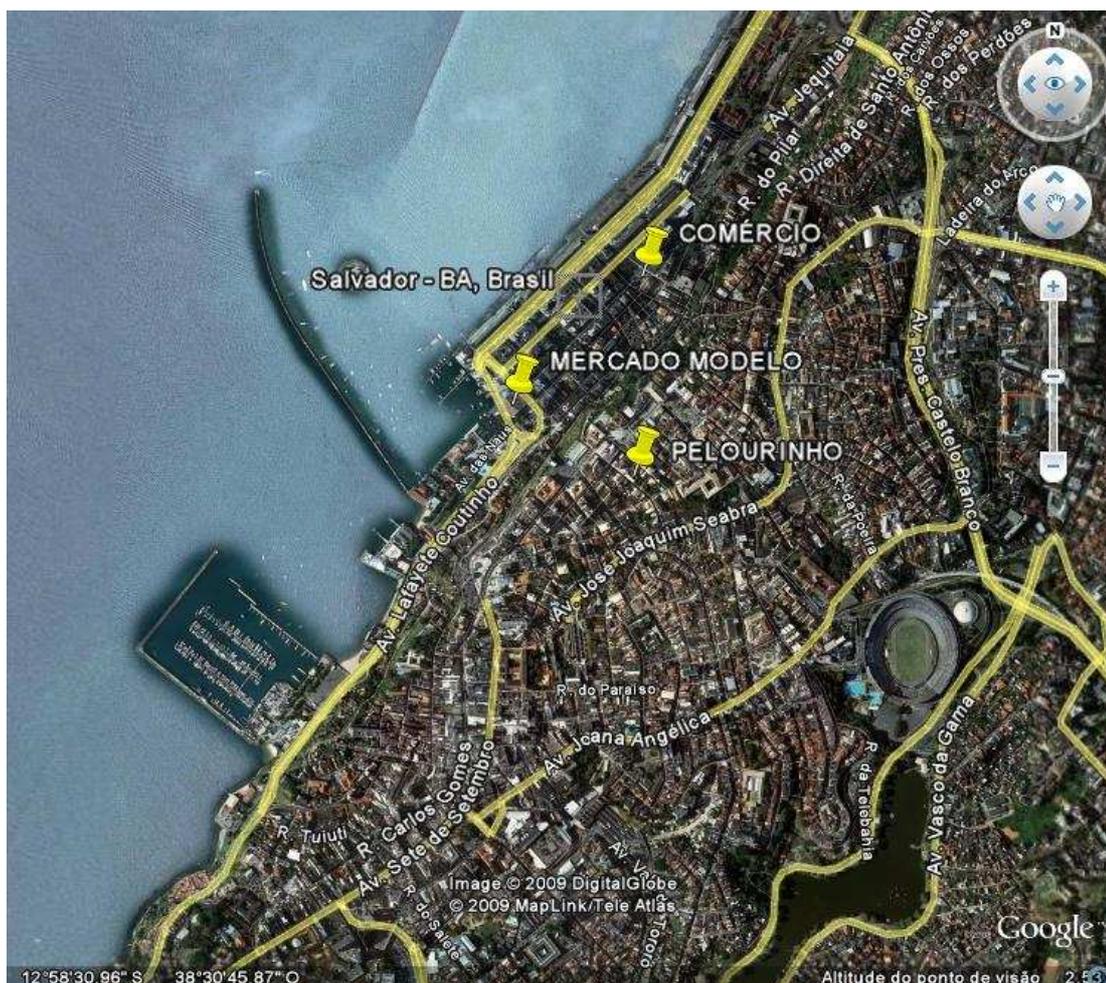


Figura 18 – Localização da Área 3 – Salvador, Bahia  
Fonte: Google

Além da venda de artesanato, funcionam ali, um antigo restaurante de comidas típicas e diversos bares sempre muito movimentados, onde as pessoas se aglomeram para beber nos balcões. Rodas de capoeira durante todo o dia atraem os turistas, da parte externa do centro. Em frente ao local, encontra-se o Centro Náutico da Bahia, de onde saem embarcações para a Ilha de Itaparica e demais ilhas da Baía de Todos os Santos, podendo ser vislumbrada a paisagem exuberante que torna a cidade de Salvador um marco turístico. Próximo dali está localizado o porto marítimo de Salvador, com movimento de navios de grande porte (Figura 18).

Situa-se, também nessa área, o centro financeiro da cidade, onde a sede de inúmeros bancos, escritórios e pontos comerciais coexistem com o mercado informal de artesãos, vendedores de frutas e camelôs, trazendo para o local uma grande movimentação de pessoas, o que atrai o nosso público alvo que para ali se dirige na tentativa de obter dinheiro, fruto de biscates, da mendicância ou de furtos.

Em agosto de 2002, conviviam nessa área cerca de vinte crianças e adolescentes, usuários de drogas, principalmente de cola e de *crack*, que perambulavam durante o dia por entre um público heterogêneo formado por executivos, bancários, transeuntes, desempregados, trabalhadores informais e turistas. À noite, com o comércio e escritórios fechados, e com o centro de artesanato sem funcionar, o movimento reduz sensivelmente. Nesse horário, prostitutas chegam e ficam à espera de clientes que descem de navios atracados na baía. Poucas pessoas passam por ali, deixando o local muito deserto. O grupo de adolescentes e crianças se abriga cedo para dormir debaixo da marquise de um dos bancos mais próximos do centro de artesanato ou nos jardins e em pequenas embarcações atracadas num pequeno cais logo à frente.

Durante o dia, essas crianças e adolescentes circulam abordando os turistas e passantes do local. Cometem pequenos delitos, incomodando os comerciantes que temem o afastamento dos turistas. No início da alta temporada, em setembro, a ação dos policiais se intensifica, a ponto de “esvaziar” a área da população atendida pelo Consultório de Rua. Esse fato nos obrigou a buscar outra área para atuação, sem que conseguíssemos, no entanto, identificar para onde aquele grupo migrou. Embora tenhamos tentado com uns dois ou três deles, nossa tentativa não obteve sucesso, mesmo porque a polícia estende sua ação nos demais pontos da cidade que atraem a presença dos meninos. A polícia se mantinha, de modo geral, sem interferir quando estávamos presentes, mas tínhamos informações reveladas pelos jovens, em vários momentos e locais diferentes do nosso trabalho, de que *“quando vocês saem a polícia mete o pau em nós, eles só respeitam enquanto vocês estão aqui”*.

Na Área 3, trabalhamos apenas algumas semanas com estas crianças e adolescentes que se mostravam bastante inquietos, “brincavam de brigar”, cheiravam cola ali mesmo e usavam *crack* em outros horários, quando não estávamos presentes. De início, nossas propostas foram aceitas por todos, porém, devido à excitação/inquietação provocada pela droga, eles não conseguiam se manter por muito tempo envolvidos nas atividades e essa grande dispersão tornava difícil estabelecer um contato mais prolongado. Utilizamos com eles as estratégias lúdicas, facilitadoras dos contatos, possibilitando que falassem das suas histórias pessoais e do consumo de drogas.

### 5.7.3.1 A “casa imaginária”: um relato

No contato prolongado por algumas semanas subseqüentes com um dos jovens, ele nos fala com facilidade de sua vida, sempre com uma postura tranqüila, mas entristecida. Relatamos a tentativa de reconstrução simbólica, de uma casa, de um lar, deste jovem com sua companheira, que foram para as ruas na faixa dos dez anos de idade.

*O olhar triste e o tom de voz sem esperança chama a atenção. Ele forma, com outra jovem, um casal: ele com 18 anos, ela com 16. Relacionavam-se com muito afeto e cuidado um com o outro, apesar das brigas violentas que relatavam ter com freqüência, numa das quais ele diz ter sido esfaqueado por ela. São usuários constantes de cola e crack, que consomem várias vezes ao dia. Ele coloca seu desejo de parar de usar drogas, sem demonstrar muita segurança no que diz a esse respeito. Diz também que gostaria de sair da rua, mas não consegue convencê-la, devido, segundo ele, à dependência dela com a droga, afirmando que, de sua parte, conseguiria ficar sem usar.*

*Durante o período de atendimento desse casal, aconteceu a gravidez, que ele conta cheio de orgulho e de preocupação por vê-la, ainda, sem consciência da necessidade de cuidar da saúde. Moram numa “casa invisível”, no jardim da praça, situada ao fundo do centro de artesanato. Uma noite, ao chegar, não os encontrei como era de hábito, para a continuidade das nossas conversas. Circulei pela praça e, então, vi a jovem adolescente sentada na grama do lado interno do jardim circunscrito por uma “cerca viva” de pouco mais de meio metro de altura que formava, internamente, desenhos sinuosos. Avistei a jovem ali, dobrando cuidadosamente as roupas e arrumando-as em uma sacola. Seu jovem companheiro estava dormindo debaixo de um lençol envelhecido e sujo. Cumprimentei-a, ao que ela respondeu: “– Oi, tia, pode entrar”, fazendo um movimento com a mão para me sinalizar a “entrada” logo à frente. Talvez tenha sido nesse momento que percebi, ou confirmei para mim mesma, que ali existia uma casa imaginária. Mas permaneci na “janela”, enquanto ela explicava que estava “arrumando umas coisas que estavam espalhadas”. Ela sacudiu o companheiro e diz: “– Acorda fulano, a ‘dotôra’ chegou”. Ele levanta a cabeça e me olha sonolento: “– Desculpa aí, tia, hoje estou muito cansado”. A cena me fez lembrar, de imediato, um casal qualquer, ao final de um dia, em sua casa, como tantos outros, não fosse a deles uma “realidade tão paradoxalmente imaginária”.*

*Certa noite, ao chegarmos ao local, nos surpreendemos com a ausência de todo o grupo. Andamos em volta da pequena praça, na tentativa de avistar um deles. Ninguém. A Prefeitura havia cortado, radicalmente, o jardim, replantando-o de forma completamente diferente, retirando os canteiros mais altos, descaracterizando, assim, a casa imaginária, provocando propositadamente, a saída dos dois jovens desse local.*

*Foram abrigar-se em uma pequena embarcação, segundo nos informou uma pessoa que circulava sempre por ali. Depois de algumas semanas não os encontramos mais. Meses depois, nos disseram que voltaram para a casa da mãe dela, próximo ao nascimento da criança e que estavam bem.*

#### **5.7.4 Área 4**

Essa área foi escolhida para substituir a Área 3, depois da saída dos meninos. Tínhamos conhecimento, através do Projeto Axé, que um grupo de meninos circulava na região denominada Chame-Chame, em torno da passarela que liga as ruas que fazem margem ao leito do rio no centro das duas avenidas principais deste bairro de classe média (Figura 24, pág. 125). Nas suas proximidades encontra-se um grande shopping, um supermercado e alguns restaurantes que movimentam a área e atraem os garotos que buscam, nos latões de lixo, as sobras de alimentos. A praia fica a poucos metros dali e muitos turistas transitam nessas imediações.

Duas favelas fazem vizinhança com o bairro, mas, segundo relatos dos meninos que se concentravam por ali, eles vêm de outras localidades mais distantes.

Esse grupo, também em torno de vinte e poucas crianças, na faixa dos 13 anos, referia uso de drogas, principalmente, cola. Nas diferentes ocasiões em que os encontramos estavam embriagados pelos efeitos dos inalantes. Pernoitavam debaixo das frestas de concreto da passarela onde guardavam seus pertences. Durante o dia, eram vistos com freqüência às margens do canal, em grupo, cheirando cola e brincando, ou brigando. À noite, ficavam circulando nas proximidades dos restaurantes, mendigando “trocados” dos freqüentadores.

No final de uma das extremidades da passarela existe uma igreja com um Centro Comunitário que oferece às pessoas de baixa renda atividades em oficinas,

serviços médicos e odontológicos. Quando mantivemos contato com o padre e voluntários da igreja, para verificar a possibilidade de encaminharmos os jovens para os serviços e atividades do Centro Comunitário fomos informados de que já havia sido oferecido a estes algumas propostas, mas eles não se integraram a nenhuma delas.

Observamos uma grande resistência e desconfiança – eram dos mais arredios aos contatos; pareciam não querer ser incomodados na sua forma de viver. Poucos se aproximaram e participaram das atividades propostas; apenas alguns quiseram jogar e, durante as interações com os técnicos, permaneceram interessados, disputando “pra valer” o jogo, instigados pela competitividade que tentamos estimular. Durante o período em que jogaram, não cheiraram cola. Em outros momentos, utilizamos o gravador portátil, com o qual eles brincaram, animadamente, de nos entrevistar, demonstrando desenvoltura nas perguntas e nas respostas que nos davam. Porém, não se interessavam por muito tempo, logo perdiam o entusiasmo, e saíam.

Assim, não foi possível inverter a apatia com nenhuma forma de interação, a não ser de forma intermitente, durante poucas semanas. Na maior parte do tempo, verbalizavam muito pouco e circulavam por toda a extensão do bairro numa grande rotatividade. Continuamos indo a essa área durante semanas seguidas, encontrando, a cada vez, um número menor de meninos. Durante algum tempo, buscamos identificar que fatores poderiam ter determinado esse esvaziamento. Finalmente, levantamos a hipótese de que esse fato estaria relacionado, também, com as ações do tipo “limpeza das ruas”. Optamos por mudar de área, mais uma vez, buscando um local que tivesse um grupo mais representativo e onde pudéssemos beneficiar um número maior de jovens.

