

S A B E R E S  
E P R Á T I C A S  
N A A T E N Ç Ã O  
P R I M Á R I A  
À S A Ú D E

---

Cuidado à População em  
Situação de Rua e Usuários  
de Álcool, Crack e Outras  
Drogas

MIRNA TEIXEIRA  
ZILMA FONSECA  
organizadoras

HUCITEC EDITORA

A coletânea de artigos deste livro, fruto da heterogeneidade de inserção dos seus autores no campo da saúde pública, busca refletir sobre o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde bem como da abrangência social que o enfrentamento do crack, álcool e outras drogas por parte de populações em situação de vulnerabilidade social exige. A compreensão dos determinantes sociais e das políticas públicas que configuram esta realidade, a par com o conhecimento da sua face epidemiológica e organizacional, em especial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é a contribuição maior trazida pela sistematização e debate das experiências dos Consultórios na Rua apresentados nesse livro.

*Saúde em Debate* 253  
direção de  
Gastão Wagner de Sousa Campos  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Maria Cecília de Souza Minayo  
Marco Akerman  
Yara Maria de Carvalho  
ex-diretores  
David Capistrano Filho  
Emerson Elias Merhy  
Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-1592).  
*Ensaíos*. “Da semelhança dos pais com os filhos”.  
Trad. Sérgio Milliet

## SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2013

- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
- Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ)*, Suely Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
- Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*, Rosana Onocko Campos
- A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos*, Paulo Henrique Fernandes Silveira
- Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde* (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto & Alexandre de Oliveira Henz
- Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha & Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
- Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares*, Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
- Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva*, Giovanni Gurgel Aciole
- Diálogos sobre a Boca*, Carlos Botazzo
- Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos*, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva & Samira Valentim Gama Lira
- Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos*, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy
- Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração*, Ana Maria Canesqui (org.)
- Os Hospitais no Brasil*, Ivan Coelho
- As Bases do Raciocínio Médico*, Fernando Queiroz Monte
- A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil--Militar (1964-1985)*, Felipe Monte Cardoso
- Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização*, Ana Luiza d'Ávila Viana
- Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (orgs.)
- Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS*, Kathleen Elane Leal Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
- Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios*, José Patrício Bispo Júnior (org.)
- Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
- Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
- Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)
- As Ciências Sociais na Educação Médica*, Nelson Filice de Barros
- Os Mapas do Cuidado: o Agir Leigo na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Graça Carapinheiros & Rosemarie Andrezza (orgs.)
- Saúde que Funciona: a Estratégia Saúde da Família no Extremo Sul do Município de São Paulo*, Davi Rumel & Adélia Aparecida Marçal dos Santos (eds.)
- A reformulação da clínica e a gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas*, Bernadete Perêz Coelho
- Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Alcool, Crack e Outras Drogas*, Mirna Teixeira & Zilma Fonseca (orgs.)
- Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma*, Carlos Augusto Monteiro & Renata Bertazzi Levy (orgs.)

OS DEMAIS TÍTULOS DA COLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE ACHAM-SE NO FIM DO LIVRO

*Saberes e práticas na  
Atenção Primária à Saúde*

Cuidado à População  
em Situação de Rua  
e Usuários de Álcool,  
Crack e Outras Drogas



MIRNA TEIXEIRA  
ZILMA FONSECA  
organizadoras

*Saberes e práticas na  
Atenção Primária à Saúde*

Cuidado à População  
em Situação de Rua  
e Usuários de Álcool,  
Crack e Outras Drogas

HUCITEC EDITORA  
São Paulo, 2015

© Direitos autorais 2014,  
Mirna Teixeira e Zilma Fonseca.  
Direitos de publicação reservados por  
Hucitec Editora Ltda.,  
Rua Águas Virtuosas, 323  
02532-000 São Paulo, SP.  
Telefone (55 11 2373-6411)  
www.huciteceditora.com.br  
lerereler@huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Coordenação editorial  
MARIANA NADA

Assessoria editorial  
MARIANGELA GIANNELLA

Circulação  
comercial@huciteceditora.com.br / jmlivros@gmail.com  
Tel.: (11)3892-7772 – Fax: (11)3892-7776



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de Ambiente,  
Atenção e Promoção da Saúde

**GTPACD  
/FIOCRUZ**

CIP-Brasil. Catalogação-naFonte  
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

S119

Saberes e práticas na atenção primária à saúde : cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2015.

263 p. ; 21 cm. (Saúde em debate ; 253)

Apêndice  
Inclui índice  
ISBN 978-85-8404-043-8

1. Saúde pública. 2. Promoção da saúde. 3. Política de saúde. I. Teixeira, Mirna. II. Fonseca, Zilma. III. Série.

15-22247

CDD 362.10981  
CDU 614.2(81)



Dedicado às pessoas vivendo em situação de rua, muitas delas usuárias de álcool, crack e outras drogas e aos dedicados profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado.

E aqueles que foram vistos dançando foram julgados como insanos por aqueles que não podiam escutar a música.

— FRIEDRICH NIETZSCHE



## *Sumário*

<b>Apresentação</b>	15
<i>Valcler Rangel</i>	
<b>Introdução</b>	19
<i>Mirna Teixeira &amp; Zilma Fonseca</i>	
Parte I	
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
Capítulo 1	
<b>Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua</b>	27
<i>Alexandre Teixeira Trino, Marcelo Pedra Martins Machado &amp; Rosana Ballesterro Rodrigues</i>	
<b>Debate</b>	45
Capítulo 2	
<b>Eixos estruturais da práxis em saúde pública do Consultório na Rua POP RUA do Rio de Janeiro</b>	57
<i>Cláudia Gomes de Paula e Silva</i>	

Capítulo 3	
<b>Promoção da Saúde: relato da experiência da Equipe de Consultório na Rua Teias-Escola Manguinhos-Ensp-Fiocruz</b>	69
<i>Mirna Teixeira, Christiane Sampaio, Marcelo Soares, Carla Lima, Valeska Antunes, José Dellaney Lima, Anderson Araújo, Wagner Mendonça, Rejane Mello, Daniele Lopes &amp; Elyne Engstrom</i>	
Capítulo 4	
<b>Território de pedra</b>	87
<i>Rodrigo Silva Simas &amp; Daniel de Souza</i>	
Capítulo 5	
<b>Experiência da Equipe PSF Sem Domicílio, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo</b>	100
<i>Vera Martinez Manchini</i>	
<b>Debate</b>	104
Capítulo 6	
<b>Experiência da ESF Sem Domicílio de Porto Alegre</b>	122
<i>Isabel Munaretti</i>	
Capítulo 7	
<b>Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua</b>	125
<i>Jorgina Sales Jorge &amp; Roberta Dorvillé Moreira</i>	
Capítulo 8	
<b>Consultório na Rua do Recife: uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua</b>	137
<i>Genivaldo Francisco &amp; Luciana Espíndola</i>	
<b>Debate</b>	147
<b>Roda de conversa com gestores</b>	152

## Parte II

### CRACK É O PROBLEMA?

#### Capítulo 9

Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas 179

*Dênis Roberto da Silva Petuco*

#### Capítulo 10

Uma etnografia das cenas de uso de crack no Rio de Janeiro e seus efeitos nos usuários 201

*Danielle Valim, Alba Zaluar & Christiane Sampaio*

#### Capítulo 11

Pesquisas clínicas com usuários de crack: dados clínicos dos usuários de crack 217

*Felix Kessler*

#### Capítulo 12

Usuários de crack : escuta e clínica ampliada 222

*Marise Ramôa*

#### Capítulo 13

Apresentação do perfil epidemiológico dos usuários do crack: pesquisa social com a apresentação do recorte do perfil de Mangueiras 232

*Francisco Inácio Bastos*

Debate 238

Rodas de conversa 243

Bibliografia Referenciada 241

Sobre os Autores 259

## *Siglas*

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCPL	Cooperativa Central de Produtores de Leite
CD	compact disk (disco compacto)
Cebrid	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
Cecco	Centros de Convivência e Cooperativa
Cetad	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
Ciaps	Centro Integrado de Assistência Psicossocial
CnaR	Consultório na Rua
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
Confen	Conselho Federal de Entorpecentes
Conad	Conselho Nacional Antidrogas
Conad	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CR	Consultório na Rua
Craf	Centro de Recepção de Adultos e Famílias
Cras	Centro de Referência em Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde
Degase	Departamento Geral de Ações Sócio Educativas
DOU	Diário Oficial da União
DS	Distritos Sanitários
DST	Doença Sexualmente Transmissível
eCR	Equipe de Consultório na Rua
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Erijad	Equipe de Referência Infanto-juvenil para Ação e Atenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família

EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fiotec	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Fipe	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas,
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
Laborat	Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde
MS	Ministério da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nepad	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas
Nida	National Institute on Drug Abuse (EUA)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PSF	Posto de Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
QG	Quartel-General
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RED	Registro de Extravio de Documento
Said	Serviço de Atenção Integral ao Dependente de Álcool e Outras Drogas
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Senad	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
Siapes	Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
Suas	Sistema Único de Assistência Social

Subpav	Superintendência de Promoção, Atenção e Vigilância
Suipa	Sociedade União Internacional Protetora dos Animais
SUS	Sistema Único de Saúde
Teias	Território Integrado de Atenção à Saúde
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
Uerj	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora



## Apresentação



**É** com grande satisfação que a Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da Fundação Oswaldo Cruz apoia esta publicação, uma das pioneiras na abordagem do processo de implementação dos Consultórios na Rua em diversas cidades brasileiras. Os relatos de experiências aqui narrados constituem uma base para o fortalecimento e aperfeiçoamento deste dispositivo tão fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Sistema Único de Saúde.

A Presidência da Fiocruz criou, em maio de 2014, o Programa Institucional para Apoio a Pesquisas e Políticas sobre Álcool, Crack e outras Drogas (PACD). O principal objetivo da iniciativa é apoiar pesquisas, eventos científicos e a articulação entre pesquisadores e demais atores sociais no debate sobre as diferentes interfaces do uso de substâncias psicoativas.

O programa conta atualmente com um Grupo de Trabalho coordenado pelo epidemiologista Francisco Inácio Bastos, pesquisador do Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) e autor de um dos capítulos do livro. O GT reúne pesquisadores da Fiocruz de diversas áreas de conhecimento, visando colocar em diálogo as iniciativas relacionadas ao tema dentro e fora da Fundação, abordando a questão na sua complexidade e com suas múltiplas interfaces com a sociedade.

As bases conceituais do programa são orientadas pelo desejo de transpor o paradigma da repressão, entendendo o abuso de substâncias como resultado de questões biopsicossociais e defendendo

práticas de cuidado e respeito ao direito de usuários de substâncias psicoativas, seja o uso prejudicial ou não. É necessário enfrentar o estigma e preconceito em torno do assunto. Este livro caminha nesse sentido, buscando identificar boas práticas, investindo na sistematização dessas metodologias e capacitação de equipes multidisciplinares nos municípios com a finalidade de disseminar experiências exitosas.

Os Consultórios na Rua (CnaR) visam garantir os direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade social, que sofrem diretamente as consequências das desigualdades socioeconômicas e dos determinantes sociais que influem de forma aguda e crônica na qualidade de vida, no bem-estar no processo saúde-doença dessas pessoas.

Conforme afirmam as organizadoras, Mirna Teixeira e Zilma Fonseca, “o objetivo principal com a publicação desse livro é compartilhar, sistematizar conceitos estratégicos para as práticas de saúde, trazer metodologias de como fizemos, o que deu certo, o que poderíamos avançar, integrando saberes da clínica, da saúde coletiva e do campo da subjetividade e singularidade dos sujeitos para a produção de saúde”.