#### **5.7.5 Área 5**

O lugar atendido está situado no final da rua conhecida como Baixa dos Sapateiros, uma das mais antigas áreas comerciais de Salvador, na região do Centro Histórico (Figura 14, pág. 89). Toda essa extensão é hoje caracterizada como uma grande área de comércio popular. Nessas proximidades estão situadas algumas casas de prostituição, mais freqüentadas por pessoas de baixo poder aquisitivo. O Pelourinho está localizado logo acima, de onde se avista a rua

conhecida como “cracolândia”, assim denominada por ser um dos pontos iniciais de uso e venda de *crack*, para onde convergia um grande número desses usuários, nos anos 90, que hoje se espalham pelos arredores desta rua.



Figura 19 – Centro Histórico

Durante o dia, o trânsito é muito intenso, assim como o movimento de pedestres, aumentado pela presença de barracas de camelôs armadas em torno de uma praça, e de muitos funcionários públicos. À noite, o movimento deste público reduz sensivelmente, transformando o cenário do dia, onde outros personagens sobressaem: moradores locais, homens e mulheres que ocupam as ruas e os pequenos bares, muitas mães com suas crianças de todas as idades, várias meninas pré-adolescentes e adolescentes que faziam prostituição, e usuários de drogas.

O tráfico nesse local, é dos mais intensos, provocando uma grande movimentação, envolvendo adultos e adolescentes muito jovens. Alguns deles são também usuários da substância, outros, aparentemente, vendem, mas não usam droga. Os usuários fumam o crack na rua ou dentro de casas em péssimas condições de habitação, algumas já abandonadas. A polícia transita em viaturas em um constante vai-e-vem, parando, às vezes, conversando com um e outro, e não raro, passando de armas em punho, ostensivamente, com uma atuação que ora parecia querer tentar inibir a venda de drogas, ora parecia não ver o comércio ilegal.

Essa foi a área onde ocorreu a maior procura pelos serviços do Consultório de Rua, com atendimentos a uma média de noventa pessoas a cada noite. Grande parte deste público manteve presença contínua semanal durante

todos os meses em que permanecemos ali, participando de atividades em grupo e individualmente com regularidade. Outros vinham para pegar preservativos, fazer consultas e pedir orientações, de forma pontual, ou retornando eventualmente.

A maioria da população de usuários de drogas com quem tivemos contato era formada por moradores dessas imediações, que residiam em casarões antigos, alguns condenados pela Defesa Civil, outros tombados pelo Instituto do Patrimônio Histórico (IPHAN). Outros vinham da rua principal, onde um grande número era de moradores de rua que se abrigavam para dormir à noite debaixo das marquises das lojas; e outros, ainda, desciam do Pelourinho.

A população atendida nessa área era formada por todas as faixas etárias, desde crianças, adolescentes, adultos jovens, até os mais velhos. Prostitutas, moradores do local, moradores de rua, alguns passantes em fim de expediente de trabalho, todos se aproximavam para pegar preservativos, fazer consultas médicas, pedir orientações psicológicas e sociais. Alguns deles tiveram um acompanhamento por um período mais sistemático por estarem, semanalmente, em contato conosco, tratando de temas como dependência química e envolvimento com o tráfico.

A chegada a essa área foi diferente das demais, por ter acontecido casualmente. Na ocasião em que estávamos buscando identificar um novo local para o Consultório de Rua, na passagem por esta praça, percebemos o interesse das pessoas, que nos pediram para parar e, logo começaram a nos dirigir suas demandas. Em razão desse fato, retornamos na semana seguinte, para devolver a eles algumas respostas, e, com isso, foi-se criando uma nova necessidade de voltar e assim, informalmente, fomos começando a freqüentar a área, sem ter previamente realizado etapas do processo de abertura do campo. De maneira que nossa chegada nessa área não foi precedida por nenhum contato anterior com moradores, líderes locais ou alguma instituição social, como vinha sendo feito nas outras áreas. Esse fato representou, mais adiante, uma grande e incontornável dificuldade, que culminou na saída do CR precocemente da área<sup>5</sup>.

Era um local onde se concentrava um público dos mais complexos, em razão das condições sociais, e problemas de saúde física e psíquica decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Comprometimentos que, além do grande consumo de *crack*, poderiam ser atribuídos a outros fatores, como ao estilo de vida boêmio desses antigos moradores da região do Centro Histórico, cujo modo de vida vem se

---

5 Episódio da ameaça relatado no tópico “A escolha das áreas”

repetindo, há várias gerações, bem como ao nível de pobreza que vem ocorrendo desde a decadência do lugar. A reforma parcial do Pelourinho retirou grande parte dos tradicionais moradores, mas muitos ainda resistiram à saída, mantendo os hábitos e o caráter mundano e promíscuo que marcou o lugar, depois do início de sua decadência. Destes, alguns passaram à condição de moradores de rua.

Um estudo etnográfico sobre a comunidade prostitucional do Pelourinho, realizado por Espinheira (1984), revela as raízes seculares da população desse bairro, que já foi, outrora, local de residência de senhores de engenho e da aristocracia baiana do século XVIII. Nesse trabalho, o autor refere que as mudanças econômicas ocorridas a partir da metade do século XIX provocaram profundas mudanças na vida da comunidade da época, alterando as condições socioeconômicas, os hábitos e valores das pessoas do lugar, repercussões que ainda persistem, mesmo após o processo de restauração do Pelourinho, nos seus moradores mais resistentes e nos antigos freqüentadores.

Muitos usuários faziam uso do *crack* ali mesmo, alguns com sérios problemas de saúde, declarando, inclusive, serem portadores do vírus HIV e severa dependência do crack, com grande sofrimento psíquico, e em graves condições de privação e abandono. Outros relatavam estar com tuberculose, falavam da interrupção do tratamento e do afastamento dos serviços de saúde, muito queixosos do atendimento recebido nas ocasiões em que procuraram estes serviços.

Muitas crianças e adolescentes apresentavam uma sexualidade exacerbada, expressando uma vivência sexual precoce. As meninas falavam muito entre si, endereçando o diálogo a nós, mas sem querer aproximação, numa clara demonstração de embrutecimento afetivo. Um rapaz informa: “– [...] *no quarto turno, depois das duas da manhã, aqui pega fogo... os próprios policiais pegam as meninas... [...] elas fazem de tudo*”.

Em todo o Centro Histórico não encontramos nenhum equipamento de lazer infantil. Toda a estrutura físico-ambiental do bairro é direcionada aos adultos e a uma vida noturna festiva e muito intensa. As crianças seguem o ritmo, sem outra escolha. Sem opções de lazer adequadas, preenchem o tempo ocioso ao lado dos adultos, na escuta passiva de suas conversas, sem outra coisa para fazer. Para os que estão mais distanciados do burburinho das baladas nos inúmeros bares e áreas de dança, fazem, quando podem, brincadeiras em improvisações do espaço público, convertendo, à noite, áreas de estacionamentos em quadras de futebol, material do lixo em brinquedos, transformando em lúdico o que a fantasia pode criar. Apesar da

existência de várias instituições no Pelourinho que oferecem atividades culturais como artesanatos e música, muitos jovens ainda estão fora dessas instituições. Segundo relata uma mãe, *“eles tem muitos critérios pra entrar, além dos limites de idades”*.

Uma demanda chama a atenção: uma jovem que “faz vida” numa casa de prostituição ali perto, pede para irmos até o seu estabelecimento para dar as palestras sobre prevenção de DST/AIDS. Informa que lá tem mais quinze moças, além do casal de donos da casa. Quando indago sobre os clientes e o funcionamento da casa diante da nossa presença, ela responde que *“mais importante é a saúde”* e sugere que eles também participem, pois *“eles também precisam saber dessas coisas”*. Fomos. E, estando lá, outras demandas surgiram, o que nos levou a retornar ao prostíbulo mais algumas vezes. Uma “aventura” a mais para a equipe, estendendo seu raio de atuação em espaços inusitados.

Uma demanda que nos levou a analisar a importância da disponibilidade dos técnicos e como a oferta ao alcance do usuário faz suscitar demandas que estão reprimidas, ou escondidas, sem lugar, no sistema organizado de saúde.

### **5.7.6 Área 6**

O ponto escolhido é uma rua situada no Centro Histórico de Salvador, que também faz parte do conjunto arquitetônico do Pelourinho (Figura 14, pág. 89). Essa rua e suas adjacências ainda não passaram pelo processo de restauração do Centro Histórico, iniciado há alguns anos. As casas se encontram em precárias condições de moradia, em um ambiente sem urbanização e higiene, onde convivem famílias de antigos moradores, fazendo um contraste com os casarios coloridos restaurados há poucos anos. As ruas próximas têm calçamento destruído, ou não têm nenhum, e o lixo se acumula espalhado pelo chão, entre esgotos. A rua é estreita, prédios muito velhos de ambos os lados “fecham” o horizonte, tornando o ambiente bastante escuro e sombrio. A rua é uma das poucas passagens para o centro do Pelourinho, de modo que um grande fluxo de carros circula por ali.



Figura 20 – Centro Histórico

Alguns turistas, admirados pelas históricas construções, passeiam distraidamente. Inadvertidamente saem do roteiro prescrito aos visitantes, indo parar nos recônditos do Pelourinho, escapando do perímetro restaurado, onde está o comércio de artigos típicos e os agradáveis bares, restaurantes, cafés e espaços de apresentações artísticas que acontecem na área reformada. Afinal, o que se propõe, em última instância, no processo de restauração é “o afastamento dos componentes das classes populares como seres indesejáveis ao novo cenário que se projeta para o turista ver” (ESPINHEIRA, 2008, p. 19).

Ainda assim, moradores do local e transeuntes da cidade, muitos dos quais afro-descendentes, se misturam aos turistas, proporcionando um clima atraente, caloroso, sedutor, permeado de sons, cores e movimentos, em um verdadeiro chamamento aos prazeres da vida, que acontece em meio ao sobe-e-desce das ladeiras antigas. Em meio a essa agitação costumeira, ocorrem atividades como prostituição, consumo e tráfico de drogas e a mendicância dos meninos de rua, em busca de dinheiro, utilizado, em geral, para comprar drogas.

Ali abrimos um horário diurno, em atendimento à solicitação das pessoas atendidas nas áreas próximas, que sugeriram que a equipe fosse à tarde para estar

com adolescentes, que durante as noites estão envolvidos com uso de *crack* e com a prostituição, e pela manhã estão dormindo.

A abertura de qualquer área demanda sempre um primeiro conhecimento do território que envolve a percepção atenta dos vários elementos presentes no contexto da comunidade e os seus modos cotidianos de viver. Assim, o início dos trabalhos seguiu as etapas previstas no processo de abertura de campo, com as visitas comunitárias, identificação de líderes de grupos/comunidade, levantamento dos recursos da comunidade, contato com as instituições locais para apresentação da proposta de trabalho, apresentação dos profissionais e da proposta do projeto, contatos iniciais com a população, diálogo sobre seus problemas, para conhecer a dinâmica do lugar, visando o atendimento às reais necessidades e expectativas da população.

Essas etapas comuns no processo de abertura de campo sempre requeriam uma reflexão constante dos técnicos quanto aos cuidados relacionados à privacidade das pessoas e ao seu modo de vida, atentos às expectativas que a comunidade poderia criar quanto à presença da equipe. A cautela tinha todo o sentido, sempre, em qualquer área, com vistas a evitar reações de rejeição e resistência ao trabalho. Por serem espaços onde havia circulação da droga tanto para o consumo imediato quanto para o tráfico, a aproximação exigia ser mais cuidadosa ainda.

A abordagem, centrada na oferta de assistência à saúde de forma geral, facilitou a aproximação e a aceitação de ajuda. As demandas em relação a consultas médicas e solicitações de documentos consistiam os principais atendimentos. A presença do médico era muito valorizada, tanto pelas necessidades dos usuários, como pelo fato de perceberem a disponibilidade de um profissional dessa área em estar na rua para os cuidados dirigidos a essa população. Assim, os primeiros atendimentos foram solicitados ao médico da equipe.

As visitas, realizadas em percursos a pé pelas ruas, foram feitas, primeiramente, pelo redutor de danos, que tinha relacionamento anterior com algumas pessoas do lugar, acompanhado por outro técnico da equipe que ia sendo apresentado por ele aos usuários. Os conhecimentos prévios do agente redutor de danos com alguns indivíduos da comunidade serviram de referência para as demais pessoas do local.

O relato de algumas pessoas traziam queixas referidas à insuficiência de atendimento às necessidades da população no Posto de Saúde local, considerando

pequena a quantidade de atendimentos prestados por dia, a dificuldade para marcação de consulta nas especialidades médicas oferecidas, a indisponibilidade de medicamentos e a falta de um atendimento mais acolhedor. Essa situação parece ter levado ao comportamento de evitação desses serviços por parte da população, gerando resistência nos usuários a retornar à rede.

Diante de tais carências, foi dirigido ao CR um número significativo de solicitações de consultas médicas, o que funcionou como uma espécie de “porta de entrada” para os serviços oferecidos pelos demais técnicos da equipe e para o estabelecimento dos primeiros vínculos. Dessa maneira, reafirmava-se a abordagem através da atenção à saúde de forma mais ampla como uma boa estratégia facilitadora do vínculo com as pessoas e de abertura gradativa para a expressão de outras queixas.

A busca pelos preservativos era sempre muito grande, e uma boa forma de chegar a outras questões, tais como DST, consumo de SPA, atendimentos psicológicos, sociais e outros problemas de ordem médica. Enfim, ao que surgia era dado encaminhamento para o atendimento ali no momento, e nos casos mais complexos, a equipe direcionava os encaminhamentos para a rede, o que, em geral, necessitava que o técnico estimulasse, através de tentativa de convencimento, para que o usuário levasse a termo o encaminhamento.