O Consultório na Rua é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica. Uma das principais características dessa metodologia é a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra, levando em consideração suas condições de vida, facilitando o seu acesso à rede de serviços do município, oferecendo assistência interdisciplinar, cidadania e dignidade.

Nossa contribuição direta também está associada ao desenvolvimento do trabalho de uma equipe em Manguinhos viabilizada numa parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, um desafio instigante no interior do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias)-Escola Manguinhos.

São consideradas diferentes necessidades de saúde, dentro das quais se trabalha junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos. Essas equipes possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante nas ruas desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades

Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.

Devem ser garantidas às equipes de CnaR, acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.

É importante salientar que para além dos CnaR outros dispositivos que integram a Raps devem estar em operação de forma integrada no território para que de fato a rede seja capaz de atender às demandas da população. Ainda, é necessária a capacitação de profissionais e a ampliação do número de Caps ad e Caps ad 24 horas, Centros de Convivência e dispositivos de Atenção Residencial de Caráter Transitório, dentre Unidades de Acolhimento de curto período e Serviços de Atenção em Regime Residencial para períodos mais longos, respeitando sempre a dignidade e liberdades do usuário e garantindo seus direitos como cidadão, evitando qualquer constrangimento moral, religioso ou laboral.

Complementarmente, também é crucial a implementação de programas intersetoriais que promovam de forma estável e digna o direito à moradia e garantia de oportunidades de trabalho e geração de renda para pessoa em situação de alta vulnerabilidade social.

A Fiocruz, por meio de seu Programa Institucional, deseja colaborar para que o fortalecimento da Raps nos municípios brasileiros e que a parceria entre as diversas esferas de governo, a rede de serviços nos territórios e a sociedade renda bons frutos, permitindo que experiências semelhantes se multipliquem e se consolidem em todo o nosso país. Esse livro é fruto desse desejo.

Boa Leitura!

— VALCLER RANGEL

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz



## Introdução



ESTE LIVRO é fruto do esforço de compreensão e sistematização das práticas das equipes Consultórios na Rua (CnaR) de diferentes realidades brasileiras no atendimento à população de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. O pressuposto é que a troca de experiência e a reflexão coletiva sobre a prática em diferentes contextos nacionais contribuem para o enriquecimento do conjunto de profissionais envolvidos no processo. A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), por meio do Programa Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias)-Escola Mangueiras, em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, promoveu um Seminário: “Experiências na Atenção Primária em Saúde com População de Rua e I Oficina Crack e outras drogas: Crack é o problema?”. Esse evento aconteceu em setembro de 2012, em três dias de trabalho com mesas-redondas, grupos de trabalho e muito debate. Contou com o engajamento de numerosos profissionais que trabalham com população em situação de rua e com o cuidado com usuários de crack e outras drogas, gestores e pesquisadores. Algumas experiências de CnaR consideradas exitosas foram apresentadas nas cidades de Recife, Maceió, São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro. A demanda de mais de seiscentas inscrições com um público participante de quatrocentas pessoas demonstrou o interesse pelo tema tanto no âmbito da academia quanto dos serviços de saúde e assistência social.

Os conteúdos, organizados como coletânea de textos elaborados por diferentes autores, buscam refletir os conhecimentos e as

práticas de profissionais de saúde, gestores e pesquisadores que participaram do processo de implantação dos primeiros Consultórios na Rua — dispositivos de cuidado aos usuários de crack e outras drogas junto à população de rua.

Nesse período de três anos (2010-2013), vivenciamos muitas práticas de saúde inovadoras no âmbito da atenção primária em saúde (APS) em um território de saúde do município do Rio de Janeiro: Manguinhos. Desenvolve-se nesse bairro, desde 2010, uma iniciativa de cogestão da atenção primária à saúde, denominado Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias)-Escola Manguinhos, uma parceria entre a Superintendência de Promoção, Atenção e Vigilância (Subprav) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz.

Manguinhos é um bairro com grande vulnerabilidade social, tem cerca de quarenta mil habitantes e, como tantos outros bairros de grandes metrópoles, encontra problemas e desafios para efetivar uma APS que permita acesso e qualidade. Em três anos de atuação em Manguinhos, muitos passos foram dados na construção de uma atenção primária efetiva, integral, participativa. Ao enfrentarmos os desafios de implantar um modelo de atenção primária voltado para a defesa da vida e do desenvolvimento humano, buscamos construir conhecimentos e práticas que possam colaborar para outras localidades e cidades brasileiras, de forma que favoreça o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

No primeiro ano da experiência, em um processo de transição de modelo técnico-assistencial, adotou-se de forma universal, o modelo da estratégia saúde da família — com cem por cento de cobertura no território. Atuou-se em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (2011) do Ministério da Saúde e com as proposições decorrentes da reforma da atenção primária de saúde na cidade do Rio de Janeiro.

Sabe-se que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem custos menores e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social (Starfield, 2002; WHO, 2008). No entanto, no cotidiano das ações voltadas à atenção à saúde, observa-se que não

se constitui em um processo simples a efetivação de um novo modelo de atenção primária, no qual seus atributos básicos – primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade da atenção e coordenação do cuidado, sejam implementados. Soma-se a esse desafio da APS, a dificuldade de os serviços de atenção básica atuarem no cuidado à população em situação de rua e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Nesse sentido, muito tem-se avançado nas formulações de uma atenção primária integral, porém existe ainda muita heterogeneidade no que se refere aos modos de operar tais políticas, objeto das práticas de saúde, sejam no campo da saúde coletiva, da epidemiologia ou clínica. Ao compartilhar nossas reflexões e conhecimentos (os *Saberes*) aplicados ao cotidiano dos serviços de saúde (as *Práticas*), esperamos contribuir para outros tantos gestores, profissionais, pesquisadores e alunos comprometidos com a saúde da família.

A busca de conhecimentos científicos, tecnológicos e de inovações que permitam contribuir para enfrentar os grandes desafios do SUS é hoje um compromisso institucional da Fiocruz, que está presente nos grandes debates nacionais na saúde pública. Nossa experiência é parte dessa missão institucional e ao divulgar o conhecimento apreendido no *campo*, certamente compartilhamos processos inovadores de gestão e de atenção à saúde.

No entanto, existe uma carência importante em publicações que articulem saberes e práticas e que possam interessar aos que desejam exercitar mudanças nas práticas da APS.

Em consonância com uma de suas diretrizes — a produção de conhecimento no campo da saúde mental, com ênfase na temática de crack, álcool e outras drogas — o Programa Institucional da Fiocruz para o apoio ao desenvolvimento de estratégias de resposta às questões relacionadas ao consumo abusivo de álcool, crack e outras drogas (Portaria 906/2014-PR) assume esta publicação e a sua divulgação junto aos Consultórios na Rua (CnaR) em funcionamento no País.

Acreditamos que este livro possa contribuir para superar essa lacuna, colaborando para integrar conhecimento e prática entre os profissionais de saúde que compõem a atenção básica no País,

gestores, estudantes e docentes de graduação e pós-graduação interessados na APS.

Portanto, o objetivo principal da publicação desse livro é compartilhar, sistematizar conceitos estratégicos para as práticas de saúde, trazer metodologias *de como fizemos, o que deu certo, o que poderíamos avançar*, integrando saberes da clínica, da saúde coletiva e do campo da subjetividade e singularidade dos sujeitos para a produção de saúde. O campo da atenção primária como responsável por pessoas vivendo nas ruas, muitas delas usuárias de crack e outras drogas, é muito recente. Foi explicitado na revisão da Política Nacional de Atenção Básica lançada em final de 2011 com a flexibilização de modelos de atenção, nova composição de equipes que não atuassem com área adscrita e sim com população vinculada — essencial para moradores de rua, que migram de forma dinâmica nos espaços urbanos. O Programa Teias-Escola Manguinhos, em razão da grande necessidade de cuidado às pessoas que estavam em situação de rua em Manguinhos — na maioria usuários de crack, implantou sua eCR em setembro de 2011, antes mesmo de sair o decreto federal que institui a modalidade da Equipe de Consultório na Rua (eCR). As atividades das equipes, previstas no decreto, incluem todo o rol de cuidados primários, com ênfase na busca ativa dos usuários de álcool e outras drogas tendo como pressuposto a redução de danos.

Uma particularidade de Manguinhos, diferente do território de outras eCR, é a alta proporção de usuários de álcool, crack e outras drogas na população em situação de rua que se encontram nas cenas de uso de drogas conhecidas, no senso comum, como “crackolândias”. Uma das características do crack é a busca rápida e contínua da droga, gerando, assim, um ciclo de uso que muitas vezes faz com que os usuários fiquem mais próximos dos lugares de compra e uso da droga, abandonando os locais de moradia e quebrando o elo com suas famílias. Esses usuários de crack que moram nas ruas, configuram o que se poderia denominar de *desfilhados* do sistema social, visto que vivenciam tanto a ruptura em relação à ordem de produção como a ruptura dos vínculos.

Nesse contexto, as pesquisas, os seminários e as trocas de experiência são dispositivos relevantes para aprofundar o tema do



crack e discutir as práticas de integralidade do cuidado no atendimento a pessoas em situação de rua. Assim, por meio da troca de experiências e reflexão teórica entre os serviços públicos de saúde na APS, apostamos no avanço na construção de metodologias e práticas de cuidado mais humanizadas e eficientes na atenção a essa população em situação de grande vulnerabilidade social.

O livro está organizado em duas partes. A Parte I sistematiza as discussões sobre a “Atenção Primária em Saúde: População em Situação de Rua” e é composta por oito capítulos. O primeiro capítulo apresenta os principais conceitos que norteiam o cuidado junto a população e os demais capítulos trazem reflexões a partir do trabalho realizado por sete equipes que atuam em três áreas da cidade do Rio de Janeiro (Centro, Manguinhos e Jacaré/Jacarezinho) e nas cidades de São Paulo, Porto Alegre, Maceió e Recife. Esta Parte apresenta as experiências práticas tanto de equipes de “Consultório de Rua” como de equipes já nos moldes de “Consultório na Rua”,<sup>1</sup> de diversos municípios do Brasil, com o cuidado à população em situação de rua. Essas diferentes modalidades de equipe existentes e as consequências práticas no processo de trabalho em campo no âmbito da APS são discutidas no livro.

A Parte II apresenta as discussões em torno de uma indagação — “Crack é o problema?” — e se estrutura em seis capítulos. Nesses capítulos, pesquisadores e gestores apresentam as temáticas relacionadas ao cuidado com os usuários de crack e outras drogas abordando, em sequência: a Política Pública de Drogas no Brasil e em âmbito internacional; Perfil Etnográfico de cenas de uso de Crack; Pesquisas Clínicas com usuários de crack; Escuta e Clínica Ampliada com usuários de crack e Perfil Epidemiológico de usuários de crack. Um capítulo se apresenta de forma bem diferenciada,

1 As Equipes de Consultório *de* Rua criadas no final da década de 90 no âmbito da Saúde Mental foram realinhadas às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica reeditada em 2012, quando esta reconhece, ante a heterogeneidade brasileira, a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre elas, aquelas voltadas para populações vivendo em situação de rua. Dessa forma, criam-se as equipes de Consultório *na* Rua (CnaR) como modelo de atenção primária flexível e adaptável à realidade das pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, tendo como referências as Unidades Básicas de Saúde/SUS.

buscando captar e mostrar, *apenas por meio de imagens*, a situação encontrada e o cuidado praticado com a população em situação de rua e os usuários de crack por equipes Consultórios na Rua (CnaR). Na Parte I, *A Roda de Conversa com Gestores* aborda aspectos mais abrangentes do contexto dessa população e das atribuições e atuação dessas equipes. Na Parte II *As Rodas de Conversa* abarcaram os temas: Determinantes sociais e vulnerabilidades dos usuários de crack, Rede de Cuidados aos usuários de crack, e Abordagem da Redução de Danos.

Os Debates, que se caracterizam por expressar, de forma vibrante e muitas vezes polêmica, os principais desafios que surgem nessas práticas de cuidado, constam da Parte I e da Parte II. Com este livro, esperamos colaborar para conhecer, difundir e debater as experiências na Atenção Primária em Saúde (APS) relacionadas à atenção à população em situação de rua e aprofundar a temática do crack e os limites e possibilidades de atuação das equipes de saúde, tendo como fundamento a integralidade do cuidado. Assim como, ao abordar algumas experiências na APS para população de rua, em diferentes regiões do Brasil, identificar práticas e estratégias de intervenção que contribuam para o fortalecimento das equipes de consultório na rua no âmbito da APS; discutir a temática do crack e outras drogas com a apresentação do perfil e etnografia dos usuários e estratégias de cuidado e analisar as possibilidades de enfrentamento do crack a partir de uma análise dos limites e potencialidades de atuação das equipes de saúde.

— MIRNA TEIXEIRA e ZILMA FONSECA

Primeira Parte

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:  
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA



# 1

## Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua

ALEXANDRE TEIXEIRA TRINO  
MARCELO PEDRA MARTINS MACHADO  
ROSANA BALLESTERO RODRIGUES



**E**STE CAPÍTULO dedica-se a percorrer conceitos, que podem ser norteadores do Cuidado junto à população em Situação de Rua e ampliar reflexões acerca dos processos de trabalho das Equipes de Consultório na Rua, que são voltadas para o atendimento a esta população, sendo também um ponto de atenção que compõe à Rede de Atenção Psicossocial, devendo estar vinculados a uma ou mais Unidades Básicas de Saúde.

Os Consultórios na Rua nasceram de experiências da Atenção Básica dirigidas à população em situação de rua nas cidades de Belo Horizonte, Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro. Concomitante a esse movimento, surgem os Consultórios de Rua, com experiências inicialmente na Cidade de Salvador, focadas na atenção à dependência química nessa população e que posteriormente, por meio de edital de projetos promovidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, iriam replicar-se em mais de cinquenta municípios do Brasil. É da junção dessas duas experiências que nasce o Consultório na Rua.

Os Consultórios na Rua, serviço componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial, deve contar com uma equipe multiprofissional, composta a partir das demandas e realidades locais. Suas ações devem ser compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, Caps, Serviços de Urgência e Emergência e

outros pontos de atenção. Se queremos produzir a inserção dessa população no SUS, fundamentalmente é necessário que seja pela principal porta de entrada do Sistema, ou seja, por uma Unidade Básica de Saúde, sem no entanto ficarmos circunscritos somente aos campos de atuação aos quais estamos vinculados.

Assim, destacamos uma citação da Política Nacional de Atenção Básica (2011):

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (Brasil, 2011).

É preciso investir na formação das equipes das Unidades Básicas de Saúde, e oferecer suporte ao trabalho dos Consultórios na Rua. Além disso, é preciso que o cuidado seja compartilhado localmente, no território, investindo na articulação com todas as outras políticas públicas. Investir na qualificação das equipes, e no fortalecimento das redes intersetoriais. Qualificar os serviços tendo como diretriz o acolhimento, incidindo não apenas nas relações das equipes com as pessoas em situação de rua, mas também entre estes e os demais usuários dos serviços.

Os Consultórios na Rua devem estar vinculados a uma ou mais Unidade Básica de Saúde, com o propósito de propiciar importante porta de entrada para que essa população em situação de Rua se vincule e se insira no SUS. Não obstante, é preciso ter claro que no trabalho cotidiano, os Consultórios na Rua extrapolam essa exclusividade. O vínculo das pessoas em situação de rua atendidas deve levar em consideração a proximidade com esta ou aquela UBS, e não o vínculo institucional do Consultório na Rua; é a

proximidade geográfica das pessoas atendidas com a UBS que deve ser levada em consideração, na hora de se proceder o vínculo.

Há três modalidades de Consultório na Rua:

- ◆ Modalidade 1: composta de dois profissionais de nível superior e dois de nível médio;

- ◆ Modalidade 2: composta de três profissionais de nível superior e três de nível médio;

- ◆ Modalidade 3: composta de três profissionais de nível superior, três de nível médio e um profissional médico.

Os profissionais que podem compor as equipes de Consultórios na Rua são: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal.

A seguir, explanamos os conceitos que consideramos fundamentais para os processos da gestão e do trabalho na promoção do Cuidado junto à População em Situação de Rua.

## 1. Conceito de População em Situação de Rua

Considerando a multiplicidade de situações vivenciadas por este segmento populacional, tanto em âmbito pessoal quanto social, os fatores de ida para as ruas, suas estratégias de sobrevivência, novos formatos de socialização e construção de vínculos, tal conceito, por si só, se configura um amplo espectro de referenciais, e dessa forma consideramos relevante citar alguns conceitos relevantes para nossa discussão que Órgãos oficiais nacionais e internacionais utilizam sobre População em Situação de Rua.

Inicialmente, o conceito utilizado internacionalmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) caracteriza a “população em situação de rua” como: “1) «Desabrigados» ou *shelterless*, — indivíduos que vivem na rua por falta de local de moradia devido a tragédias naturais, guerras e desemprego em massa e 2) Os denominados «*homeless*», aqueles que não se enquadram nas hipóteses elencadas como de desabrigados”.

Consideramos importante citar em âmbito nacional o conceito da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe, 2000),

que considera população em situação de rua como “segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade — praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto — em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaça de veículos. Também são pessoas em situação de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais”.

Também citamos como referência o conceito utilizado pelo Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS): “grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas, desenvolvidas nas ruas, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular”.

Dessa forma e como se pode constatar nos conceitos referidos acima, a definição de pessoa em situação de rua é algo extremamente complexo. Na implementação da política regional, no território, nas diversas cidades, é preciso ressignificar esse conceito, que varia com a realidade de cada território. “Pessoa em situação de rua” numa cidade como o Rio de Janeiro deve ser diferente do que significa “pessoa em situação de rua” em uma cidade do Acre, por exemplo. Trata-se, portanto, de um conceito diverso, e essa diversidade precisa ser considerada tanto pelos gestores quanto pelas equipes, no ato de implementação das políticas.

Este esforço reflexivo das equipes e dos gestores permite observar a produção de rótulos e estigmas locais, assim como uma série de referenciais que emanam da rua, e que serão fundamentais para caracterizar e definir essa população.

Não obstante considerarmos os referenciais conceituais sobre População em Situação de Rua citados acima, é também fundamental ter muito clara a necessidade de caracterizar e definir a população em situação de rua de acordo com as especificidades locais do território em que se encontra esta população e problematizar entre os trabalhadores e gestores, não só da saúde, mas de todas as políticas que atuam intersetorialmente o quanto esta caracterização da população em situação de Rua deve ser considerada



no dinamismo do território vivo e diante de uma permanente atualização de sua cartografia.

## 2. Caracterização e Especificidades da População em Situação de Rua

Dados produzidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 71 municípios entre 2007 e 2008 trazem alguns achados socioeconômicos importantes para as equipes que se dedicam ao trabalho com essa população, até para que se possa desconstruir alguns mitos e estigmas referentes a essa população específica. 70,9% desta população, por exemplo, exerce algum tipo de atividade remunerada; 51,9% das pessoas têm algum parente na cidade em que se encontram; 19% não conseguem se alimentar pelo menos uma vez por dia. Quanto aos principais motivos para estar em situação de rua: a pesquisa mostra que 29,1% foram para rua por conta de desavenças familiares; 35,5% por causa do uso de álcool e outras drogas; o desemprego aparece como causa para 29,8% dos entrevistados. Como se pode ver, as causas para estar em situação de rua não se restringem a questões socioeconômicas.

Portanto, é preciso muito cuidado com a lógica que opera no afã de remover as pessoas das ruas a qualquer custo, com foco eminentemente voltado para uma “higienização” dos logradouros públicos e sem entender todo o contexto pelo qual cada indivíduo se encontra e que o levou para estar em situação de rua. Entender esse contexto como processual e estabelecer políticas junto a essa população que se traduzam em reais e efetivas formas de inclusão a serem instituídas de forma contratualizada e em ato com os diversos atores em território, legitimam a Integralidade das ações junto a essa população e, mais do que isso, produzem vínculos importantes para a atenção e a produção do cuidado junto a ela.

A saúde da População em Situação de Rua é um fenômeno multidimensional e complexo. Essa população é composta por pessoas de todas as faixas etárias, com os mais diversos perfis. Há inúmeras especificidades no atendimento em saúde dirigido a

pessoas em situação de rua: são mais vulneráveis a problemas de saúde, à violência e às variações climáticas, é comum que sua alimentação seja incerta, e que tenham relações sexuais desprotegidas. Muitas vezes têm dificuldades de acesso a água limpa e a locais adequados para higiene pessoal e necessidades fisiológicas, e também para dormir. Juntam-se a tanto, questões relativas ao estigma, ao olhar preconceituoso dos transeuntes, que pode ser de nojo, medo, raiva, ou mesmo um “não olhar”. Um sentimento de invisibilidade perpassa essa população.

Dada a complexidade de situações, de demandas e de necessidades que esta população tem, é imprescindível o investimento focado no cuidado compartilhado e implicado em rede. Para isso, é fundamental aos gestores e trabalhadores o investimento em processos de gestão e trabalho que garantam a sustentabilidade das redes. Não se pode construir redes apenas para se servir delas. Redes que não são cooperativas, que não compartilham, que não têm implicação e responsabilização, são insustentáveis.

O compartilhamento do cuidado e o fortalecimento das redes intersetoriais são fundamentais. Mas, para que tais esforços tenham êxito, é também importante um trabalho de alinhamento conceitual e de ações, que se viabiliza no diálogo permanente entre os diversos atores e equipamentos do território, e que, por seu turno, torna possível a realização de ações integradas intersetorialmente. Tudo funciona melhor quando operamos com conceitos sinérgicos.

Dentre os principais desafios aos profissionais de saúde que atuam junto a esta população está o esforço na busca da adesão aos tratamentos, o cadastramento, a garantia de acesso, a construção de vínculo e o acompanhamento contínuo e longitudinal da saúde dos indivíduos em situação de rua.

Para tanto, é necessário compreender como se dá o percurso desses indivíduos na sua ida para a rua, e todo o seu processo de exclusão. Esses sujeitos, que em algum momento tiveram uma vivência com determinados grupos sociais, com casa, um teto, trabalho e pertencentes a uma família e a uma comunidade, com vínculos sociais e afetivos, por inúmeras razões se encontram em situação de rua. Por algum motivo, seus laços sociais anteriores sofreram ruptura. Uma vez na rua, esses sujeitos passam a vivenciar

processos de exclusão, de violência, de repressão, de perda de vínculos e de referências, de marcação de estigmas e rótulos.