A articulação com a rede de saúde e social foi uma das tarefas realizadas com regularidade nos primeiros momentos, buscando efetivar parcerias para, assim, garantir a continuidade das ações relacionadas aos encaminhamentos nas atividades de campo. Embora esta fosse a área que apresentasse uma melhor rede institucional local (formada por organizações governamentais e não-governamentais), tanto em serviços médicos e odontológicos, quanto no âmbito social e cultural, havia resistência da população em buscar ajuda nestas instituições, sobretudo, nas de saúde, daí a necessidade de estimular os usuários a efetivar os encaminhamentos. Os contatos com as instituições foram mantidos durante toda a permanência do CR na área, para sustentação dessa interação com rede e o apoio às atividades desenvolvidas na rua.

Nessa fase, foram realizadas visitas semanais ao serviço de saúde local. Participamos da segunda reunião para implantação do Conselho de Saúde Local, no Posto de Saúde do 19º Centro, a convite da enfermeira do posto. A participação de técnicos nessa reunião foi uma boa oportunidade para realizar contato com a comunidade organizada, para a apresentação da proposta do projeto e da equipe de

trabalho e para a escuta das dificuldades vivenciadas pela comunidade, ali presente através de várias representações institucionais do Centro Histórico.

Somente após a última semana do mês, definimos o lugar fixo para estacionar a Unidade Móvel, acatando a sugestão de um líder da comunidade. Até então, tivemos um funcionamento um tanto ambulante, que foi interessante, pois nos movimentamos mais pelo bairro, conhecemos e nos fizemos conhecer pela população local.

Os preservativos usados para a distribuição eram repassados pela Coordenação Estadual de DST/AIDS, num quantitativo muito aquém da demanda, o que dificultou o trabalho, uma vez que, além da importância da atividade de prevenção das DST/AIDS, essa distribuição aproximava as pessoas, facilitando os contatos iniciais. A procura pelo preservativo sempre foi muito grande e, embora seja amplamente constatada a consciência da necessidade do uso da camisinha, nos defrontamos com o problema de que nem sempre de fato a utilizassem, pois havia informações e evidências de que, principalmente, os usuários de *crack* mais dependentes do consumo vendiam os preservativos distribuídos.

A equipe discutiu inúmeras vezes como lidar com essa questão, mas concluímos que não teríamos controle sobre isso. Caberia a nós tornar claro para eles que tínhamos conhecimento sobre o fato, reforçar a importância do material para a prevenção de doenças e continuar com as orientações habituais. Sabemos que, do processo de informação até a mudança de comportamento para a adoção de cuidados com a saúde e o corpo, é necessário o desenvolvimento mínimo da auto-estima. No caso dos grupos em situação de exclusão social, especialmente aqueles que se encontram cronicamente envolvidos em um *modus vivendi* em que prevalecem o descaso e o descuido com a própria vida, o processo de resgate da auto-estima e da consciência de cidadania é muito mais difícil e lento, porque perpassa outros aspectos da sua condição de vida.

Essa área, dentre todas as que atendemos ao longo do período da experiência do CR, era onde havia o maior número de usuários de *crack*. Havia um grupo de usuários que circulava rapidamente pelas ruas, num constante movimento de “entra-e-sai” ansioso. Denotavam grande comprometimento em todos os aspectos: físico, psicológico e social. Seus componentes apresentavam uma aparência comum: inquietos, mal vestidos, sujos, cabelos quebradiços e opacos, olhos arregalados e sem brilho, bocas feridas com pequenas queimaduras (prováveis conseqüências do uso de cachimbos improvisados, feitos com materiais

cortantes ou plásticos, para fumar o crack), o corpo ferido, emagrecidos, com aparência depauperada.



Figura 21 – Local de uso de crack no Centro Histórico

O contato com eles era extremamente difícil: apresentavam baixa tolerância à espera e ao diálogo, devido à ansiedade produzida pelo *crack*. Suas demandas se faziam quase sempre no “aqui e agora”. Paravam, por breves minutos, uns com os outros, o tempo suficiente para passar entre as mãos as pedras de *crack* ou dinheiro para comprar a droga, para usar ali mesmo, de forma contínua. O uso era feito em buracos, no meio de escombros de casarios em decomposição (Figura 21).

Alguns usuários manifestavam “pânico” (denominação dada para a síndrome psicótica caracterizada por paranóia) e perambulavam a esmo pelas ruas, até passar o efeito, para, então, voltarem ao uso da mesma forma, repetidamente. Esses sintomas são descritos na literatura especializada como reações típicas do usuário desse tipo de substância:

O consumo do crack causa um aumento rápido de cocaína no sangue, produzindo imediatamente os efeitos psíquicos, com pico em cinco minutos. A intensidade obtida parece contribuir para o potencial de dependência da droga, é também proporcional à fissura pela droga que surge logo que os efeitos começam a dissipar-se, 10 a 20 minutos depois, levando a nova administração. Os efeitos desagradáveis são igualmente mais intensos, contribuindo também

para a re-administração. (WEISS, 1994 apud LEITE; ANDRADE, 1999, p. 28).

Perdiam com freqüência os documentos de identidade e pediam a ajuda da assistente social para a retirada da segunda, terceira, quarta via... O CR havia feito uma parceria com o Instituto Pedro Melo em que ficou estabelecida a isenção da taxa de pagamento para as pessoas encaminhadas pelo Projeto. Contudo, alguns tinham receio de ir até a instituição tirar o documento porque tinham a “ficha suja” na polícia e questionavam o risco de serem presos, caso fossem lá. Por outro lado, ficar sem documentos também implicava no risco de ser preso. Questões constantes nos contatos com a assistente social da equipe.

Várias pessoas expressavam o desejo de abandonar o uso de drogas, mas referiam dificuldades para sustentar a abstinência, relatando, emocionadas, o sofrimento imposto pelas condições de vida a que estão submetidas, sentindo-se impotentes diante da dependência do *crack*.

*Uma mulher, de 28 anos, fala suave, bastante fragilizada emocionalmente, chora pelo sofrimento causado pelas feridas, em grande extensão, no rosto, cabeça e costas, com queixa de prurido intenso. Apesar disso, demonstra resistência em aceitar o encaminhamento feito pelo médico, que solicita o auxílio da psicóloga da equipe no atendimento. A paciente coloca como condição para ir ao serviço hospitalar para o qual fora encaminhada que um dos técnicos a acompanhe ao serviço, sendo, então, agendado o acompanhamento para a sexta-feira seguinte.*

Esse exemplo ilustra uma situação constante: por diversas vezes, verificamos que, sem um acompanhamento dos casos, esses pacientes não se dispunham a ir até a instituição buscar tratamento. O auto-abandono é uma atitude comum; o entregar-se à droga, como forma de fuga e de anestesiar as dores, distancia-os do mundo real impregnado de sofrimento, mantendo assim o círculo de calvário e antecipando a morte em vida.

O trabalho seguiu, nos meses seguintes, a rotina de atendimentos, buscando firmar os laços com a comunidade e o fortalecimento dos vínculos entre os técnicos da equipe e os usuários. As dificuldades diante do consumo intenso de drogas no local persistiam e repercutiam, de forma muito particular também para os técnicos. A situação requeria tempo para uma abordagem junto às pessoas mais comprometidas e mais resistentes, e esperamos, pacientemente, momentos oportunos para estreitar contatos e fazer intervenções pontuais.

A internação, enquanto estratégia de tratamento para o abuso/dependência de drogas, parece ser uma possibilidade de saída quando um modo de vida muito “colado” com a droga está estabelecido. Assim nos foi sinalizado por diversos usuários, analisando as dificuldades de manter uma abstinência vivendo nas ruas. A vida nesse contexto tende a inviabilizar a iniciativa do próprio usuário para sair do consumo intenso, já que o contexto reforça o uso e mina suas forças já enfraquecidas. É difícil sair e se sustentar fora: fora da rua e da droga; fora da droga e na rua.

Em certo momento, devido aos problemas que vínhamos enfrentando com o movimento intenso de carros e a falta de espaço para os técnicos desenvolverem as suas atividades, decidimos fazer uma mudança de local para uma rua próxima que tivesse um espaço mais adequado para estacionar a Unidade Móvel. Essa passagem foi realizada, gradativamente, durante o período de um mês, quando dividimos o turno de trabalho entre os dois locais, finalizando as atividades de campo na rua para a qual estávamos nos transferindo. O propósito era que as pessoas acompanhassem o CR e se deslocassem até o novo espaço, mantendo os atendimentos e o acompanhamento já iniciados.

Embora tenhamos tido o cuidado de buscar preservar os vínculos com esse grupo inicial e de convencê-los a manter os atendimentos na rua de cima, algumas pessoas se recusaram ir ao novo lugar. Onde há venda de drogas existe, também, uma territorialidade muito particular, marcada por micro-regionalizações, definidas pelos grupos a partir da lógica do tráfico. A mudança caracterizou uma nova abertura de área, apesar da proximidade com o lugar que estávamos antes.

No novo local, havia um número maior de usuários, muitos deles crianças e adolescentes, famílias de moradores antigos, crianças que não usavam drogas até aquele momento, que se mantinham aparentemente saudáveis, em um ambiente que apresentava muitas situações adversas. Devido à convivência muito próxima, consideramos que todas, de alguma forma, se encontravam em situação de vulnerabilidade e risco. Entre as crianças dali, havia diferentes graus de comprometimento, a depender dos vínculos familiares e da qualidade desses vínculos, freqüentar ou não a escola, usar ou não drogas e ter ou não vinculação com o tráfico, assim como seus familiares. Esse, portanto, era um espaço com um público heterogêneo, de todas as faixas etárias e com diferentes demandas em que ações de prevenção primária, secundária e terciária se faziam necessárias.

Após um mês, passamos a permanecer todo o período da atividade de campo na nova rua, onde optamos por nos instalar no cruzamento desta rua. Dessa forma o CR teria maior visibilidade e poderíamos nos movimentar com mais facilidade para desenvolver as atividades, atraindo a atenção dos moradores e dos usuários de drogas que circulavam pelas ruas. O local era sujo, a rua com calçamento sem conservação, com esgoto a céu aberto, lixo espalhado pelo chão (Figura 22). Um contraste no meio do exuberante Pelourinho restaurado, entre o Terreiro de Jesus, Praça da Sé e a Igreja de São Francisco. Defrontamos-nos com as dificuldades para trabalhar em um contexto de exclusão social ainda mais intensa do que até então tínhamos visto.

As pessoas tinham uma grande desconfiança, que só ia cedendo muito gradativamente. O tráfico movimentava o lugar, aonde muitos usuários iam e vinham todo o tempo, sempre com contatos, uns com os outros, muito rápidos. Mas também outros usuários, os que faziam dali um ponto de permanência, se mantinham no movimento frenético de arranjar dinheiro, comprar o crack, entrar nos “buracos” das casas abandonadas, sair pouco tempo depois e, de novo, iniciar o ciclo, que se renovava durante todo o tempo em que estávamos ali, e para além desse tempo.



Figura 22 – Local de uso de crack no Centro Histórico

Tentamos dar conta das situações e demandas apresentadas desenvolvendo atividades que visavam dar assistência aos diferentes problemas

que eram dirigidos aos técnicos, principalmente, aqueles relacionados com os problemas de saúde, e no âmbito social e jurídico. Em todas as vezes, houve a proposta de brincar com as crianças e até os mais velhos se sentiam atraídos pelos jogos e acabavam participando das atividades lúdicas. Os rapazes participavam mais do que as garotas. Atividades de “bate-bola” com o médico, o motorista e o redutor de danos da equipe agregaram um número expressivo de jovens, quebrando barreiras e aproximando o grupo. O atendimento e encaminhamento de uma mãe com problemas relacionados ao desemprego e aos filhos fora da escola, para a Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Salvador (SEDES), também contribuiu para a construção dos primeiros vínculos.

#### **5.7.7 Área 7**

O Bairro 2 de Julho está localizado na região central da Cidade Alta, numa área próxima do Centro Histórico e tem uma vista privilegiada para a Baía de Todos os Santos. Suas ladeiras fazem ligação entre a parte alta e a Cidade Baixa, (Figura 14, pág. 89). A área atendida pelo CR, foi, em tempos antigos, moradia da elite da cidade, hoje francamente abandonada, com seus casarios em deterioração, onde atualmente residem famílias de classe social bastante empobrecida. Na primeira ida ao local avistamos muitas pessoas fora das casas, algumas em barzinhos simples bebendo cerveja, outros nas calçadas em frente às portas de suas casas, outros, ainda, voltando do futebol noturno na praia que fica logo abaixo da ladeira. De onde estávamos estacionados, víamos rapazes bebendo e dançando ao som de música alta, nos sobrados, e crianças e adolescentes espalhadas, brincando barulhentemente. Uma movimentação bastante animada.

O CR atendia nesta área um significativo número de crianças e adolescentes, filhos dos moradores, e seus familiares. Além destes, atendíamos também os vários travestis que também residiam ali, e muitos usuários de drogas que não tinham residência fixa na área, boa parte em situação de rua, que faziam das casas em ruínas ali existentes, locais de uso de drogas, sobretudo de *crack*.

Essa área era atendida à noite, mas com o passar dos meses antecipamos o horário para final de tarde, o que possibilitou maior participação das crianças menores, não-usuárias de drogas. A idéia foi intervir mais na prevenção com esse grupo de crianças, que desde os primeiros dias demandavam

insistentemente a atenção da equipe. Nos primeiros momentos, houve uma maior procura pelos atendimentos médicos, evidenciando, mais uma vez, a carência de assistência nessa área.