Ao mesmo tempo, esses sujeitos desenvolvem potentes mecanismos de resiliência, de adaptabilidade à rua, criam seus códigos, e novas formas de viver, de se comunicar e de se integrar com uma comunidade de pessoas, que pela própria condição adversa de vida, têm sua própria ética e seus próprios códigos de conduta. Na passagem à vida nas ruas, desenvolvem-se mecanismos para lidar com a nova realidade, que implicam, por exemplo, a reprodução, na rua, das mesmas dinâmicas que eram anteriormente vividas em família.

A observância desses fatores e dessas dinâmicas permitem às equipes de Consultórios na Rua uma ampliação de sua capacidade de atuação. A valorização de tal capacidade de resiliência que os indivíduos em situação de rua adquirem, podem contribuir para que encontrem ferramentas para resgatar internamente seus sentimentos de pertencimento, e assim ampliar a potência do trabalho realizado.

Por fim, cabe salientar a importância dos Conselhos Locais de Saúde, como espaços em que se pode e deve levar os temas relevantes ao atendimento de pessoas em situação de rua.

Há também no âmbito do Governo Federal um comitê interministerial para garantir a implementação da Política Nacional para População em Situação de Rua. As cidades que quiserem criar comitês municipais terão apoio financeiro do Governo Federal (Portaria 7.053/2009). Esse recurso não vem do Ministério da Saúde, mas desse comitê interministerial. Os comitês municipais, se fortalecidos e empoderados, podem levar à frente processos importantes para implementação de políticas no cotidiano das cidades, no que diz respeito a ações e projetos para a População em Situação de Rua.

### 3. Conceito de Sujeito de Direitos e Deveres

A pessoa humana constitui-se cercada por valores socialmente construídos, que a insere em universo de direitos e deveres. Pensar o conceito de sujeito de direitos e deveres em sua forma mais original traz consigo a ideia de dignidade humana, permeada por múltiplos

significados e que devem ser considerados e respeitados pelo meio social em que a pessoa vive. Esse reconhecimento protege a dignidade da pessoa humana e promove sua liberdade e autonomia de projetar a própria vida e se comprometer com seu mundo e a sociedade em que vive.

Ao viver em um mundo também habitado por outros indivíduos, o sujeito é obrigado a respeitar os direitos alheios e cumprir os deveres necessários à vida em sociedade. Surge, com isso, a necessidade de o homem seguir valores e regras morais, pois somente dessa maneira ele poderá conviver de forma justa, livre e solidária com o próximo. O sujeito passa a também se definir pelos padrões compartilhados de comportamento e pelas obrigações que regulam sua existência com os outros membros da sociedade. Trata-se aqui do indivíduo capaz de viver em companhia dos demais, de definir os rumos de sua própria história e, finalmente, de decidir ou escolher, com base em regras, valores e princípios morais, aquilo que é melhor para si e para a comunidade à qual pertence (Pequeno, 2011, p. 154).

Assim, o processo de constituição do sujeito de direitos e deveres se dá de forma ativa, no mundo da vida e de forma tal que transforme tal realidade no reconhecimento, defesa e promoção de seus direitos e deveres em ações permanentes não só do sujeito em si, mas fundamentalmente de todos, incluindo aí o próprio Estado.

Equipes de Consultórios na Rua, operando a partir dessa concepção, tem por implicação um trabalho que ultrapassa e amplia a dimensão sanitária, incluindo de modo afirmativo a inclusão social dos sujeitos atendidos.

Vale lembrar a importância de fortalecer o sujeito de deveres e chamar atenção para os riscos de um foco somente no sujeito de direitos produzindo paternalismo, assistencialismo e ações somente de fundo caritativo. Mais do que isso, é fundamental produzir corresponsabilização em que, mediante um contrato de intenções e de convivência, o usuário em situação de rua e o trabalhador da saúde possam protagonizar uma relação produtora de Autonomia.

#### 4. Conceito de Autonomia e Tutela

Achamos pertinente destacar os conceitos de Autonomia e Tutela, para a promoção do cuidado junto à população em situação de rua, tendo em vista estarem quase sempre numa linha muito tênue, relacionados às medidas protetivas e sociais do Estado a sujeitos quase sempre em vulnerabilidade ou aos considerados incapazes.

Existe um tipo de Tutela imposta pelo Estado que se expressa como castração e anulação do outro, normalmente voltadas por posturas meramente assistencialistas e caritativas e que atuam perante o indivíduo apenas fortalecendo sua passividade e vitimização.

Por outro lado, existem outras expressões de Tutela igualmente outorgadas pelo Estado, mas que podem ser instrumento de produção de Autonomia, atuando com ferramentas que podem aumentar a governabilidade de si e de sua vida como direito de cidadania, apropriada, autêntica e entendida como base para um contrato social entre o indivíduo e todos nós.

No campo da Saúde, em especial no âmbito da Saúde Mental, esse tema é mais frequentado, pois tangencia questões muito importantes para a Reforma Psiquiátrica, e todo o potencial que a desinstitucionalização manicomial trouxe para o cuidado e a clínica de saúde mental, no que diz respeito à produção de autonomia dos doentes mentais e o seu processo de inclusão social, resgate de sua identidade, e sua reestruturação como sujeitos e cidadãos, que, como afirma Biehl (2008), desconstroem o uso da “loucura”, e das doenças que a tangenciam, como penalidade em perfil meramente de controle e tutela.

Populações desprovidas economicamente e que de alguma forma são consideradas em estado de extrema vulnerabilidade, como as pessoas em situação de rua, principalmente as crianças e idosos, respaldados por leis de proteção social, recebem uma tutela do Estado que pode expressar-se na forma de um benefício, e que vêm quase sempre, articuladas a práticas protetivas, mas de cunho pautado pelo recolhimento a abrigos desprovidos do mínimo necessário para acolher essas pessoas e, quando muito, com perfil meramente assistencialista.

Uma importante vertente dessa análise entre Tutela e Autonomia acontece também entre as diferentes possibilidades de vida entre jovens de classes sociais diferentes, levando em consideração o acesso aos direitos sociais — saúde, educação, cultura, lazer e outros —, aos bens materiais e à sua possibilidade de inclusão no campo do trabalho, se constituindo assim, em parâmetros importantes para se refletir à luz desses conceitos, e os fatores que os levam da Tutela à Autonomia. Essa análise pode desdobrar-se no papel das instituições sociais e o protagonismo para uma rede de cuidados que tutele jovens em situação de rua, visando sua autonomia para a entrada na vida adulta.

As ações sociais destinadas a crianças e adolescentes têm, no Brasil, um escopo de proteção e tutela, de acordo com importantes pressupostos jurídicos. A juventude inaugura-se então neste cenário, assumindo o lugar daquele que também precisa ser protegido e ter garantido o acesso a seus direitos. Entretanto, traz consigo o debate sobre a autonomia e as possibilidades das ações sociais junto a essa população. Essa polêmica perpassa a compreensão sobre quem deve estar em proteção, sob tutela, e quem tem a liberdade e a autonomia de decisão sobre si (Malfitano, 2011).

Entretanto, como ponte para produção de Autonomia, a Tutela pode ser libertadora: isso se expressa quando se outorga aos sujeitos os benefícios à que eles têm direito, e mais que isso, se aproveita para pactuar contratos que apontem para essa autonomia.

A tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente tem um movimento paradoxal, no qual da dependência procura se gerar liberação, para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejantes estarem implicadas com outras, em possíveis pro-

cessos cooperativos e contratualizados. Ao estilo das relações sociais, que são eticopoliticamente constituídas, como contratos. É que, de um certo modo refere-se a processos relacionais eu e tu, ou nós e os outros (Merhy, 1998, p. 2).

As tecnologias leveduras ordinárias do sanitarismo são insuficientes para o atendimento das demandas da População em Situação de Rua. Talvez seja esse o trabalho que mais intensamente põe em desafio às equipes de Consultórios na Rua, que além da necessidade de reproduzirem e legitimarem os princípios de Coordenação do Cuidado e Ordenamento de Rede, que a Atenção Básica traz como legado, também necessitam incorporar conceitos e práticas que superam e vão além da clínica, como é o caso da abordagem do Conceito de Autonomia e Tutela junto à população em Situação de Rua.

Quando uma equipe inicia o processo de trabalho junto a pessoas em situação de rua, é preciso levar em conta não apenas a complexidade e a diversidade dessa população, mas a importância de uma permanente cartografia do território existencial dos usuários. É preciso pensar a produção do cuidado como elemento produtor de afecção entre equipe e usuários. Cartografar não é a mesma coisa que mapear fria e estaticamente o território. É uma postura dinâmica, em ato, processual, e que deve ser sempre atualizada; é algo vivo, capaz de acompanhar a volatilidade do comportamento das pessoas em situação de rua nos seus fluxos. É preciso ter ferramentas capazes de subsidiar a equipe nesse contexto.

Pessoas em situação de rua só procuram serviços de saúde quando estão em situações muito graves. Nesse sentido, nossos conceitos de sofrimento e doença precisam ser mais abertos, ampliados. Despir-se do foco no diagnóstico, e abrir os olhos para o que pode estar por trás de uma demanda objetiva. Abrir os olhos, sobretudo para questões relacionadas às múltiplas formas de sofrimento psíquico, para além dos diagnósticos fechados em torno de transtornos mentais, muitas vezes incapazes de dar conta da realidade vivida. Os dialetos do sofrimento desafiam o trabalho e os trabalhadores de saúde, sem atentarem para essa dimensão, correm o risco de operar um trabalho morto, focado no mero diagnóstico

e planejamento terapêutico, que é incapaz de produzir vida, e sair da Tutela para a Autonomia.

## 5. Conceito de Vulnerabilidade

O conceito de Vulnerabilidade chega à saúde por meio das reflexões em torno das políticas de enfrentamento da Aids, e vem sendo adaptado à outras práticas relativas à Cuidados em Saúde, sendo foco de debate na Saúde Coletiva. A ideia de que existem questões estruturais que tornam determinados grupos populacionais mais vulneráveis que outros, rompe com a lógica culpabilizante expressa na noção de “grupo de risco”. É possível operar dinâmicas de classificação de risco a partir da noção de vulnerabilidade, e tal já é feito com sucesso, por exemplo, pela equipe de Consultório na Rua que atua no centro da cidade do Rio de Janeiro.

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição à determinantes de saúde e doença, em determinados contextos e condições socio sanitárias, podem produzir maior ou menor suscetibilidade às doenças. Concomitante, esse conceito também dialoga com as potencialidades e os recursos dos indivíduos para o enfrentamento dos agravos e situações de risco. Dessa forma, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidades sociais, ela precede o risco e pode determinar os diferentes riscos que, no processo saúde doença, podem levar inclusive à morte (Ayres, 1997).

Dessa forma, o conceito de Vulnerabilidade traz referenciais importantes para quem trabalha com a População em Situação de Rua, pois se centra tanto na capacidade de enfrentamento e de superação dos problemas individuais e da coletividade, quanto na determinação dos riscos pelos quais essa mesma população está exposta no seu cotidiano. Também devem ser levados em consideração os direitos dessas pessoas, seus deveres e sua capacidade de mobilização política, incluindo a participação institucional.

Abaixo, Bertolozzi & cols., aprofundam esses referenciais:

Estes devem ser considerados na avaliação da vulnerabilidade e um aspecto importante refere-se ao fato de que há um trân-



sito constante entre as dimensões apontadas. Assim, a dimensão individual inclui a trajetória social, compreendendo as subjetividades, os projetos de vida, a percepção em relação ao futuro, por exemplo. Inclui, ainda, a representação subjetiva que se tem do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida. Compreende a percepção subjetiva das normas, a interpretação pessoal e a expectativa de punição, entre outras questões (Bertolozzi & cols., 2009, p. 1328).