Uma moradora, que chamarei de **A.**, logo nos recepcionou, quando chegamos pela primeira vez. Assim que nos apresentamos e explicitamos nossa proposta de trabalho demonstrou um grande entusiasmo. Parecia exercer certa liderança sobre os outros moradores da comunidade: fez as apresentações entre os técnicos e as pessoas que estavam por perto, às vezes chamando-os em voz alta para se aproximarem, e com outros para saírem de suas casas e virem nos ver. Revelava os problemas de algumas dessas pessoas “sem cerimônia”. Estes, por sua vez, não apresentaram nenhuma expressão de desagrado por essa sua atitude. Entre uma e outra pessoa que se aproximava, ia relatando acontecimentos na comunidade, como o caso da morte de uma jovem assassinada há pouco mais de um mês, e da prisão de outras três por tráfico de drogas, levadas pela polícia naquele dia. À medida que seguia falando tagarelamente, nos apresentou a três travestis, elogiando-os pelo comportamento, que considerava exemplar, por *“respeitarem a comunidade e viver em harmonia com os vizinhos”*.

Entusiasmada, nos propôs a ida à comunidade também durante o dia, mostrando casas onde ela poderia conseguir uma “sala” para nos instalar, propondo uma espécie de ambulatório fixo. Ela ressaltava a necessidade de fazer um trabalho de prevenção com os adolescentes, principalmente, com relação às questões relacionadas ao consumo de drogas e gravidez precoce. Contou-nos que morava ali há 34 anos e que conhecia bem as pessoas e os problemas do bairro, enfatizando sua preocupação com relação às crianças e adolescentes. Enquanto fala aponta para algumas jovens que já estão envolvidas com essas questões.

**A.** parecia regular a vida local, se autorizando nessa função, segundo ela, por ser “nascida e criada ali”. De certa forma, ao seu modo, zela pela comunidade. Nossa chegada parece ter sido interpretada por ela como uma “força aliada” para o cumprimento daquela que, nos pareceu, considerar sua missão. Também com as crianças ela parecia ter um papel importante, uma função “educadora”, regulando as relações de disputa, o tempo na rua e as brincadeiras. De forma quase sempre exaltada, chegando aos gritos.

A indisponibilidade de preservativos continuou fazendo com que a distribuição estivesse muito aquém da demanda que, habitualmente, atendemos. Principalmente, nos primeiros momentos de abertura de área, essa escassez nos

trouxe dificuldades adicionais, uma vez que o preservativo é um dos atrativos para a aproximação inicial.

Algumas meninas adolescentes se aproximaram, formando um grupo, abrindo a oportunidade de um espaço de orientação e atendimento sobre o tema da sexualidade: iniciação sexual, “educação” sexual, e gravidez precoce. Elas próprias propõem à equipe essa atividade, porém, “só para as meninas”, nos disseram.

Nessa área, o trabalho ocorreu com mais facilidade, devido à presença facilitadora da moradora que exerce uma liderança no local. Com o passar dos dias, as pessoas foram se aproximando, aumentando a procura e a frequência regular ao Consultório de Rua.

Parte dos técnicos manteve as atividades dirigidas aos adolescentes sobre sexualidade, articulada com o tema da gravidez, em oficinas organizadas em conjunto com eles e com uso de recursos lúdicos. O tema ‘drogas’, introduzidos, muito gradativamente, não foi trazido inicialmente por eles.

Com as crianças pequenas, foram desenvolvidas atividades lúdicas, de caráter preventivo. A partir dos jogos e brincadeiras, realizados por uma psicóloga da equipe, foram trabalhadas questões relacionadas a limites, regras, agressividade, solidariedade, coletividade, conflitos familiares, e outros que emergiam na situação. Essas crianças, embora não usuárias de drogas continuaram sendo foco de atenção especial, visto que eram observados comportamentos repetitivos de agressividade, assim como expressões de tristeza e de retraimento, revelando os problemas evidenciados em verbalizações que indicavam as relações familiares e comunitárias estressantes, confusas e conflituosas. Outra psicóloga buscou, em paralelo, abrir um espaço para as mães, que demonstravam grande necessidade de falar.

Com a chegada das festas de fim de ano, até o mês de fevereiro e o Carnaval, a cidade modifica seu funcionamento e tudo circula em torno dos preparativos para as inúmeras festas populares, criando uma excitabilidade na população, que se diverte como que de “férias em seu cotidiano”, envolvidos no ritmo do verão e das comemorações. Essas mudanças repercutiram também sobre a nossa clientela, diminuindo a frequência ao Consultório de Rua. Muitos saíram para tentar melhorar a renda com atividades no comércio informal das “Festas de Largo”, “Lavagens” e shows que ocorrem tradicionalmente na cidade.

A proximidade desses eventos fez crescer as solicitações de documentos de identidade (principalmente no centro da cidade e região do Pelourinho), uma vez que, com o aumento do fluxo de turistas na alta estação, a polícia sempre intensifica

suas ações, mantendo uma atuação mais ostensiva, principalmente, com as pessoas que se configuravam como nosso público-alvo e, em decorrência disso, aumentava a sua preocupação em estar de posse da carteira de identidade.

A propósito das intervenções da polícia, ressalta-se que suas ações eram, via de regra, violentas, agredindo sem antes perguntar, como os jovens assinalavam para nós: “- *Eles chegam batendo, e depois pergunta. Muitas vezes a gente não está fazendo nada...*”.

Essa ação policial, dissociada de uma causa imediata, só fazia aumentar a revolta e gerar mais violência, pois a autoridade encarnada no policial deveria vir a ser um elemento de apoio e construção de limites. Entretanto, essa autoridade, quando investida do uso abusivo e indiscriminado da força, torna-se um elemento reforçador da delinqüência.

Registra-se que, em algumas ocasiões, foram feitos contatos com a polícia, e nos foi dito, em uma dessas oportunidades: “compreendemos o problema desses meninos, mas a gente não está aqui para compreender, nosso papel é reprimir. Nós vamos continuar fazendo nosso papel, e vocês o de vocês”.

### **5.7.8 Área 8**

Distante do centro da cidade cerca de vinte e cinco quilômetros, Itapuã é um bairro que está situado fazendo limite com o município de Lauro de Freitas (Fig. 23, pág.120). Originalmente, era um povoado de pescadores onde foi erguida a Igreja de Nossa Senhora da Conceição que, no sincretismo religioso, equivale a Iemanjá, objeto de culto e de festa, e o bairro contava apenas com membros da comunidade local. Próximo dali está a Lagoa do Abaeté, uma das maiores atrações turísticas da cidade, que hoje centraliza um parque metropolitano de preservação, criado em 1993. No bairro, existem resorts e inúmeros loteamentos luxuosos, além de um sem-número de restaurantes de comida típica. Apesar do crescimento imobiliário e turístico, ainda viceja no bairro a vida como antigamente, com ruas estreitas, pequenos estabelecimentos comerciais, mercados populares que sobrevivem concomitantemente à enorme agitação dos finais de semana.

A principal entrada do bairro, pela orla marítima, é marcada pela escultura de Yemanjá, que representa uma homenagem aos pescadores e é um marco de boas vindas aos turistas. Um pouco mais adiante, continuando a percorrer a orla



Sexualmente Transmissíveis e AIDS, orientando sobre a prevenção dessas doenças e distribuindo camisinhas. Eles se interessaram pelo assunto, se animaram a falar de seus problemas de saúde, inclusive sobre as DST: uma porta para abordar outras questões de saúde, incluindo aí as decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Defendiam o uso de maconha, dizendo que não fazia mal, e que se sentiam relaxados e calmos, ao contrário do cigarro sobre o qual se referiam dizendo *“isso aqui é droga, isso aqui eu sou dependente, e queria deixar”*. Sobre o álcool, muitos falavam do uso da bebida pela figura paterna e das conseqüências desse uso na relação familiar, das brigas quando este chegava em casa embriagado, e da saída deles para a rua, muitas vezes motivada por esses acontecimentos violentos, fatos relatados com um misto de tristeza e raiva visível no semblante.

O grupo da sinaleira acabou por se dispersar, segundo fomos informados por educadores do Axé, por terem sido responsabilizados por uma agressão que acabou resultando na morte de um taxista. Uns poucos garotos e garotas que faziam parte desse grupo dispersado permaneceram naquele ponto, mas pouco paravam para nos encontrar, a não ser muito apressadamente, entre o fechar e o abrir do sinal, quando então voltavam às suas atividades. Por essa razão, ao se dirigirem à equipe com suas queixas, pouco se comprometiam com a continuidade dos encaminhamentos ou em concluir o acompanhamento dado às questões que traziam para os técnicos, nos primeiros contatos. Meses mais tarde, reencontramos alguns garotos desse grupo, que haviam se juntado a um novo grupo, e outros, víamos de vez em quando, pelas proximidades do mesmo local, mas não se propunham a estar com a equipe.

Ao mesmo tempo, o Axé já nos havia sinalizado, mais uma vez, sobre a presença de vários outros garotos, mais novos na faixa etária, que estavam sempre, à noite, embaixo de uma árvore, na entrada de uma rua próxima a um shopping, cerca de três quarteirões adiante. Aos poucos, fomos nos transferindo de lugar, durante algumas semanas, atendendo nos dois pontos da rua da orla, às vezes, parando na aldeia de pescadores onde ficavam uns adolescentes, até fixarmos definitivamente o CR na calçada de um pequeno shopping.

Todas as terças-feira à noite, durante boa parte dos quase seis anos que trabalhamos no bairro, estacionamos o carro do CR ali, próximo também de alguns bares situados de frente para a praia. O movimento de carros nessa rua é sempre muito grande. Os jovens, inquietos, ficavam de um lado para o outro da rua, sempre

muito “ligados no movimento”. Para nós, foi difícil compreender o que se passava, até que entendemos que o *movimento* estava relacionado às transações de compra e venda da droga, entre eles e para terceiros. Ao mesmo tempo, “olhavam carros”, tudo feito de maneira apressada.

Eram crianças e adolescentes, com idade variável entre 12 e 16 anos, e outros na faixa de 24 anos ou pouco mais velhos. Às vezes formavam grupos mais homogêneos na faixa etária, outras vezes, todos se misturavam, formando um só bando, juntos, apesar das diferenças, em torno de objetivos comuns, como proteção para compartilhar as substâncias psicoativas ou outras atividades, algumas delinquentes. Apresentavam um comportamento agressivo entre eles, intercalado com momentos pacíficos de compartilhamento e cumplicidade. Algumas vezes, se machucavam seriamente, envolvidos em brigas com pessoas da comunidade; outras vezes, as brigas aconteciam entre eles mesmos, fazendo com que se dispersassem por um tempo, voltando depois, um e outro, a frequentar o local.

O comportamento do grupo como um todo era difícil de ser trabalhado, porque eles denotavam ter consciência do que faziam e a referência de “certo-errado”, mas, ao mesmo tempo, manifestavam uma revolta que parecia não ter um alvo, ao contrário, parecia dirigida em todas as direções. A maioria deles tinha envolvimento com a polícia: estiveram presos, tinham cometido delitos graves como assassinato, afora roubos que eram praticados corriqueiramente. Denotavam não ter nenhuma implicação em seus atos, numa postura que parecia de uma revolta sem fim, dominados por um (res)sentimento de injustiça social e profundas mágoas familiares. Sentimentos misturados e confusos, sem saberem a que e a quem atribuir o destino que estavam a cumprir.

Apesar das características desse grupo no que diz respeito às suas relações agressivas e conflituosas com a comunidade, fizeram um vínculo forte com a equipe do CR. Estavam sempre em busca de ajuda para seus problemas de saúde, com a justiça, e de conversar sobre seus problemas de ordem subjetiva, suas depressões e tristezas, sempre valorizando muito a escuta oferecida pela equipe. Confidenciavam suas histórias, os dramas vividos em casa, o uso de drogas e a delinquência. Apresentavam um sofrimento, e as tênues esperanças, quase desacreditadas, de um futuro diferente.

Certa ocasião, um deles foi preso e da prisão mandou um recado para a assistente social da equipe do CR, através de um redutor de danos que fazia parte do Projeto de Redução de Danos no Presídio, que ele havia identificado ser também

do CETAD: queria pedir orientação sobre seus direitos. Esse fato nos mostrou a dimensão do vínculo que havia se estabelecido para esse rapaz. Os jovens desse grupo lamentaram sempre que tivemos que interromper o trabalho, o que aconteceu em cerca de três momentos nos quais o CR não contou com recursos para o financiamento das atividades.

Enquanto permanecemos no local, tivemos a oportunidade de acompanhar alguns deles por um longo período de tempo em que vimos alguns buscarem se reestruturar e, em certa medida, conseguirem, através da tentativa de construir uma família, mesmo em razão de uma gravidez inesperada, pela perspectiva de um filho a forçar uma mudança, ou conseguindo um trabalho que permitisse sair das ruas, reduzir o uso de drogas, cuidar da saúde. Para outros, o destino foi dramático, não conseguindo se desviar da trajetória delinquente, envolvendo-se em assaltos, brigas e encontrando a morte.

Para nós, essas notícias eram sempre muito chocantes e nos faziam refletir sobre a perspectiva sombria daqueles com quem tínhamos um trabalho e para os quais nos esforçávamos para tecer um fio de esperança de um futuro diferente, em apontar uma outra possibilidade de vida. Para uns mais do que para outros, a morte era uma possibilidade concreta que circulava os dias daqueles jovens.