A instituição de marcadores e indicadores que possam de alguma forma produzir parâmetros e referenciais de vulnerabilidade em indivíduos em situação de rua, que considerem o processo saúde doença na sua extensão global, e que, nesse sentido, permitam o acompanhamento e resolução das demandas e necessidades de saúde, não ficando reduzidas às de ordem meramente clínica ou biológica, se constituem em ferramentas valiosas a serem incorporadas aos processos de trabalho das equipes de consultório na Rua, com vistas à Integralidade do cuidado à População em Situação de Rua.

Se, por um lado, o Consultório na Rua não é uma panaceia que vai dar conta de todas as demandas e necessidades da População em Situação de Rua, por outro, se agregarmos valor de uso aos dispositivos e referenciais que o conceito de vulnerabilidade se nos apresenta e termos a noção de que cuidado em rede é fundamental, poderemos manejar melhor a complexidade de problemas e situações que essa população nos apresenta. É preciso haver um investimento pesado no cuidado compartilhado e implicado, de uma rede de pessoas, equipamentos e serviços, que legitimem espaços de troca permanente de experiências e relatos de casos, respeitando a singularidade dos sujeitos em situação de rua e tratando de forma bem individuada, caso a caso, com os referenciais e parâmetros sugeridos pelo conceito de vulnerabilidade.

## 6. Conceito de Redução de Danos

A Redução de Danos (RD), como conceito, estratégia e ferramenta foi incorporada pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab).

Abaixo destacamos definição de Atenção Básica e que incorpora o conceito pela Pnab (2011):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, *redução de danos* e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Nesse contexto a RD deve ser um conceito-ferramenta, que ganha materialidade em cada encontro entre trabalhador de saúde e usuário do SUS, a cada momento de escuta, de reflexão e problematização das demandas de saúde, na construção compartilhada e corresponsável de planos terapêuticos, enfim, conceito que só se justifica como oferta na articulação que se constrói entre ofertas e pedidos de cuidado, no campo da clínica.

A RD pode ser entendida como um paradigma, uma forma de abordar questões de saúde, uma perspectiva que visa porcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos (Pnab, 2011). Valoriza e põe em ação estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudança de atitude ante situações de vulnerabilidade

A RD contribui, entre outras coisas, para possibilitar informações adequadas sobre riscos, danos, práticas seguras, saúde, cidadania e direitos, criando dessa forma melhores condições para que as pessoas possam tomar suas decisões, buscar atendimento de saúde (se necessários) e estarem inseridas socialmente em um contexto de garantias de direitos e cidadania.

No campo do SUS, a redução de danos ocupa espaço importante na renovação do paradigma de atendimento, construindo novas lentes para o trabalhador de saúde, no auxílio à construção de um conceito de saúde ampliado, para além da ausência de doença e do “completo estado” de bem-estar físico, mental e social (OMS), mas

afirmando saúde como “um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo” (Perkins, apud Leavell & Clark, 1976). Esses conceitos-ferramenta nos levam a pensar que o mais importante não é extinguir os sintomas presentes em uma pessoa, mas sim que ela consiga ter qualidade de vida (conceito que precisa fundamentalmente do olhar do usuário para ser construído), de acordo com suas possibilidades e para o trabalhador de saúde significa a possibilidade de contribuir para a abertura de novos canais de produção de vida.

Além de colaborar na ampliação e discussão do processo de saúde/doença a RD pode potencializar, de forma bastante concreta, três importantes princípios do SUS. Entre eles: *universalidade, equidade e resolutividade*. Garantir a universalidade do atendimento público em saúde institui não estabelecer barreiras, condições prévias para que o cuidado se estabeleça. No que tange a equidade, como princípio de justiça, o SUS propõe atender diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade na assistência à saúde, oferecendo serviços e ações voltados a situações de risco, às condições de vida e à saúde de determinados indivíduos e grupos da população. Nos casos dos princípios da universalidade e da equidade, a RD se apresenta como estratégia privilegiada na sua garantia e sustentabilidade. Para o princípio da resolutividade a RD caracteriza-se como uma possibilidade de aumento da capacidade de escuta, análise e ofertas de ações em saúde, sempre a partir e em conjunto com o usuário, potencializando assim as chances de que as ações propostas sejam mais próximas do possível para a sustentação pelo usuário e também seu comprometimento com seu processo de cuidado.

Incluir, no campo da clínica, a perspectiva de trabalhar/implicar (trabalhadores e usuários) com o que é possível e concreto, torna-se pedra fundamental para as eCR, pois assistir diariamente o fracasso do tradicional “ideal” de saúde e do desejo de “salvar/resgatar” vidas pode constituir motivo de enorme frustração e impotência, e com isso comprometer seriamente todo o processo assistencial.

Trabalhar numa lógica de redução de danos significa ter de encarar abertamente os limites e possibilidade de incluir nas

reflexões e intervenções em saúde as dores, prazeres, desejos, ambiguidades, contradições, alegrias, entre tantas outras coisas que podem surgir no encontro de dois sujeitos e que podem nos levar muito além de qualquer preceito moral que tenhamos, incidindo assim no que de mais precioso pode existir na clínica, que é a possibilidade de criar diferentes sentidos para vida.

## 7. Sentimento de Pertencimento

Dialogar com definições e subjetividades que giram em torno do sentimento de pertencimento é também dialogar com a população em situação de rua e toda sua complexidade existencial e coletiva.

O sentimento de pertencimento traz significados, sinônimos, antônimos e conceitos relacionais muito úteis para reflexões que tangenciam princípios importantes do SUS, como Participação Comunitária e Controle Social, e que se repercutem em grande desafio, na indução desse sentimento para indivíduos em situação de rua.

Os dicionários apresentam vários significados para o verbo *pertencer* dentre os quais interessa o significado *ser parte*, do qual deriva a palavra pertencimento, ser propriedade, caber, ser da jurisdição ou obrigação de alguém, ser relativo, dizer respeito.

Pertencimento ou o sentimento de pertencimento é a crença subjetiva numa origem comum que une distintos indivíduos. Os indivíduos pensam em si mesmos como membros de uma coletividade, na qual símbolos expressam valores, medos e aspirações. Quando a característica dessa comunidade é sentida subjetivamente como comum [. . .] surge o sentimento de “pertinência”, de pertencimento, ou seja, há uma comunidade de sentido (Amaral, 2006).

Esse sentimento pode fazer sobressair particularidades sociais, culturais e étnicas de um determinado grupo de pessoas, e a sensação desse pertencimento a indução de nos sentir como pertencentes a tal lugar e ao mesmo tempo experimentar que esse determinado lugar nos pertence, que podemos intervir e, mais do

que tudo, que é auspicioso interferir nos costumes, na rotina e nos rumos desse tal lugar.

Por outro lado, ao pesquisarmos os antônimos relacionados ao significado de *pertencimento*, nos deparamos com termos relacionados ao que é pária, aquele que não faz seu papel social, aquele que se recusa a assumir responsabilidades por seu grupo, aquele que tem potencial, mas não faz a sua parte, aqueles que estão fora do sistema. Lembrando do modelo hindu, na Índia os párias são considerados intocáveis ou impuros ou incrédulos, eles são considerados “fora do sistema”.

No tocante às pessoas em situação de rua que partilham inúmeras características de exclusão social, todas muito pobres, cujos estabelecimentos básicos da sociedade — família, propriedade privada, mercado — não são usualmente suas estratégias rotineiras de sobrevivência e marcados por grande desamparo institucional, se traduzem assim em profundo sentimento de não pertencimento ao que está instituído em nossa sociedade.

Dessa forma, equipes que atuam no cuidado à População em Situação de Rua, devem estabelecer estratégias na (re)construção da identidade social da população em situação de rua no território vivo da cidade em que atuam e produzir uma ressignificação do ser e pertencer de pessoas em situação de rua num resgate de vidas no seio da mesma sociedade que produz uma grande invisibilidade junto a esta população.

A tarefa não é fácil, o seu desafio é enorme, mas quando atuamos num modelo de atenção à saúde que traz, em uma de suas principais diretrizes, a produção social da saúde e da vida, devemos sempre priorizar estratégias e práticas que envolvam o estabelecimento e o resgate do sentimento de pertencimento junto à população em que atuamos.

## Referências

- Amaral, A. L. *Pertencimento*. In: *Dicionário de Direitos Humanos*. <[www.esmpu.gov.br/dicionario](http://www.esmpu.gov.br/dicionario)>; acesso em 31-3-2013.
- Ayres, J. R. C. M. Vulnerabilidade e Aids: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/Aids. *Bol Epidemiol*. 1997, vol. 15, n.º 3, pp. 2-4.

- Brasill. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf)>; acesso em jan. 2012.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- . Decreto Presidencial n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersecretorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, 24-12-2009.
- . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2.º *Censo da População em Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte: meta 10 – realização de ações de atendimento socioassistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população de rua*. Belo Horizonte: MDS, 2006.
- Bertolozzi, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*, vol. 43, n.º esp. 2, pp. 1326-30, <[www.ee.usp.br/reeusp/2009](http://www.ee.usp.br/reeusp/2009)>.
- Biehl, J. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. *Revista de Antropologia*, vol. 51, n.º 2, pp. 413-49, 2008.
- Fipe. *Censo dos Moradores de Rua da cidade de São Paulo*. Secretaria de Assistência Social – SAS/ Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas – Fipe. São Paulo, 2000.
- Fonseca, C. J. B. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma Proposta Ética. *Psicologia & Saberes*, vol. 1, n.º 1, pp. 11-36, 2012.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- Malfitano, A. P. S. Juventudes e contemporaneidade: entre a autonomia e a tutela, *Etnográfica [on-line]*, vol. 15, n.º 3, 2011, posto *on-line* no dia 23-10-2011, consultado no dia 11-10-2012. URL: <<http://etnografica.revues.org/1060>>; DOI: 10.4000/etnografica.1060>.
- Merhy, E. E. *O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador*, 1998.

Muñoz-Sanches, A. I. & Bertolozzi, M. R. Pode o conceito de Vulnerabilidade apoiar a construção do Conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saúde Coletiva*, vol. 12, n.º 2, pp. 319-24, 2007.

Pequeno, M. J. P. O sujeito dos direitos humanos. In: Pequeno, M.; Guerra, L. F. & Zenaide, M. N. (orgs.). *Direitos humanos na educação superior: subsídios para a educação em direitos humanos na filosofia*. 1.ª ed. João Pessoa: Ed. da UFPB, vol. 1, pp. 153-67, 2011.



## Debate

Neste debate, uma questão que aparece com grande destaque são as dificuldades colocadas na prática em razão da frágil integração entre os programas e as políticas sociais, tanto no âmbito do próprio setor Saúde, entre os Consultórios na Rua e os Caps AD e entre os Consultórios na Rua e as Equipes de Saúde da Família, como com outros setores, como a Assistência Social, e outros ministérios como, por exemplo, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e o próprio Poder Judiciário. A ausência de articulação intra e intersetoriais é apontada como uma fragilidade das políticas sociais. O DAB/MS informa sobre espaços e fóruns existentes nas esferas estaduais e federal e entende que um alinhamento conceitual, com base no diálogo, contribui para o fortalecimento das redes intersetoriais. Sobressaem no debate dúvidas e expectativas, tanto em relação a prazos como atribuições das instâncias de governo, em face da migração desse trabalho desenvolvido com a população em situação de rua. da Saúde Mental para a Atenção Básica. Voltando o olhar especificamente para os Consultórios na Rua, são levantados aspectos importantes para a reflexão: o quantitativo de equipes existentes e a retaguarda que têm, a sua composição (redutores de danos *vs.* agentes sociais), a capacitação de seus profissionais e o processo de trabalho, a importância da sua articulação com os movimentos sociais de redução de dano, entre outros.