Viver sem uma perspectiva de futuro, contando com a iminência da morte a qualquer momento, é extremamente difícil. Ali estava a possibilidade, muito próxima e real, de que fosse um deles a ter o mesmo destino, a qualquer momento, e eles sentiam necessidade de falar disso, quando acontecia a perda de um companheiro do grupo, para elaborar minimamente, ou ainda que fosse só para uma catarse.

O trabalho desenvolvido com este grupo apontava essa dificuldade particular, em que observávamos uma fragilidade, e uma grande intensidade na forma de se relacionarem. Por outro lado, foi um grupo que apresentou uma relação muito valorizada e regular com a equipe.

### **5.7.9 Área 9**

O Bairro da Barra é um dos bairros mais tradicionais de Salvador, privilegiado por sua localização pois ocupa o vértice da península em que está situada a cidade, o que lhe confere uma posição geográfica especial: ali é possível

ver tanto o nascer quanto o pôr-do-sol no mar, por ser banhada pelo Oceano Atlântico e ter, na sua parte interna, a Baía de Todos os Santos (Figura 24). Preserva um acervo histórico e arquitetônico valioso para o Brasil, além de ter como atrativo uma praia bastante apreciada por suas águas tranqüilas, sempre muito freqüentada por diferentes públicos e classes sociais, e turistas de todos os lugares.

Foi um bairro eminentemente residencial, perdendo, aos poucos, essa característica, na medida em que foi sendo ocupado por uma grande rede de pequenos comércios, inúmeros hotéis, além de muitos bares ao longo da orla e ruas adjacentes. O bairro conta com um grande shopping, considerado o terceiro maior centro de compras da capital, tornando-se um pólo de atração por seus serviços e opções diversas.



Figura 24 – Localização da Área 4 e 9 – Salvador-Bahia  
Fonte: Google

Pela localização singular e por seus atributos históricos, recebe inúmeros turistas, diariamente, atraindo também o público de crianças e adolescentes em situação de rua, que ocupa o espaço atraído pelas possibilidades de obter ganhos,

através de pequenas atividades informais ou pela medincância ou, também, por pequenos delitos, tomando os turistas como alvo principal para suas abordagens. Assim, diante dessa aglomeração do público-alvo, essa foi uma das primeiras áreas a ser escolhida pelo CR.

Durante o dia, esses jovens se dispersavam por todo o bairro, permanecendo boa parte do dia na praia, brincando de mergulhar. No período noturno, havia grupos de jovens espalhados por toda a extensão do bairro, o que nos levou a manter contato com os diversos grupos para conhecê-los. Nessa ocasião, definimos inicialmente manter dois pontos visando atingir um contingente maior desses jovens. Após algumas semanas, decidimos definir um dos dois como ponto fixo, já que em um dos locais a “galera” era muito flutuante e ficávamos, às vezes, esperando sem que eles aparecessem. Na época, trabalhamos algumas vezes em parceria com o Axé, que estacionava o “Axé Buzu” (o ônibus adaptado para funcionar como uma biblioteca ambulante, onde se oferecia atividades culturais tipo exibição de filmes, leitura de livros, etc.), participando dessas atividades em conjunto, potencializando as ações de ambas instituições.

No espaço de mais de um ano, atendemos com regularidade aos jovens, mas, em certo momento, a polícia, aliada a outras instâncias oficiais, interviu, de forma contundente, para a saída deles. Aguardamos por um bom tempo, mas a ação policial esvaziou definitivamente o local, não permitindo, desde então, a presença dessas crianças e adolescentes pelo bairro, onde apenas um ou outro deles era visto, eventualmente, pelas ruas internas do bairro, assim mesmo durante pouco tempo.

### **5.7.10 Área 10**

A Praça Relógio de São Pedro é uma área que está situada na parte central da Cidade Alta (Figura 14, pág. 89), e nela se encontra um conjunto arquitetônico com exemplares do estilo barroco, eclético e moderno. Tornou-se, desde o início do século, um eixo de comércio varejista bastante ativo até os anos setenta, quando sofreu um profundo processo de degradação com a abertura do primeiro Shopping Center, em Salvador, que elegeu, a partir daí, um novo eixo de compras. Desde então, sofreu a mudança do público, com as classes mais altas dando lugar a um público das classes C e D, tendência que se agravou ao longo das

crises econômicas nos anos 80 e 90. Atualmente, apresenta todos os problemas de degradação urbana, desde o tráfego intenso até a proliferação de ambulantes e camelôs, e serve de reduto para os mendigos, usuários de drogas e prostituição.

Numa pequena praça próxima a um posto policial, o CR atendeu um grupo de pessoas de diferentes faixas etárias: crianças, adolescentes, adultos e, até, idosos, que constituem distintas relações com o lugar. Muitas dessas pessoas permaneciam por ali para receber a sopa distribuída por entidades ou em ações individuais ou visando serem beneficiadas por algum outro tipo de caridade, para depois retornarem a suas casas. Os demais, adolescentes e moradores de rua, alguns com filhos pequenos que acompanham a trajetória dos pais, permaneciam, fazendo do lugar espaço de moradia, ou melhor, de pernoite constante, desaparecendo da cena ao amanhecer, quando o lugar assume outra paisagem encenada por outros personagens: funcionários das inúmeras lojas, profissionais liberais, transeuntes, camelôs e estudantes em trânsito.

À noite, as pessoas atendidas pelo CR apresentavam características de um grupo “denso”: pessoas marcadas por uma história de vida de abandono, com uma carga emocional que produz o “combustível” para gerar os comportamentos de violência (MESSEDER & NERY FILHO, 2002). Observava-se uma voracidade na forma de relacionar-se, e uma carga de violência circular que se desloca do lugar onde se percebem excluídos para o retorno ao social via comportamentos delituosos. A população atendida fazia uso intenso de substâncias psicoativas, principalmente álcool, crack e maconha. Normalmente a equipe já os encontrava sob efeito das substâncias, tornando o contato mais difícil, e às vezes mostrando-se agressivas. O ‘clima’ era sombrio e inseguro. Ali trabalhamos durante cerca de mais dois anos. A grande maioria solicitava ajuda social e médica para os problemas mais imediatos.

## 5.8 AS DIFICULDADES SENTIDAS NO TRABALHO NO CONTEXTO DE RUA

A proposta de atendimento a usuários de substâncias psicoativas *in loco* implica, muitas vezes, em encontrá-los com alterações de comportamento, da percepção, do humor, em manifestações de ansiedade incontroláveis, sintomas que podem ser desencadeados pelos efeitos das substâncias psicoativas. Tal condição

requer maior habilidade dos profissionais para se relacionarem nesse momento. A depender da circunstância de uso acarreta a inviabilidade do contato, e a necessidade de recuar o atendimento.

Outra dificuldade está relacionada ao impacto dos técnicos frente às realidades de cada área, compostos de elementos que tornam esses contextos de extrema complexidade, onde estão presentes pobreza, violência, tráfico e uso de drogas. Diante de tal complexidade, inicialmente, o sentimento de impotência dos técnicos era inevitável. Muitos profissionais não se sentiram à vontade para trabalhar em tais condições. Mas, para a maior parte dos profissionais que aceitaram o desafio, ia se processando uma adaptação às circunstâncias, e na medida em que os vínculos iam se estabelecendo com os usuários na rua, um aprendizado a partir da própria experiência ia sendo construído. Assim, a capacidade de adaptação foi sendo desenvolvida nos técnicos, que aprendiam com a prática a se relacionarem nos ambientes de cada área, habilitando-se, no exercício do trabalho, a lidar com seus sentimentos e com o inusitado. Um aprendizado que se processava em uma constante reflexão a partir da própria experiência, no seu fazer.

Nesse processo, havia, ainda, as dificuldades relacionadas à carência de recursos comunitários e aos problemas de acesso à rede institucional de saúde e social, que não se apresentava receptiva nem preparada para o atendimento a essa clientela, ocasionando igual sentimento de impotência na equipe.

*“– [...] não sei se isso melhorou depois, mas, no início (em 2000), a gente não conseguia integração com a rede de saúde. Não sei o que é preciso pra que isso se efetive, talvez uma decisão vertical das instâncias superiores, de poder dizer: não, tem que haver o vínculo e a atenção básica ter de se tornar receptiva [...]”.* (Médico, 2008).

Os problemas com a rede de saúde institucionalizada eram enormes: a falta de sintonia e de adequação do funcionamento dos serviços com a população (critérios de marcação de horário, tempo de espera, formas de atendimento, dentre outros), assim como o descaso para com os usuários encaminhados, evidenciava a rejeição a esse segmento da população. Dentre as razões observadas para tal procedimento, registram-se o temor referido pelos profissionais em atendê-los, temores pautados em fantasias de possíveis comportamentos agressivos, e à falta de uma cultura de bom atendimento através de acolhimento e de uma escuta atenciosa.

Diversos relatos de profissionais da rede institucional de saúde revelavam que a percepção sobre o usuário de drogas é cercada de preconceitos, principalmente, sobre aqueles que vivem nas ruas. Assim, a recepção e o atendimento aos usuários aconteciam de uma maneira fria e sem o devido acolhimento, distanciando-os ainda mais dos serviços e impedindo a conclusão de procedimentos importantes para o tratamento de doenças, tais como o da tuberculose e DST/HIV/AIDS.

Assim, a população acabava voltando da recepção dos serviços, ou interrompia um tratamento iniciado ou prescrito. Enfim, os encaminhamentos tornavam-se inconclusos por não contarmos com uma rede capacitada, principalmente, do ponto de vista da relação trabalhador-usuário. O que constatamos na fala dos usuários, é que acolhimento e vínculo estão na base para a efetivação de um encaminhamento, de maneira que a “costura” entre o usuário e o serviço é importantíssima, caso contrário o convencimento feito para que ele chegue ao Posto de Saúde se frustra quando lá não é bem recebido.

Uma estratégia utilizada, diante das dificuldades com que se defrontava o usuário ao se dirigir sozinho à instituição indicada, foi o acompanhamento de casos aos serviços especializados, tornando-se uma atividade freqüente do CR, não só com as crianças e adolescentes, mas, também, com os adultos, que apresentavam maior resistência. Esse trabalho, realizado, preferencialmente, pelo técnico de referência do usuário na equipe, buscava garantir a conclusão do encaminhamento feito na atividade de campo, facilitar seu deslocamento, ao mesmo tempo em que lhe transmitia segurança e apoio ao se dirigir à instituição. O constrangimento sentido pelos jovens ao estar numa instituição era visível, por estarem sujos, sentirem medo da rejeição, até mesmo por já terem vivenciado essa experiência em outras ocasiões e, por isso mesmo, terem se tornado assim refratários às instituições formais de saúde.

Nesse sentido, os contatos interinstitucionais mais estreitos se tornaram fundamentais para melhorar os atendimentos a essa clientela especial, de maneira que houve, em algumas ocasiões, uma proximidade de trabalho interinstitucional que foi bastante frutífera e nos mostrou que a melhoria da qualidade da assistência depende de vontade e de estímulo para a realização de capacitação para os profissionais, e da abertura destes para o atendimento aos segmentos da população em situação de exclusão.

Esta experiência de aproximação junto aos técnicos de algumas instituições acessadas promovia uma sensibilização e a convocação para o estabelecimento de uma ética da responsabilidade compartilhada, implicando-os no compromisso e respeito para com esse público específico. Naquelas ocasiões, percebemos que há um percurso a seguir até que se concretize a nova forma de tratar que se almejou alcançar com os princípios do SUS.

Nesta articulação com a rede de saúde e social institucional, os encontros serviam para estreitar os laços, além de serem momentos em que os profissionais trocavam experiências e havia compartilhamento das dificuldades do trabalho. Com algumas dessas instituições, foi possível estabelecer parcerias mais afinadas, a exemplo da 'Viva a Vida' (citada anteriormente), da Força Feminina (instituição não governamental ligada à Pastoral da Criança, dirigida a mulheres e adolescentes que exercem a prostituição), e do Projeto Axé.

Porém, a existência de serviços que caracterizem uma rede de saúde especializada para o usuário de substâncias psicoativas em situação de rua ainda é incipiente. Essa é uma realidade que é encontrada em diversas outras cidades brasileiras, confirmada em diversos relatos de trabalho dirigidos à mesma população atendida pelo do CR (CARVALHO, 1999; NOTO et al., 2003; DOMANICO, 2006).

A re-inserção familiar e social dos pacientes que retornavam de períodos de internação também representava um grande entrave para aqueles que pretendiam sustentar a abstinência das drogas. Muitos reincidiam no uso por retornarem ao mesmo contexto anterior, onde não havia mudanças na realidade social nem alternativas de trabalho e lazer, sem possibilidades, enfim, de promover mudanças efetivas na sua vida. Não só para os usuários que já haviam permanecido um período de tempo em abstinência, mas também para aqueles que desejavam reduzir ou parar o consumo, essa imutabilidade social se apresentava como uma barreira desestimuladora. O que nos era constantemente revelado, então, estava expresso em uma frase, dezenas de vezes repetidas por diferentes usuários: "não dá pra viver na rua sem drogas".