### **Genivaldo (Recife)**

Muitas vezes, nos deparamos com situações em que a prática da assistência social precisa vir antes da prática de saúde. Podemos nos perguntar: a partir do Consultório na Rua, como se dá a integração com as políticas de Assistência Social? Outra coisa: neste diálogo com outros atores da rede, muitas vezes encontramos portas fechadas. É o caso da articulação com os Caps AD, por exemplo, que muitas vezes são esta “porta fechada”. No entanto, é no Consultório na Rua, como serviço que chega até estas pessoas, que estouram as consequências dessas “portas fechadas”. Como proceder?

### **Lane (Goiânia)**

Muitas vezes nos sentimos sozinhos ao trabalhar com pessoas em situação de rua, especialmente nos municípios do interior. A Atenção Básica ainda é muito higienista, e é muito bom que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde traga um discurso avançado como o que pode ser visto na fala do Alexandre Trino. A pergunta é: como se dá, no nível federal, o diálogo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome?

### **Renato (Niterói)**

Ainda sobre a atuação do Ministério da Saúde: o Ministério da Saúde cuida de fiscalizar as contrapartidas acertadas com as prefeituras municipais? Questões como o carro para o Consultório na Rua, os repasses de recursos. . . Além disso, também gostaria de saber se todos os Consultórios na Rua terão de ir para a alçada da Atenção Básica, e se há uma data-limite para essa transição. Por fim: como lidar com os relatos que os usuários eventualmente nos trazem, com respeito a ilegalidades por eles praticadas, ou mesmo sobre violações de direitos por eles vividas?

**Magali (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ Ministério da Saúde)**

Minha pergunta é no sentido de questionar a ausência de pessoas ligadas aos movimentos sociais aqui neste evento. Ao menos na programação do evento, esses movimentos sociais não aparecem. Eu tenho trabalhado junto ao Departamento de DST, Aids



e Hepatites Virais, e tenho visto que o sucesso de nossas políticas depende muito dessas articulações. Nesse sentido, fica este questionamento: onde está o movimento social? Outra questão: enquanto Departamento de Aids, nós já temos nos dedicado de alguma forma a essas questões, por meio de projetos pontuais junto a crianças e adolescentes em situação de rua, desde 1999, no entanto, percebemos que os problemas desses projetos foram justamente a ausência de articulação intra e intersetoriais. Como avançar nesse sentido?

**Alexandre Trino (DAB/MS)**

O compartilhamento do cuidado e o fortalecimento das redes intersetoriais são fundamentais. Mas, para que esses esforços tenham êxito, é também importante um trabalho de alinhamento conceitual, que se viabiliza no diálogo permanente, e que, por seu turno, torna possível a realização de ações integradas. Tudo funciona melhor quando operamos com conceitos sinérgicos.

No âmbito do plano Crack é Possível Vencer, está ocorrendo este esforço de alinhamento conceitual, a partir do esforço de todas as áreas envolvidas na construção do plano (saúde, justiça e assistência social). O conceito de “acolhimento”, por exemplo, tem sentidos diferentes para as áreas da saúde e da assistência social: para saúde, o acolhimento fala de uma determinada postura que os serviços e os profissionais devem ter, com o objetivo de garantir que os usuários se sintam à vontade nos serviços, mas para a assistência social, este mesmo conceito está ligado aos serviços oferecidos no âmbito da alta complexidade, com ações de abrigamento. No entanto, não se deve esperar que os ministérios façam isso em todos os cantos do Brasil; é preciso que as secretarias municipais tomem à frente desse processo de alinhamento conceitual.

Há no âmbito do Governo Federal um comitê interministerial para garantir a implementação da Política Nacional para População em Situação de Rua. O que pode ser feito em cada município para amplificar esses esforços, com o fim de levar esse trabalho à frente? As cidades que quiserem criar comitês terão apoio financeiro do Governo Federal (Portaria 7.053/2009). Muitos municípios não têm tal informação, que deve ser levada ao conhecimento

dos gestores locais. Esse recurso não vem do Ministério da Saúde, mas desse comitê interministerial. Os comitês municipais, se fortalecidos e empoderados, podem levar à frente processos importantes para a implementação de políticas no cotidiano das cidades.

O carro é um instrumento de trabalho extremamente importante para o Consultório na Rua, pois em muitos casos, é ele que vai garantir a itinerância do serviço. No entanto, não há, do Ministério da Saúde, nenhum tipo de fiscalização ou auditoria quanto às contrapartidas municipais. Até mesmo porque pode haver territórios em que o carro não seja importante; houve alguns casos de equipes que foram formadas sem o carro (e as equipes são muito mais importantes que o carro!). Aqui mesmo, no Rio de Janeiro, foi criada uma equipe que num primeiro momento não tinha o carro, e isso foi importante para que conseguíssemos implementar a política (hoje esta equipe tem o seu carro). Quanto à transição do Consultório *de* Rua para Consultório *na* Rua, da Saúde Mental para a Atenção Básica, é preciso que o serviço já tenha um ano de existência, e que todo o recurso oriundo da Saúde Mental já tenha sido repassado. Após o que, é preciso que os gestores municipais da Atenção Básica e da Saúde Mental enviem para o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde um ofício de solicitação para adequação do Consultório *de* Rua para Consultório *na* Rua. Simples assim. Não é preciso passar por conselho de saúde.

Outro ponto que precisa ser discutido são os processos de judicialização e outras ações similares que prejudicam a imagem que os usuários têm das equipes de Consultório na Rua. Tais questões precisam ser discutidas localmente. Com redes sinérgicas, que compartilham conceitos, estes riscos são menores. Não obstante, as lógicas dos dispositivos judiciários preponderam, e é preciso lidar com isso, mesmo a contragosto.

Quanto aos movimentos sociais, sua participação é importantíssima, especialmente no que diz respeito aos movimentos de pessoas em situação de rua. Sabemos que houve convite para que esses movimentos estivessem presentes a este seminário, e é possível que sua ausência esteja relacionada à proximidade da data

desse encontro com outros eventos importantes para esta população. Não posso responder sobre isso.

**Teodora** (Rio de Janeiro)

A Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro tem sido uma grande parceira no trabalho dessas questões, e tem sido deles o protagonismo nos debates em torno das políticas públicas para pessoas em situação de rua, realizados no estado do Rio de Janeiro. Gostaria de saber que instâncias do Governo Federal compõem o Grupo de Trabalho Inter-setorial sobre políticas para pessoas em situação de rua, e como funcionam os mecanismos para esse repasse de recursos para os comitês municipais.

**Fernanda** (Rio de Janeiro)

O plano Crack é Possível Vencer aponta para a necessidade de investimento em Consultório na Rua, ao mesmo tempo que preconiza investimento em Comunidades Terapêuticas, que representam uma forma de cuidado que vai na contramão de tudo o que se está discutindo aqui, principalmente por conta de práticas de proselitismo religioso, de desterritorialização, até mesmo de cárcere privado, violação de direitos humanos. . . Como o Ministério da Saúde está se havendo com esse plano? Além disso, quais são as estratégias do Ministério da Saúde para o fortalecimento da Redução de Danos? Por fim, como está o diálogo dos Consultórios na Rua com as equipes de Estratégia de Saúde da Família?

**Regina** (Rio de Janeiro)

É muito importante debater os Consultórios na Rua, mas não se deve jamais perder de vista o fato de que eles existem em quantidade reduzida. Isolados, sem retaguarda, eles não têm nenhuma efetividade. Essas equipes que se inscrevem nos territórios, a partir dos Consultórios na Rua, precisam ser capacitadas, é claro; não obstante, esses processos deveriam ser precedidos de um esforço de reordenamento da rede de saúde como um todo, a começar por questões básicas, como o horário de funcionamento dos serviços de saúde. Antes mesmo de capacitar as equipes, seria preciso

discutir e repensar os processos de trabalho, as normas de funcionamento dos serviços. . . Como flexibilizar os serviços de saúde, e também as políticas? Como fazer para que os equipamentos aceitem flexibilizar seus horários de funcionamento?

**Christiane Sampaio** (Rio de Janeiro)

É importante salientar que o agente social do Consultório na Rua seja um misto de agente comunitário de saúde com redutor de danos. Nesse sentido, seria muito importante maior articulação entre os movimentos sociais de Redução de Danos e de pessoas em situação de rua. Muitos redutores de danos, com larga experiência de atuação na área, estão sendo descartados no processo de implementação dos Consultórios na Rua.

**Jorgina** (Maceió)

Em Maceió, temos Escola de Redutores de Danos. Na época em que disparamos este processo, era dito que esses redutores formados na escola seriam incorporados aos Consultórios na Rua (não apenas em Maceió, mas em todo o Brasil). Não obstante, hoje vemos que o Ministério da Saúde preconiza a presença, não de redutores de danos, mas de agentes sociais. O próprio Conselho Regional de Serviço Social, lá em Maceió, está interessado em esclarecer o que é exatamente este “agente social”. Outras questões: como pode um único Consultório na Rua estar cadastrado a várias Unidades Básicas de Saúde? Há cidades que vão manter o Consultório *de* Rua, vinculado à Saúde Mental? Também gostaria de discutir o trabalho em conjunto com o Samu, algo muito difícil, pelo menos em Maceió, onde já ocorreu até mesmo uma morte, porque o Samu exigia a presença da polícia e a realização prévia de um Boletim de Ocorrência, para apenas depois disso atender ao chamado do Consultório de Rua. Por fim, salientar que na nossa realidade, as intervenções do Poder Judiciário também criam dificuldades imensas, e até mesmo obstruem o trabalho.

**Nina** (Rio de Janeiro)

Quais as perspectivas de articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica? Como construir ações de Saúde Mental no âmbito

da Atenção Básica, bem como no SUS como um todo? Como evitar que a Saúde Mental se transforme em um gueto? Como fazer dialogar essas políticas, pensando na construção do SUS?

**Alexandre Trino (DAB/MS)**

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro aquece, em âmbito estadual, o debate sobre políticas públicas para pessoas em situação de rua, em um processo que nasceu como um GT Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos. Esse processo cresceu, e hoje congrega diversas instâncias de governo, que seguem reunindo-se quinzenalmente. Há também um fórum aberto, para além das instâncias de governo, que se reúne uma vez por mês: é o Fórum Integrado sobre População em Situação de Rua. Em âmbito federal, o que temos é um comitê, que articula diferentes ministérios e áreas técnicas: desenvolvimento social, habitação, saúde, justiça, educação e trabalho.

No âmbito do plano Crack é Possível Vencer, não haverá investimentos em Consultório de Rua na lógica da Saúde Mental (até porque todos os Consultórios *de* Rua vão se transformar em Consultórios *na* Rua). A própria Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas não oferecerá mais suporte técnico ou financeiro. Os Consultórios *na* Rua orientados pela Atenção Básica contemplam tudo o que estava previsto para os Consultórios *de* Rua da Saúde Mental, e ampliam para questões anteriormente desprezadas.