Em certa ocasião, um dos garotos atendidos (R., referido no fragmento de caso da área 5.7.2) passara seis meses em um centro comunitário, e nós o reencontramos na mesma praça onde o conhecemos e acompanhamos durante um período de tempo. Nessa noite, estava com a aparência saudável, limpo, bem vestido e, bastante cordial conosco, conversou sobre o período internado. Na sua conversa, negava interesse em voltar a usar drogas (era usuário de *crack*), falava

em Deus, repetindo o discurso aprendido na comunidade terapêutica. Algo entre o discurso e a postura atenta ao seu entorno nos deixou apreensivos quanto à possibilidade de sustentar o que dizia. E, de fato, naquela mesma noite, após a nossa saída, R. voltou ao uso do *crack*. E, nos dias seguintes, o encontramos nas mesmas condições anteriores à sua abstinência. A volta à realidade cotidiana, sem amparo suficiente para ajudá-lo em sua decisão, o fez recair, ou poderíamos dizer: “ele tropeçou em sua realidade e caiu”. Viver na rua implica viver uma realidade muito dolorosa, difícil de suportar sem anestesiá-lo com as drogas. Daí a importância do apoio, tanto do ponto de vista psicológico, quanto médico-clínico e social.

Com a Polícia Militar, no início do projeto, estivemos em diversos comandos próximos às áreas de atuação e, apesar de eles se colocarem como conscientes dos problemas dos jovens usuários de drogas, principalmente das crianças, foram muito claros ao afirmar o que acreditam ser seu papel social: atuar (apenas) na função repressora. Pelo menos, em boa parte, não interferiram diretamente, mas a simples presença, mesmo a certa distância, já provocava uma interferência no trabalho, principalmente para as crianças que sentiam, inicialmente, uma dificuldade em nos diferenciar, em compreender o nosso papel, levando algum tempo para isso, tempo em que predominava a desconfiança e certa reserva em se aproximar.

Uma outra dificuldade diz respeito à transitoriedade dos profissionais da equipe, observada nos sete anos da prática do CR, relacionada a fatores tais como a dureza do trabalho na rua, o desconforto físico por desempenhar as atividades a céu aberto e nas condições precárias de alguns contextos do trabalho de campo, ocasionando, assim uma sobrecarga emocional que se infligia aos profissionais no “corpo a corpo” do trabalho. Essas condições requeriam um perfil do profissional muito afinado com a proposta e uma boa interação da equipe. Nesse sentido, a permanente capacitação da equipe e a supervisão diária das atividades criavam também um espaço de interlocução que funcionava como ponto de ancoragem para as dificuldades e impasses do trabalho que, por suas especificidades, gerava sentimentos de insegurança, frustração e impotência.

Ainda com relação ao aspecto da transitoriedade, durante os anos da experiência sofremos diversas alterações na equipe. Algumas delas foram desejadas, na busca de uma melhor adaptação às demandas e necessidades da população. Outras foram ocasionadas pelas dificuldades de sustentabilidade do

projeto, do ponto de vista dos recursos financeiros. A cada finalização de convênio, lá se ia boa parte do tempo e da energia voltados para a busca de novos recursos que viessem a dar continuidade às ações. A irregularidade de apoio financeiro trazia para a equipe uma insegurança, que repercutia no trabalho levando à desmotivação dos profissionais ao se verem obrigados a descontinuar as práticas, a interromper processos em que se vislumbravam retornos positivos para o trabalho, a quebra de vínculos com a população, o que gerava grande frustração. Este caráter intermitente, que configurava o Consultório de Rua sob a forma de projeto, contribuiu para a transitoriedade dos técnicos, que não se sentiam seguros de construir uma trajetória profissional no CR.

Em contrapartida, é preciso dizer que aqueles que estabeleceram uma identidade com a proposta puderam vivenciar uma experiência extremamente rica, tanto do ponto de vista profissional como pessoal. E com estes, foi possível criar equipes, que, a despeito de todas as dificuldades, foram profundamente solidárias, gratificantes, fazendo com que o ir para as ruas fosse, antes de tudo, também um prazer.

Em meio às dificuldades, citamos o apoio recebido pelas instâncias governamentais do município e do estado, dentre as quais a Secretaria Municipal de Saúde, através do programa de DST/AIDS; Secretaria de Trabalho e do Desenvolvimento Social; com o Governo do Estado, através da Secretaria de Combate e Erradicação da Pobreza, Secretaria de Saúde e com a Secretaria do Trabalho e Ação Social. A nível federal, com o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/AIDS e com a Secretaria Nacional Anti-drogas (SENAD). Todas essas instituições forneceram apoio financeiro ao Consultório de Rua e acompanharam de perto as ações desenvolvidas ao longo do período descrito neste estudo.

## 5.9 RELATOS DE FRAGMENTOS DE CASOS ATENDIDOS PELO CR

Relatamos abaixo alguns fragmentos de casos atendidos pelo CR com breves relatos de histórias de vida, e pequenos recortes das cenas urbanas, que ilustram a intervenção da equipe, e possibilitam, um pouco mais, a visualização dos contextos da prática - os cenários e as pessoas.

### 5.9.1 Caso 1

**E.** (13 anos). Depois que saiu de casa onde vivia apenas com a mãe e irmãos em uma “habitação” constituída de “paredes” de plástico e estacas, na periferia da cidade, passou a viver na região do Comércio, na Cidade Baixa, em companhia de alguns adolescentes que moravam em casas muito precárias em uma antiga rua que faz ligação com a Cidade Alta. Relata que o pai, alcoólatra, foi para ele uma figura ausente, com quem teve pouca convivência, a quem só se referia pelos comentários sobre seus freqüentes estados de embriaguez que presenciava quando ainda estava em casa. **E.** criou forte amizade com outros dois adolescentes, com os quais se mostrava sempre mais sorridente, em contraste com os contatos um tanto tímidos que estabelecia com os técnicos do CR.

Semanalmente, aguardava ansioso a psicóloga da equipe, com quem estabeleceu um vínculo transferencial, mantendo com ela contatos em que conversava, longamente, sobre a sua vida. Aos poucos, foi se mostrando descontraído, bem humorado, brincando, também, com os técnicos, e participando ativamente de jogos, desenhos, teatro de fantoches e, principalmente, da oficina de música. Aos poucos, passou a falar da sua relação com a maconha, relatando o uso com entusiasmo e um brilho no olhar, defendendo o consumo como algo inócuo à saúde e prazeroso, curtindo a “lombra”<sup>6</sup>. Mas, até então, não comparecera aos encontros sob efeito da maconha.

A coordenadora do CR passou a fazer o seu acompanhamento na rua, desde a saída (inesperada) da psicóloga que iniciou com ele o trabalho. Durante meses seguidos, perguntava pela colega que o acompanhou, trazia seus sonhos e os desenhos que fez para ela, manifestando o luto por essa separação abrupta, que demorou a elaborar. Nessa ocasião, queixava-se, diversas vezes, da vida, sentindo-se sem sorte e sem afeto. A sensação de abandono parecia ter sido atualizada ante a saída da primeira psicóloga que o atendeu. Muito lentamente, foi estabelecendo comigo uma transferência. Não faltava aos encontros com o CR e, entre todos, era o que mais lamentava quando chovia porque, nessas condições, éramos impedidos de realizar as atividades de campo.

Em determinado momento, observamos que, freqüentemente, passou a aparecer, nas quartas-feiras, com os olhos vermelhos “*de chinês*”, como ele próprio

---

<sup>6</sup> Termo utilizado entre os usuários de maconha para designar a sensação de relaxamento físico e psíquico proporcionado pela substância.

denominou, denotando o aumento do seu consumo de maconha. Sob o efeito visível da substância, procurava esconder o rosto e, quando abordado sobre o assunto, dizia que “*é bom para esquecer a tristeza*”, e curtir a “*onda que bate*”. Começou a alternar a frequência no CR, até que fomos informados, por um educador do Projeto Axé, que **E.** havia sido preso por roubar uma TV. Combinei com um educador do Axé de ir visitá-lo na Casa de Acolhimento do Menor (CAM), onde estava preso. Ao me ver lá, **E.** demonstrou enorme surpresa. Estava extremamente abatido, mas falou dos dias ali dentro sem fazer queixas do tratamento recebido.

Logo que saiu da CAM, continuou o atendimento psicológico na rua. Como punição, relata que a justiça lhe impôs frequentar uma instituição onde teria atividades sócio-educativas durante três meses. A perda da liberdade, relatada como uma experiência muito dolorosa parece ter tido para ele um efeito de lei, portanto, organizador: voltou a estudar e começou a trabalhar em uma sorveteria junto com um dos amigos, que dividiu com ele o quatinho onde morava próximo da praça. Dois anos depois, entrou em uma cooperativa de catadores de papelão, foi morar com uma moça e, orgulhoso, anunciou que iria se tornar pai. Sobre sua inserção na delinqüência, levantamos a hipótese de que a transgressão estivesse relacionada com a lei fragilizada do pai, com a pressão do grupo ao qual, naquele momento, se encontrava mais ligado, em uma cumplicidade/identidade masculina para, de algum modo, se inserir e se reafirmar, o que veio a se efetuar, posteriormente, com a paternidade. Quando deixamos o trabalho na praça, **E.** mantinha sua vida estável, trabalhando e morando com a moça com a qual teve o filho.

### **5.9.2 Caso 2**

**E., K. e J.** são crianças na faixa etária entre 12 e 14 anos, que faziam parte de um grupo que vivia nas ruas de um bairro de classe média, em constante uso de cola e *crack*. O Consultório de Rua acompanhava esse grupo havia já alguns meses, sempre com grande dificuldade no contato, devido à intensidade do envolvimento com as drogas. A participação nas atividades lúdicas era muito efêmera, pois eram sempre atraídos de volta para o consumo de substâncias psicoativas. Todos os técnicos da equipe estavam envolvidos em propor jogos e brincadeiras, recursos que eram utilizados para criar laços e favorecer diálogos onde fosse possível viabilizar a expressão de seus problemas e, assim, oportunizar as

intervenções da equipe. Apesar de aparentemente nos dar a impressão de que todo o esforço era em vão, em algum momento, víamos o retorno, como ao ser verbalizado o pedido de três crianças na faixa de 13 anos: *“Quero sair da rua, tia”*; *“Não agüento mais”*.

O primeiro veio de **E.**, levado, a seu pedido, pelo Consultório de Rua para uma instituição onde pudesse passar aquela noite, até que contatássemos com uma instituição recém-inaugurada para tratamento de dependentes químicos, específica para adolescentes em situação de rua e uso de drogas, ao tempo que seria também notificado ao Conselho Tutelar, no dia seguinte, que, por sua vez, faria o contato com a família do garoto e para que fosse dado encaminhamento, junto com o CR, ao internamento. Neste ínterim, **E.** fugiu da instituição de pernoite e voltou para a rua.

Fomos até a praça onde ele normalmente permanecia e o encontramos com seu grupo. A psicóloga e a assistente social da equipe conversaram com ele, resultando na re-afirmação de seu pedido de sair da rua e na aceitação de ir até a instituição para a internação, naquele momento. O encaminhamento, integrado com o Conselho Tutelar, possibilitou a internação imediata, realizada com o acompanhamento de técnicos do Consultório de Rua. Ao chegar à instituição, **E.** teve uma ótima receptividade por parte dos funcionários da instituição e dos garotos que lá estavam sob tratamento. Além do entusiasmo pelas excelentes instalações da casa, com área verde e piscina, o acolhimento recebido contribuiu para reafirmar seu desejo de ficar.

Quando o Consultório de Rua voltou à área, demos continuidade ao acompanhamento dos demais meninos e, dias depois, em intervalos mensais, cada um dos dois outros solicitaram a ida para a mesma instituição, onde se adaptaram, freqüentando a escola e a oficina profissionalizante. Os contatos com a família aconteciam em caráter de visita.

Em algumas ocasiões, em várias áreas, cidadãos comuns se aproximavam da equipe, curiosos com o trabalho que estava sendo realizado ali, e, dentre esses, alguns pediam para integrar a equipe como voluntários, oferecendo-se para desenvolver atividades para as quais tinham habilidade. O oferecimento de um casal de moradores de um edifício vizinho à praça onde ficavam as crianças e adolescentes que entraram para a instituição de tratamento acima citado, no entanto, nos chamou a atenção, por eles terem sustentado esse interesse por um longo período, no qual iam visitar os adolescentes na instituição, acompanhando, por alguns meses, o processo. Esboçavam, com os técnicos da equipe, suas

preocupações com o problema social das crianças de rua, em particular, com essas que se agrupavam na praça ao lado de sua casa.

O exemplo desse casal contrasta com o comportamento de outras pessoas que reagiam negativamente ao trabalho, alegando que nós aglutinávamos o “bando” de meninos, que eles eram perigosos e que haviam sido assaltados por eles algumas vezes. Tentamos um diálogo junto aos moradores locais, intervindo na tentativa de mudar o olhar dessas pessoas sobre o grupo de crianças e adolescentes, buscando mostrar a dimensão do sofrimento promovido pela exclusão à qual essas crianças estão submetidas, representando o refugio de uma estrutura social e econômica perversa. Nossos argumentos não adiantaram, eles continuaram a nos interpelar, chegando ao ponto de, em certa ocasião, arremessar objetos do alto do apartamento na direção do grupo com o qual estávamos trabalhando. O episódio foi registrado em uma reportagem publicada em um jornal de grande circulação na cidade, produzida por duas estudantes de jornalismo que, naquela noite, acompanharam o CR para fazer uma observação do nosso trabalho, como parte de suas atividades acadêmicas.