Quanto ao debate em torno das Comunidades Terapêuticas, é preciso entender que vivemos em um Estado Democrático de Direito. As Federações de Comunidades Terapêuticas são atores sociais legítimos, que atualmente têm representação importante no Congresso Nacional. Estão articulados, e atualmente compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Da parte do Ministério da Saúde, foram impostas às Comunidades Terapêuticas uma série de exigências de adequação, para que pudessem receber recursos oriundos do SUS. Isto fez que, das 42 instituições inicialmente inscritas, apenas cinco tenham conseguido adequar-se a essas exigências.

Quanto ao fortalecimento da Redução de Danos, é preciso otimizar dispositivos como a Escola de Redutores de Danos, de

modo que otimize os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde, a partir de concepções que estão para muito além das formações com foco na Dependência Química.

No que diz respeito às articulações com a Atenção Básica, há diversas experiências que podem servir como fonte de inspiração. É preciso investir na formação das equipes das UBS's e oferecer suporte ao trabalho dos Consultórios na Rua. Além disso, é preciso que o cuidado seja construído localmente, no território, investindo na articulação com todas as outras políticas públicas. Investir na qualificação das equipes, e no fortalecimento das redes intersetoriais. Qualificar os serviços tendo como diretriz o acolhimento, incidindo não apenas nas relações das equipes com as pessoas em situação de rua, mas também entre esses e os demais usuários dos serviços. É preciso um permanente esforço de desconstrução de práticas e atitudes no interior dos serviços. Por fim, cabe salienta a importância dos Conselhos Locais de Saúde, como espaços em que se pode e deve levar os temas relevantes ao atendimento de pessoas em situação de rua.

Quanto às discussões em torno das diferenças e semelhanças entre os agentes sociais e os redutores de danos, é preciso que se diga que o Ministério da Saúde não pode fazer o trabalho de legitimar o redutor de danos como profissional reconhecido. É certo que os redutores de danos, que têm experiência no trabalho em Programas de Redução de Danos ou em Caps AD podem ser contratados como agentes sociais para atuar nos Consultórios na Rua (até porque os agentes sociais possuem CBO — Classificação Brasileira de Ocupações — ao passo que os redutores de danos não). Mas é preciso ter claro que, para o Ministério da Saúde, todos os trabalhadores de uma equipe de Consultório na Rua, bem como todos os trabalhadores de todos os serviços que atendem pessoas que usam drogas, devem ter a Redução de Danos como diretriz de trabalho. Nas equipes, não deve haver um trabalhador responsável pelas ações de Redução de Danos, mas deve-se entender que todos devem atuar desse modo. Nas equipes de Consultório na Rua, ainda mais; todos são redutores de danos, com atribuições específicas, mas com diretrizes de trabalho comuns, e dentre estas, a Redução de Danos.

Os Consultórios na Rua devem estar vinculados a uma única Unidade Básica de Saúde. Não obstante, é preciso ter claro que essa vinculação é meramente burocrática, e que no trabalho cotidiano, os Consultórios na Rua extrapolam essa exclusividade. O vínculo das pessoas em situação de rua atendidas deve levar em consideração a proximidade com esta ou aquela UBS, e não o vínculo institucional do Consultório na Rua; mesmo que este tenha ligação contratual com uma determinada unidade, é a proximidade geográfica das pessoas atendidas que deve ser levada em consideração, na hora de se proceder encaminhamentos.

Sobre o Samu, há problemas a serem superados, por qualificação. É preciso sensibilizar os técnicos que atuam nas unidades móveis, e além disso, qualificá-los para o atendimento de situações recorrentes entre pessoas em situação de rua, como questões de saúde mental, por exemplo.

Por fim, é preciso que se diga que entre os campos da Saúde Mental e da Atenção Básica existe muito mais sinergia do que dissonâncias, e as perspectivas deste namoro são grandes. Tal casamento está para ser celebrado há mais de vinte anos. Do ponto de vista político, há muita parceria e proximidade conceitual entre as duas coordenações nacionais, e uma grande vontade de produzir processos conjuntos, articulados. Nesse momento, por exemplo, estamos trabalhando na criação de um caderno de saúde mental na Atenção Básica, que tem tudo a ver com essas questões.





## Experiências na atenção primária à saúde com cuidado à população em situação de rua



As práticas apresentadas e debatidas no Seminário *Experiências da Atenção Primária em Saúde com População em situação de Rua* cobriram a região Sul, com o trabalho da Equipe PSF Sem Domicílio, desenvolvido na cidade de Porto Alegre; a região Sudeste, com as práticas de três equipes da cidade do Rio de Janeiro: Consultório na Rua POP Rua, Equipe Consultório na Rua Teias-Escola Manguinhos e Equipe PSF Jaca e de uma equipe da cidade de São Paulo: a Equipe PSF Sem Domicílio; e a região Nordeste, com a experiência das cidades de Maceió, da Equipe Fique na Boa e de Recife, da Equipe Consultório de Rua.

Os conteúdos apresentados tiveram como eixos: 1) O cuidado integral às pessoas em situação de rua — suscitando discussões sobre as formas de atenção à saúde às pessoas em situação de rua, na clínica e na rua; a abordagem e o acolhimento enquanto processo de acompanhamento dos usuários pelas eCnaR; a abordagem aos usuários de álcool e outras drogas; e a construção da rede de cuidados e inter-setorial para o atendimento e acompanhamento dos usuários; 2) Metodologias de trabalho da APS com pessoas em situação de rua — levantando questões acerca das formas de atenção à saúde as pessoas em situação de rua, na clínica e na rua; a abordagem e o acolhimento enquanto processo de acompanhamento dos usuários pelas eCnaR; a abordagem aos

usuários de álcool e outras drogas; a construção da rede de cuidados e intersetorial para o atendimento e acompanhamento dos usuários. Por último, enquanto eixo 3) Buscou-se identificar os avanços e desafios do trabalho da APS com população de rua.

## Eixos estruturais da práxis em saúde pública do Consultório da Rua POP Rua do Rio de Janeiro

CLÁUDIA GOMES DE PAULA E SILVA



O Consultório na Rua POP RUA foi criado como um híbrido de Estratégia de Saúde da Família e Consultório de Rua, tendo como meta a implantação de uma lógica viável de abordagem, acolhimento e acompanhamento de pessoas em situação de rua no centro do Rio de Janeiro. Era no momento, setembro de 2010, uma experiência diferenciada e inaugural, já que fazia convergir duas políticas públicas, uma da Atenção Básica, outra da Saúde Mental. Hoje, quase três anos depois, e em processo de inscrição no Ministério como Consultório na Rua, este é um equipamento da Atenção Básica e elemento do Plano de Atenção Psicossocial, portanto vinculado estruturalmente à Saúde Mental, faz-se claro que a experiência do POP RUA influenciou a construção dessa nova cifra de política pública.

É nítido que certas especificidades têm muita dificuldade em serem acolhidas na rede de saúde pública, formada por serviços que carregam, enquanto insígnias, ideais contundentes e muito consistentes socialmente. Partilháveis tão somente por sujeitos que se posicionem aderidos aos laços sociais veiculados por esses ideais. No caso da população de rua, a maior parte desses sujeitos estabeleceu rompimentos com os laços sociais regulados pelas normas civilizatórias e a dificuldade em serem atendidos em serviços tradicionais se refere a esses rompimentos. Aqui não nos referimos especificamente às dificuldades de acesso motivadas pelo preconceito ou pela simples incapacidade de absorção de tal público. Referimo-nos com ênfase ao ciframento excessivo de insígnias e

ideais que as instituições tradicionais carregam e que não oferecem viés identificatório à maioria dos sujeitos que vivem nas ruas e, portanto nenhuma porta de entrada. Esse é o espaço no qual a política pública Consultório na Rua deve inscrever-se, constituindo-se enquanto serviços esvaziados destes ideais pregnantos e, em consequência, capazes de negociar com o real em jogo na vida destes sujeitos. O Consultório na Rua POP RUA vem tentando constituir-se a partir dessa marca identificatória.

Dado esse início tão singularizado e experimental, havia uma ampla liberdade de atuação, tanto no sentido da definição do perfil do público-alvo, quanto na constituição de uma metodologia específica. Liberdade que foi desde sempre atravessada pela presença de profissionais de saúde mental e de saúde física e a necessidade de integrar seus discursos. Médicos clínicos e psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem e saúde bucal, agentes comunitários, atuando reunidos numa mesma equipe.

No percurso desse período foi possível elencar alguns eixos estruturantes do trabalho, sem perder de vista o fato de que estes eixos-diretrizes foram sendo constituídos com base na práxis cotidiana.

O primeiro desses eixos diz respeito ao **fluxo de implantação do cuidado, levando em consideração a dinâmica encontrada no território**. Tendo como referência a meta de conseguir implantar os três níveis de atenção (assistência, prevenção e promoção), logo foi possível perceber que o trabalho se iniciaria pela *assistência*, já que ao lado de uma demanda historicamente reprimida muito grande, com casos muito complexos com morbidades cruzadas, que exigiam a invenção de uma lógica de acolhimento e intervenção, havia a inexistência de equipamentos especializados (Caps e UPA) e a dificuldade de acesso à rede.

A implantação de ações assistenciais deu origem a um espaço operacional, situado entre a sede e a rua, que permitisse aos sujeitos se aproximarem, chegarem, e que fosse capaz de acolher, escutar e organizar uma rede de cuidados consistente, não apenas alegórica e assistencialista, como muitos dos profissionais com experiências anteriores de população de rua, tinham vivenciado.

A ampliação das ações da assistência para ações de prevenção e promoção de saúde foram e ainda o são dificultadas pela constante gravidade dos casos e pela porta aberta e intensamente estendida. Ficou tácito, porém que a instalação de um polo de acolhimento à população de rua em partilha com um Centro Municipal de Saúde dos mais tradicionais e antigos do Rio, ocupando um espaço físico verticalizado, além de gerador de tensões cotidianas, tem sido um promotor de intervenções que acabam por instituir um plano de promoção de saúde para a população em geral. Promoção de saúde ao dilatar limites, invocando e questionando os ideais e estereótipos da saúde pública e do cidadão que a acessa. Micropolítica na promoção de saúde.

As ações de assistência logo tornaram evidente que muitos dos cuidados demandados não eram passíveis de serem ministrados na rua. E que fundamentalmente, para estes sujeitos que tinham suas vidas já tão esgarçadas, sem direito à privacidade de seus corpos e suas palavras, a oferta de espaços protegidos, nos quais a atenção do profissional fosse capaz de se referir a cada sujeito e sua história única, era a base sólida para a construção de um acompanhamento responsável.

A rua é, no entanto, sempre um espaço de cuidado, desde que consideremos que as demandas dos sujeitos têm níveis diferenciados, que precisam ser acolhidas em espaços igualmente diferenciados, que devem ser articulados uns aos outros e o Consultório na Rua deve investir nesta possibilidade: a rua como mais um espaço de cuidado. Isso não significando que se pode prescindir dos espaços convencionais de tratamento, como hospitais e unidades de saúde. Rua, rede, sede são espaços que devem ser articulados nesta aposta que se faz nos sujeitos. A organização desse fluxo tem sido um tensionamento constante a essa prática, com a consequente **configuração dos espaços de tratamento singulares que respeitem a especificidade da questão a ser tratada**, sendo esta a diretriz que responde como segundo eixo.