## **5.10 CENAS DA VIOLÊNCIA NAS RUAS**

### **5.10.1 Cena 1**

Cidade Baixa, 17 de novembro de 2004: **X.**, 19 anos, egresso da CAM, instituição de acolhimento de menores infratores, passara um ano e seis meses detido, até que obteve a liberdade, após julgamento e cumprimento de pena por crime de assalto e seqüestro a mão armada, realizado com mais quatro adolescentes, ao Banco do Brasil de uma cidade do interior do Estado. Com o rosto sorridente num semblante misto de orgulho e vazio, mostra o cartão do Banco onde tem R\$15.000,00 (quinze mil reais) guardados em conta poupança, fruto do assalto. Relata sua história, sem constrangimento aparente, como se sentisse isentado de culpa. Diz que está esperando a hora mais adequada para comprar uma casa para morar. Atualmente, mora em um casebre feito de papelão, próximo do local onde atendemos nas quartas-feiras. Quando o conheci, nesse mesmo lugar, tinha 14 anos e era um adolescente aparentemente tranqüilo, sociável, um pouco tímido, como inúmeros garotos de sua faixa etária. Durante cerca de dois anos, participou da

oficina de música, sempre interessado em tocar os instrumentos musicais que levávamos, em companhia dos outros garotos.

O relato que faz sobre o roubo acontece no recente reencontro de duas semanas atrás, quando o vejo sentado no banco da praça fazendo artesanato de papel, e me aproximo. Sou recebida com um largo e simpático sorriso, de um jovem que parece alegre e de bem com a vida, cantarolando enquanto faz as dobraduras do seu trabalho manual. Puxei conversa a partir da atividade manual, perguntando-lhe onde aprendeu a fazê-lo. A pergunta parece ter para ele o significado de estímulo a uma confissão: “– *Então, vou contar*”, diz, iniciando seu relato. Segundo ele, quando fez o assalto, tinha noção clara do que estava fazendo: “– *Todo mundo que faz uma coisa dessas sabe o que é certo e o que é errado; fiz porque queria dinheiro fácil, agora tenho*”, e repete que vai comprar uma casa e que tem o DVD da música que ouvimos, tocada no bar à nossa frente. “– *Aprendi muito*”, diz, como se não pudesse aprender de outra forma, a não ser pela transgressão.

Esse relato nos faz pensar acerca do significado da delinqüência, e da sua equivalência com a virilidade. Para X., o assalto parece ser o rito de passagem, permitindo uma ascensão ao mundo adulto masculino, que se passa pela via da marginalidade. Nesse sentido, o psicanalista francês Charles Melman (1992) refere que, para muitos rapazes, “a delinqüência é o único acesso à virilidade”, como uma tentativa de evitar a feminização, buscando se fazer reconhecer nesse lugar. Espinheira, por sua vez, sob a ótica sociológica, analisa o crime como uma das formas de reação dos “consumidores falhos”:

A violência economicamente motivada é socialmente produzida e tem as características da sociedade que a produz. Sociedade de consumo, de mercado, dinâmica, portanto, a assumir formas novas para novos consumos. A sociedade de produtos e serviços em abundância é também a sociedade da violência banalizada. O ser violentador é socialmente produzido, não como um ser que se rebela, ao contrário, como o que quer se integrar ao máximo, usufruir os bens e valores desenvolvidos e desejados. A violência é integradora, mas a uma sociedade perversa que transforma o ser em consumidor e só nessa dimensão o contempla. (2004, p. 67).

### **5.10.2 Cena 2**

*Centro Histórico, 22 de novembro de 2004:* três crianças entre sete e dez anos se aproximam com curiosidade, fazendo perguntas para saber quem somos.

Iniciamos um diálogo, que é mantido por uma delas com um discurso formado, predominantemente, de palavras duras, permeado de conteúdo de violência e morte, entrecortado pelas contínuas agressões que fazia às outras duas. Na conversa, relata que o menor perdeu o pai assassinado com um tiro. Inquieto, não pára de falar e de provocar brigas, todo o tempo, com os outros dois. A criança está encoberta por uma ansiedade incontrolada, possivelmente provocada pela vivência violenta, que se revela através de suas palavras e gestos, representada na “brincadeira” de brigar, bater e dizer palavrões repetidamente.

### 5.10.3 Cena 3

*Pituba, 2 de dezembro de 2004:* cerca de vinte pessoas tomavam uma praça na principal avenida do bairro: são jovens, adultos e três crianças pequenas de oito a dez anos de idade que se drogavam compulsivamente até se entorpecerem. As alucinações induzidas pelos psicoativos os faziam sorrir, dançar, brigar, alternando essas manifestações, sem uma coerência aparente. Sorrisos químicos provocados pela substância, que, no entanto, não disfarçavam a infelicidade em suas faces, transparente sob a camuflagem do sorriso produzido artificialmente.

No grupo, crianças em cenas de sexo e drogas: entorpecidos, um menino e uma menina se acariciavam sensualmente e se beijavam na boca. Ela, um estereótipo de mulher madura, seduzindo o corpo do pequeno companheiro de rua. Ele, com o corpo com queimaduras cicatrizadas e outras em todo o braço, ainda em carne viva, mal coberto de ataduras. Preço dessa violência: cinco reais – dívida de maconha.

Uma das crianças tem o rosto ainda com a expressão de um bebê, a boca em forma de chupeta agora colada quase continuamente no saco de cola. A violência física, sexual, moral está impregnada naquelas crianças. A equipe fica sensibilizada pela cena, e procura “trazer” as crianças daquele protagonismo grotesco para atividades lúdicas que elas participaram com dificuldade, dado o estado de entorpecimento.

O que essas cenas retratam é uma amostra de inúmeras situações que, simultaneamente, estarão acontecendo em muitas outras partes da cidade, configurando uma situação de avanço da violência que vai permeando a cena urbana. Tratando-se de Salvador, uma cidade onde a distribuição de renda é

marcadamente desigual, é preocupante a proporção em que esse processo está acontecendo, abarcando uma grande parcela das crianças e adolescentes, que tendem a crescer, muitas vezes, sem chegar a ascender ao *status* da idade adulta, porque sem os freios postos pela relação com a lei simbólica, a lei paterna. Assim, sem possibilidades de elaboração, vivem sob o imperativo da repetição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho se propôs a realizar uma narrativa da experiência do Consultório de Rua, conforme foi vivenciada pela coordenadora e pesquisadora, mesclando, além da sua própria, outras vozes, daqueles que participaram conjuntamente do dia a dia dessa prática, ao longo de sete anos. Pretendeu-se assim realizar uma reflexão sobre essa prática e o “nosso fazer”.

A proposição do Consultório de Rua parte de uma constatação pública, testemunhada por qualquer cidadão comum, ao observar pelas ruas da cidade de Salvador um número expressivo de crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de risco pessoal e social e em uso de substâncias psicoativas.

A legislação vigente, que dispõe sobre a proteção da infância e adolescência – a Constituição Federal, com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde (universalidade do acesso, equidade e integralidade), o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as diretrizes da política oficial sobre álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, além das recomendações registradas na III Conferência Nacional de Saúde – e a asseguram legalmente, não foi ainda suficiente para, na prática, mudar a realidade desses jovens, que continuam a merecer do poder público as justas e urgentes providências do Estado e da sociedade para “fazer valer” os seus direitos.

Nesse sentido, o que está posto na lei pode, no plano teórico, garantir os direitos dessa população, mas uma efetiva mudança neste cenário requer conscientização, sensibilização e, sobretudo, vontade política e, ainda, as transformações das práticas de saúde e de seus profissionais, operadores das novas práticas. Assim, para que possamos buscar as soluções para a questão dos jovens usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados da sociedade há que se analisar as ousadas, desafiadoras, inovadoras e difíceis propostas que se dirigem a esse segmento.

Lancetti (2006) se refere a uma clínica, no campo da saúde mental, que oferece possibilidades terapêuticas por funcionar/operar no meio aberto em que o indivíduo pode encontrar, nas situações externas cotidianas (ambiente familiar e sociocultural), as oportunidades de trabalho clínico-terapêutico. Oportunidades que a clausura hospitalar, enquanto espaço de “tratamento”, jamais poderá oferecer aos seus pacientes, obtendo como um de seus efeitos justamente a cronificação da

doença, haja vista não haver propostas, no espaço fechado, que permitam qualquer outro tipo de mudança. Na vida cotidiana, lado a lado com os profissionais habilitados para uma interação especial, a clínica peripatética, defende o autor, pode fluir, abrindo-se, a partir daí, um campo de trabalho clínico novo, a que ele chama de “novos *settings* terapêuticos”.

Referindo-se a essas experiências clínicas que se passam fora do consultório, em movimento, Lancetti (2006) considera o que ele denomina de “peripatetismo” como uma ferramenta de trabalho para as estratégias destinadas a pessoas que não se adaptam aos modelos clínicos tradicionais. A desterritorialização do *setting* possibilita, a seu ver, a criação de outras formas de “engate terapêutico”. Dentre essas práticas peripatéticas, inclui a estratégia de Redução de Danos como um exemplo dessas novas formas de trabalhar, endereçada aos usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados socialmente.

Em conformidade com tais proposições, ao se defrontar com as características e especificidades da população em situação de rua, o Consultório de Rua reconhece a necessidade de se ajustar a suas condições. Dessa maneira, toma a Redução de Danos como uma premissa do seu modo de atuar. Assim sendo, procura, com essa estratégia, avançar na intervenção, utilizando-a como tática de aproximação, como técnica de abordagem das questões relacionadas ao uso danoso das substâncias psicoativas e como uma maneira de favorecer a intervenção mais aprofundada dos aspectos subjetivos do sujeito, revelando, tal como sugere Lancetti, a potencialidade clínica da redução de danos (RD), o que reforça o CR como dispositivo clínico para intervir em uma perspectiva da integralidade do atendimento.

O trabalho no contexto de existência dos usuários implica para os profissionais em uma adaptação da abordagem, da linguagem às interferências externas do ambiente aberto, exigindo uma permanente reflexão e, sobretudo, uma flexibilidade para se ajustar ao que se apresenta no momento, no inesperado. Acima de tudo, prima pelo não apagamento das subjetividades, por fazer não silenciar a fala do sujeito, com a pluralidade de sentidos que só ele pode dar e que cabe ao profissional acolher e fazer emergir.

O Consultório de Rua, tal como tentamos conduzi-lo ao ir às ruas, ao desenvolver atividades e produzir a construção de um laço com a população, ratifica todo o tempo uma posição ética evidenciada no respeito constante às diferenças,

sabendo que no jogo da alteridade/identidade algo sempre é capturado pelo outro, a nos igualar, no que temos de comum, apesar das diferenças, porque instituídos numa relação que antes de tudo é inter-humana.

Assim, ainda que sejam necessários discussões e ajustes, a proposta do Consultório de Rua nos parece adequada ao propósito de atender essa população, na medida em que está consoante com a política, com as necessidades detectadas da população em questão e por estar coerente com as novas práticas do cuidado em saúde, bem como com a transformação desejada na formação dos recursos humanos do setor saúde. Nesse sentido, aponta-se para a “dupla face” do CR, tanto ao intervir junto a essa população, quanto como uma forma de promover uma transformação nos profissionais da equipe, de interferir no seu modo de atuar.

Assim, descrever o Consultório de Rua é dizer de quem se encontra no campo das suas ações – a população atendida – e de quem lida com este objeto de sua prática, os profissionais. Um objeto, como sinalizamos anteriormente, não linear, imprevisível, inapreensível em sua complexidade, que nos instigou, no entanto, a tentar cotejar, sem recuar no nosso compromisso; um duplo compromisso, frente e verso de uma prática, ambas partes intrínsecas do objeto de trabalho – seu público e os técnicos: protagonistas da ação. Seus efeitos, então, estão marcados também nos seus profissionais, porque se trata de uma prática transformadora.

As falas de dois profissionais das equipes revelam estes resultados:

*“- [...] hoje eu percebo como o Consultório de Rua teve um reflexo extremamente positivo na minha formação profissional, técnica, e enquanto pessoa. O meu olhar hoje é muito distante do olhar dos meus colegas, mesmo professores, enfim, que trabalham comigo, que não tiveram essa vivência. E hoje a aproximação que eu tenho, a facilidade que eu hoje tenho de abordar o tema, de abordar os usuários e de fazer uma conjectura maior da questão da droga com o contexto de vida das pessoas, eu devo ao Consultório de Rua” (Médica, 2008).*

Tanto como para a população atendida:

*“- Eu acho que o Consultório de Rua tem esse potencial de ser um vínculo com essa população que não é assistida e não procura, não tem demanda espontânea. Fazer esse vínculo e fazer os encaminhamentos adequados... [...] eu fico imaginando aquelas pessoas, né? Que foram excluídas de todas as formas... (porque as pessoas que moram na rua foram excluídas de todas as formas, inclusive da própria família), tiveram a oportunidade de ter uma escuta, de se sentirem amadas, porque existia mais do que um compromisso financeiro, a gente fazia*

*aquilo como diz I.: havia uma alma naquele projeto, havia alma, as pessoas que estavam ali punham sua alma... E você... o poder da escuta, mais do que uma escuta profissional, uma escuta amorosa, uma escuta interessada no bem-estar do outro, isso é extremamente transformador. Se isso não foi capaz de fazer largar a droga naquele momento, com certeza serviu como referencia de moral, de ética pessoal, de como se relacionar com o outro. Isso tem impacto, sem dúvida na violência... em qualquer ato relacional humano, social, isso é o mais rico do Consultório de Rua e que os números jamais, nunca vão mostrar” (Médico, 2008).*

Seguimos com as suas falas:

*“– A coisa da escuta, essa coisa de proporcionar com essa escuta, com esse cuidado – acho que essa é uma palavra fundamental – outros referenciais pra aqueles indivíduos. Porque quais são os referenciais na sua história de vida? referenciais de exclusão, de menos valia, de que eles são descartáveis... Você está ali criando outras sinapses, outras conexões neuronais, outras experiências que dão a eles outras perspectivas de se relacionar com a vida, com o mundo, com as outras pessoas de seu próprio convívio. Fundamentalmente isso...” (Médico, 2008)*

Essas são palavras que denotam a dupla face dessa prática: para dentro (em intensão), a experiência transformadora para os profissionais; e para fora (em extensão), a oferta ímpar de um serviço especializado, sensível e aberto para acolher a experiência humana.

Além dessa dupla face, poderíamos ainda evidenciar uma terceira vertente: o caráter político do Consultório de Rua. De saída, podemos citar que o princípio do SUS que diz respeito à universalização do acesso à saúde ainda se encontra distante de ser cumprido, se pensarmos que essa população, por exemplo, não é alcançada pelos serviços de saúde da rede. Mais ainda, que sequer é contabilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que não inclui (pelo menos não o faz, sistematicamente) nos seus censos, dados sobre a população de rua que, no entanto, sabe-se que é crescente em grande parte das cidades brasileiras. Assim, é apagada da realidade demográfica uma significativa parcela populacional, mantendo-a desprovida de seus direitos elementares. A omissão implica em outra exclusão, que por sua vez se desdobra em outras tantas, visto que esses brasileiros são mantidos segregados pelo não direcionamento dos investimentos públicos e programas sociais. Desse modo, perpetua-se a exclusão, situação que cala a voz de milhares de usuários que não podem se fazer ouvir, pois se encontram fora de todos os espaços, até daqueles garantidos a “todos”, como o

são os Conselhos de Saúde, que asseguram 50% para a participação popular, exceto, ironicamente, para esses que mais precisam.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é hoje o que temos de mais revolucionário e avançado no nosso sistema de saúde, no sentido de aumentar a universalidade do acesso; no entanto, essa população também não é alcançada por esse programa, o que faz com que Paim (2006) fale da necessidade de alternativas para os “sem família”, sugerindo que o Programa de Saúde da Família (PSF) deva ajustar seus procedimentos às especificidades de cada contexto, tentando atingir as crianças e adolescentes de rua e aqueles que se encontram em locais inacessíveis devido ao tráfico de drogas.

Sugerimos, assim, que o Consultório de Rua possa seguir incorporado à rede de saúde institucional, em caráter permanente. A experiência que tivemos, ao participarmos das atividades do CAPS AD – Pernambués, mostrou sua similaridade com os princípios norteadores desse dispositivo, por suas características de base territorial, por sua perspectiva de expansão e cobertura geográfica, pela ideologia de uma clínica próxima da comunidade e flexível em sua proposta terapêutica.

Recomendaríamos, também, uma maior integração com a Estratégia de Saúde da Família, como sinalizou Lancetti, no seu livro “Clínica Peripatética” (2006) quando trata das experiências fora dos padrões tradicionais, a fim de desenvolver ações em parceria que venham a alcançar outras demandas e necessidades, muitas vezes detectadas pelas próprias equipes de Saúde da Família, como as comorbidades psiquiátricas e a dependência / uso problemático de drogas, bem como interferir para reduzir recorrentes violências familiares e comunitárias. Essa integração poderia, ainda, fazer circular entre os profissionais os conhecimentos empíricos e os saberes técnico-científicos, que contribua efetivamente na consolidação do paradigma da Promoção da Saúde, ao implicar todos os sujeitos das ações, a se constituírem como promotores de saúde.

Além disso, com a disseminação desse dispositivo, poder-se-ia ter nele uma espécie de termômetro social, um instrumento que poderia servir para avaliar de perto as relações e os desequilíbrios entre o sistema e essa população, com seus problemas e necessidades.

Defendemos, portanto, a presença de Consultórios de Rua (sim, **no plural**), em diferentes pontos da cidade, como forma de acessar esses inúmeros brasileiros e dirimir as injustiças sociais de que são vítimas.

Afinal de contas, esses são cidadãos que refletem o próprio funcionamento perverso da nossa sociedade, para os quais, entretanto, se fecha os olhos e toda e qualquer oportunidade, inclusive a pior de todas, a de ter acesso à saúde e à dignidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1/2, 1997.
- ATHAYDE, C.; BILL, MV.; SOARES, L.E. **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. 295 p.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.
- BASTOS, F. I. (Orgs.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994. 215 p.
- BASTOS, F. I. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacionais e brasileira. In: BASTOS, F.I.; KARAM M.L.; MARTINS M.M. **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos, 2003. p.15-41.
- BAPTISTA, Marcos. Prevenção ao abuso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: relato de uma trajetória. IN: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 127-141.
- BAUER, M. W. & GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 189-217.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. 190 p.
- BAUMAN, Z. **Globalização: as conseqüências humanas**. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 145 p.
- BECKER, H. S. Problemas de inferência e prova na observação participante. IN: **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 47-64.
- BITTENCOURT, L. **Vocação do êxtase: uma ontologia sobre o homem e suas drogas**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. 180 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas Públicas de Saúde - **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos**. Brasília, 2001. 114 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. Ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. P. 7-150.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 84 p.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: Universidade de Brasília, 1996. 131 p.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. IN: \_\_\_\_\_. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 27-52.

CABAS, A.G. **Curso e discurso da obra de Jacques Lacan**. São Paulo: Moraes, 1982. 296 p.

CARDOSO, R. (Org.). **As aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método: a aventura antropológica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CARVALHO, D. B. B. O consumo de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal: relatos de experiências vividas. IN: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 51-64.

CASTELLS, M. O surgimento do quarto mundo: capitalismo informacional, pobreza e exclusão social. IN: **Fim de milênio**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 95-201.

COFFEY, A.; ATKINSON, P. **Making sense of qualitative data: complementary research strategies**. Sage, 1996. p. 139-164.

CONTE, M. **Redução de danos e psicanálise: articulações possíveis?** **SciELO**, APPOA, Porto Alegre, RS, 2003. 11 p.

COSTA, O.F. Subsídios para discussão de metodologias de trabalho com crianças e adolescentes em situação de rua. IN: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 91-100.

CRUZ, Walter. Intoxicação e exclusão social. IN: **A direção da cura nas toxicomanias**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 24, 2003. Porto Alegre: APPOA, 1995, Absorveu: Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. p.19-39.

DIOS, V. C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. IN: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 79-89.

DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados; bem vindo ao mundo dos nórias: Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack**

em cinco projetos-piloto no Brasil. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2006. 220 p.

ESCOHOTADO, A. **Las drogas:** de los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza, 1994. 95 p.

ESPINHEIRA, G. **Divergência e prostituição:** uma análise sociológica da comunidade prostitucional do Maciel. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1984. 162 p.

ESPINHEIRA, G. À guisa de introdução: uma abordagem sócio-antropológica das drogas. In: NERY FILHO, A. **Prevenção sem medos e terapia sem estigmas.** Salvador, s.d. Inédito.

ESPINHEIRA, G. Ficção do real: observar, deduzir e explicar: esboço da metodologia da pesquisa. **Metodologia e prática do trabalho em comunidade:** Salvador: EDUFBA, 2008. 138 p.

ESPINHEIRA, G. (Coordenador), **Sociabilidade e Violência:** criminalidade no cotidiano de vida dos moradores do Subúrbio Ferroviário de Salvador. Salvador: Ministério Público do Estado da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2004. 204 p.

FERREIRA, T. Os meninos e a rua: o psicólogo e os impasses da assistência. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 20, n. 1, p. 2-17, 2000.

FERREIRA, Luiz Alexandre Cruz; FERREIRA, Alexandre Mendes Crus. Hermenêutica afirmativa e horizontes ontológicos da discriminação positiva. Repensando o conceito das ações afirmativas. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 528, 17 dez. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6054>>. Acesso em: 6 dez. 2008.

FERRY, Luc. **Aprender a viver.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2007. 302 p.

FREUD, S. Mal-estar na civilização. IN: \_\_\_\_\_. **Obras Completas**, Rio de Janeiro: Imago, volume XXI, 1969. p. 75-171.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. UNICEF: **Situação Mundial da Infância 2006.** Nova York: UNICEF, 2005. 21 p.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. IN: BAUER, M. W. & GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais:** sons, imagens, sensações: pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002. p. 64-89.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. IN: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-70.

JACOBINA, R. R.; NERY FILHO, A. **Conversando sobre drogas.** Salvador: UFBA, 1999. 127 p.

JUNGMAN, J.; MARCHAND, C., A redução de danos como uma prática de tratamento: exemplo de um serviço parisiense. IN: **Entre riscos e danos:** uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Paris, França: Éditions Scientifiques, ACODESS, 2002. p. 99-110.

KLEINMAN, A. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. IN: \_\_\_\_\_. **Writing at the margin**: discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1995. p. 95-119.

KRUEGER, R. **A focus groups**: a practical guide for applied research. London: Sage. 1988, p. 1-48.

LANCETTI, A., **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 127 p.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo; antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 2003. p. 22-60.

LEITE, M. C.; ANDRADE, A.G. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 15-40.

LIPOVETZKY, G. **Os tempos hipermodernos**. Tradução Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004. 127 p.

MACHADO, Ana Regina, **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais.Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2006. 151 f.

MAC RAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A (Orgs.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 1-3.

MAC RAE, E. & SIMÕES, J.A. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: UFBA, 2000, p. 147.

MAC RAE, E; VIDAL, S. S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Rev. Antropologia**. V. 49, n. 2. São Paulo July/Dec. 2006.

MARZANO-PARISOLI, M. M. Perceber o corpo sem estados de alma: corpo divinizado e corpo aniquilado. In: \_\_\_\_\_. **Pensar o corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. Cap.2, p. 65-108.

MELMAN, C. **Alcoolismo, toxicomania, delinquência**. São Paulo: Escuta, 1992. p. 41-147.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. **Cadernos CEFOR**, 1992.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MESSEDER, M. L; NERY FILHO, A. Exclusão ou Desvio? Sofrimento ou Prazer? A redução de danos como uma prática de tratamento: exemplo de um serviço parisiense. In: **Entre riscos e danos**: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Paris, França: Éditions Scientifiques, ACODESS, 2002. P. 55-60.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**; Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina -3ª Edição, 2007. 120 p.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. A rua como contexto de desenvolvimento. IN: LORDELO, E. R.; CARVALHO, A. M.; KOLLER, S. H. (Orgs.) **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo; Salvador: EDUFBA, p. 205-230, 2002.

NERY FILHO, A. **“La vie dans la marginalité ou la mort dans l'institution”**: étude sur quatre groups d'enfants et d'adolescents vivant de la rue a Salvador de Bahia (Bresil). These (Doctorat en Sociologie e Sciences Sociales) – Université Lumière Lyon 2, Faculté d'Antropologie et de Sociologie. 1993. Inédito. 584 p.

NERY FILHO, A.; TORRES, I. M. A. P. (Orgs.). Uso simples, uso nocivo e dependência. IN: NERY FILHO; TORRES, M. I. A.P. (Orgs.). **Drogas: isso lhe interessa?** Confira aqui. Salvador: CETAD/UFBA/CPTT/PMV, 2002. 54 p.

NERY FILHO, A. **Prevenção sem medos e terapia sem estigmas**. Salvador, s.d. p. 68-72. Inédito.

NEVES, V. F. A. Pesquisa-ação e Etnografia: caminhos cruzados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. V. 1, n.1, São João del-Rei, jun. 2006.

NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ J. C. F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1993. 97 p.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ J. C. F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1997. 120 p.

NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ J. C. F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, (CEBRID/SENAD), 2003. 246 p.

NOTO, Ana Regina et al. **Catálogo de Instituições que assistem Crianças e Adolescentes em Situação de Rua em 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2004. p. 85-90.

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO. Versão 5.0 - Edição Revista e Atualizada. Dicionário Eletrônico, Positivo Informática Ltda, 2004.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga**: drogas e toxicômanos. Editora Brasiliense, São Paulo. 1980.

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena. N., Meninos de rua. IN: NERY FILHO; TORRES, M. I. A.P. (Orgs.). **Drogas: isso lhe interessa?** Confira aqui. Salvador: CETAD/UFBA/CPTT/PMV, 2002. p. 33-34.

O'HARE, P. Redução de Danos: alguns princípios e a ação prática. IN: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Orgs.). **Drogas e AIDS: estratégias de Redução de Danos.** São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 65-78.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2003. Cap. 19.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006. 152 p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, SP 2001.

RODRIGUES, H. B. C. Do arrependimento dos intelectuais ao triunfo da rosa: análise institucional francesa, estado e direitos humanos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 9, n.13, p. 89-108, jun. 2003.

ROQUE, A. J. J. A toxicodependência, a violência e a Cidade do Porto. In: **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas.** Paris, França: Éditions Scientifiques, ACODESS, 2002. p. 87-98.

SANTOS, M. F.; BASTOS, A. C. S., Padrões de interação entre adolescentes e educadores num espaço institucional: resignificando trajetórias de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** V. 15, n. 1, Porto Alegre, 2002.

SAWAIA, Bader. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 7-13.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos FUNDAP**, n. 19, p. 106-121, 1993.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. p. 11-135.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 (suplemento) Rio de Janeiro, p. 153-162, 2002.

TELLES, P. R. Estratégias de "Redução de Danos" e algumas experiências de Santos e Rio de Janeiro com usuários de drogas injetáveis. IN: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Orgs.). **Drogas e AIDS; estratégias de Redução de Danos.** São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 181-190.

WACQUANT, Loïc. **Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada.** 2º ed. Tradução João Roberto Martins Filho et al. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2001. Set. 2005. 224 p.