O terceiro dos eixos nos foi apresentado simultaneamente aos dois primeiros: a necessidade de instrumentalizar profissionais e pacientes, tentando **transformar o plano das queixas em circuito de demandas**. Percebemos que na rua havia uma insistente

estereotipia de queixas. “Quero ser abrigado”, “Quero internação para meu uso de álcool e drogas”, “Cuide desta ferida”, “Quero passe livre”. . . Estendido diante de nossos olhos um plano historicamente tramado, um plano sólido de queixas e pedidos formatados por uma cultura assistencialista. Qual sendo a diferença substancial entre queixa e demanda? Na queixa o sujeito não se coloca em posição de comprometimento diante da formulação que ele apresenta; já na demanda, há não apenas uma formulação, mas também uma inclusão do próprio sujeito a partir daquilo que endereça ao outro.

O trabalho do POP RUA, tendo os Agentes Comunitários de Saúde como operadores de ponta, é sustentado por esta lógica: ir às ruas não apenas para encontrar os usuários, mas para transformar queixas em demandas e, por conseguinte, abrir possibilidades de constituir com estes sujeitos um acordo pactuado: constituir processos de cuidados de saúde nos quais eles ocupem a posição de sujeitos. O trabalho na sede dá continuidade ao que é processado na rua, num circuito entre rua e sede contínuo, nada fácil de ser organizado.

A diferença entre queixa e demanda permite olhar mais de perto para uma dimensão muito fina do trabalho em saúde. Em princípio é preciso ter como pressuposto que pessoas em situação de rua respondem ao mesmo imaginário social, pois estão incluídos nos mesmos circuitos de produção e veiculação culturais. Respondemos todos aos ideais da cultura, cada um por uma via, sempre singularmente. Nada mais constrangedor que assistir a uma entrevista midiática com um sujeito em situação de rua: ele responde às intimações do repórter referindo seu desejo ao óbvio: quer casa, dinheiro e família. Ou seja: exatamente aquilo que ele julga que gostaríamos de ouvir, que qualquer outro gostaria de ouvir, fala o que imagina que precisa ser falado para ser aceito como par. Seria preciso ultrapassar as falas estereotipadas, que costumam emergir nos encontros iniciais e superficiais. É preciso ultrapassar estes códigos, ir além das mesmices. Trabalhar com esta população levanta a questão: ter de se haver com as particularidades do funcionamento de cada sujeito, particularidades que não se adestram a coincidir com perfis e que apenas ganham coloração

extrema na rua. O que obriga a questionar o simplismo da contemporaneidade e sua tentativa de homogeneizar os modos de vida. O que exige do profissional como sujeito e produz a possibilidade de construção de um trabalho efetivo diante das queixas.

Os sujeitos vão e voltam das instituições, sem sucesso, ou seja: sem transformações substanciais em suas vidas, ou pelo menos naquilo que constitui suas vulnerabilidades mais óbvias, como o próprio uso de drogas, por exemplo. Não existem estratégias simples para lidar com essa população. Tratar os problemas relacionados ao uso de drogas, por exemplo, é algo extremamente difícil, por essas oferecerem formas de satisfação e mediação que muitas vezes separam esses sujeitos do total rompimento com os laços sociais. Não existem saídas fáceis, porém o mais importante no contexto histórico contemporâneo é que muitos atores diferentes estão problematizando e refletindo sobre tais questões. Assim, também nós, profissionais, tendemos a romper com o lugar da queixa e do imaginário, transformando nossas questões técnicas em demandas produtivas.

Convocar os sujeitos a deslizarem de operar na vitimização e na marginalização (das posições polarizadas, portanto), é pedir que os sujeitos se posicionem mesmo que minimamente, enquanto sujeitos que têm desejos, questões, problemas e singularidades. Deslocar os modos instituídos de ver o mundo, e também de colocar-se na vida. Nessa via, talvez, para estes sujeitos parar de usar drogas, aderir ao tratamento para o HIV ou hepatites, tratar uma úlcera crônica, passem a ser possibilidades. . . Só assim evidenciase a possibilidade de buscar saídas que estejam para além da apologia ou da panaceia: transformando nossas queixas em demandas.

**Ser referência e convergência para territórios de vida, e não apenas para territórios físicos.** Este foi o quarto eixo-diretriz construído ao longo do trabalho. A população de rua possui um modo de vida muito fragmentado, além de migrar constantemente de um território para outro, em função de uma série de questões, tanto em função dos processos de vida dos sujeitos quanto da violência que lhes é impingida. O tempo plasma-se de outras formas, o espaço é dimensionado pelo corpo e por suas evocações e volições. A continuidade do que quer que seja é comprometida

pelo regime de coisas em jogo. Nesse sentido, foi percebido que era fundamental que a referência de atendimento para esses sujeitos fosse fixa. Não importando se o sujeito fosse para um abrigo, ou mesmo para outra região da cidade do Rio de Janeiro: ele sempre poderia voltar para esse serviço, apostando assim no vínculo e em certa circunscrição do próprio sujeito ante seu próprio funcionamento, circunscrição essa muitas vezes importantíssima para a possibilidade do tratamento.

Referência de cuidado longitudinal calculada como fundamental ao trabalho. Se o sujeito vai para um abrigo, aluga uma vaga numa hospedaria ou um precário quarto, ou ainda constrói sua primeira moradia fora da rua (não deixa de haver certa lógica sequencial nisto), ele não deixa, num primeiro momento, de ter a referência em atendimento no serviço; afinal, não é porque o sujeito aluga um quarto que ele deixa de ver a rua como seu território de vida e repetir o modo de funcionamento que estabelecia na rua. Claro que nestes casos, o atendimento se transforma, acompanhando as transformações pelas quais passam os sujeitos. O acompanhamento se transforma, mas não deixa de existir e o **grafar de uma cartografia móvel dos modos de vida dos sujeitos em situação de rua** torna-se um eixo-diretriz fundamental. O quinto eixo.

Também percebemos com o tempo a importância de se **estabelecer uma classificação de casos graves**, para os quais é importante construir estratégias diferenciadas, sendo este o sexto eixo. E essas estratégias passavam fundamentalmente por conseguir reunir um número maior de profissionais, trabalhando integrados, pois os casos graves demandam vinculação mais rápida, e de mais profissionais que se responsabilizem e atuem juntos. Então criamos uma classificação de gravidade que ajudasse a sistematizar nossa lógica de atendimento a estes casos.

Em tempos de ampliação do diálogo entre os saberes construídos em campos de práticas diferenciados, a lógica da discussão de casos é uma importante contribuição que a Saúde Mental traz para a Atenção Básica. Isso pode parecer algo banal, não o sendo. Entender que o trabalho não se resume a um conjunto de intervenções, mas em projetos diferenciados para cada sujeito, em apostas de acompanhamento sequencial dessas circunstâncias.



Fomos chamados a contribuir com serviços da Assistência Social, em suas dificuldades em construir casos. Os meninos entram e saem, os adultos entram e saem, mas o que dá uma amálgama para isso? O que torna essa pessoa, não uma intercorrência, uma intervenção, mas um sujeito com história? O caso!

O sétimo eixo-diretriz remete-se essencialmente à lógica do caso, da construção do caso: **estimular a corresponsabilização interdisciplinar multiprofissional em equipe, visando produzir uma dinâmica de acompanhamento a partir da construção de casos.** Essa integração multidisciplinar, por uma porta de entrada que é interdisciplinar, é um instrumento fundamental. Ter numa equipe trabalhando em associação de ações, médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, permite que o mal-estar desses sujeitos aporte o serviço, mesmo quando ele não se identifica com nenhum termo cultural *standard* ou diagnóstico tradicional. Isso permite que as questões ganhem uma configuração mais próxima do sujeito, do que o sujeito localiza. Isso é muito importante; ir além das classificações do tipo “hanseníase”, “HIV”, “transtorno bipolar”, “tuberculose”, acolhendo ao mal-estar que estas vivências implicam. Tratar disso com interdisciplinaridade e corresponsabilidade amplia a potência do cuidado. Permite acolher à diversidade, rompendo com a ideia de que todo atendimento deve ser feito na rua, e de modo coletivo. Diante dessa diversidade, não se pode conceber que o atendimento seja igual para todos. Atender de maneira diferenciada a pessoas singulares, o que inclui a possibilidade de atendimento individual e longe das ruas, ou nas ruas, ou em grupo, deve ser planejado caso a caso e instituí o instrumento denominado projeto terapêutico singular. O POP RUA tenta trabalhar cada sujeito como um caso único, com microdiscussões de caso e intervenções de responsabilidade de vários profissionais.

O oitavo eixo nos ensina a apostar nas dimensões do **vínculo** e da **autonomia**, deixando de lado a tutela. E não estamos falando apenas da tutela de responsabilidades, mas principalmente de sentidos, de significantes, de conceitos. Não se pode emprestar aos sujeitos um sentido que faz parte de um universo que não é o dele. E esse tipo de tutela é algo muito possível de se reproduzir no

trabalho com pessoas em situação de rua. A aposta do POP RUA tem sido na autonomia dos sujeitos. E foi grata resposta perceber que eles retornavam! Decidido que não iríamos operar com base em barganhas, não oferecendo remédios, lanches, soluções, benefícios, como iscas de construção de vínculo; optamos por apostar no comprometimento, no desejo dessas pessoas de se tratarem, de se cuidarem. E essa aposta foi fundamental para que esse serviço pudesse de fato acontecer. Até porque tais sujeitos para que sejam passíveis de serem tratados, devem sim, se responsabilizar por suas ausências, por seus abandonos. Não é porque alguém se vinculou ao serviço que a equipe deve tornar-se responsável por sua vida e morte, ou que deva resolver absolutamente todos os seus problemas, do abrigo ao dente, passando pela roupa que está faltando. Não é isso. O Consultório na Rua deve ser uma instância de responsabilidade, e para que essa instância funcione, é preciso que o serviço não apenas convide, mas que promova a responsabilização destes sujeitos.

Outro eixo-diretriz, o nono, que foi sendo estabelecido, e de modo bastante processual, deu-se com a percepção de que os usuários atendidos pelo Consultório na Rua eram os mesmos que a política de Assistência Social da cidade do Rio de Janeiro já atendia. Então, a questão passou a ser: atender esses sujeitos com base em nossos princípios (acompanhamento sistemático, o reconhecimento da singularidade e da diversidade desses sujeitos), mas sem jamais perder de vista a importância da **interlocução com os equipamentos da Assistência Social**.

Hoje em dia, o POP RUA continua o atendimento aos sujeitos abrigados nos mais diferentes serviços do Rio de Janeiro, sujeitos que já estavam vinculados ao serviço, contando também com apoio de *vans* que levam e trazem esses usuários, conforme as necessidades, atendendo assim às mais diferentes questões, incluindo morbidades graves e transtornos mentais. Sempre nos pareceu importante comparecer ao diálogo com a Assistência Social, sempre a

partir de cada caso, sempre considerando as necessidades e especificidades dos sujeitos, o que não é isento de dificuldades.

A construção de redes para o atendimento de tal população não é uma tarefa simples. Isso não se resume ao problema da referência e contrarreferência; mesmo diante de um simples trabalho de repasse de caso, de apresentação, de acompanhamento, é possível deparar-se com o fato de que os serviços não estão preparados para o atendimento a essa população, seja por questões relacionadas à temporalidade, à regulação de compromissos, ou à própria organização mental que a vida na rua exige.

Com o passar do tempo, foi aumentando nossa consciência das dificuldades de articulação das redes. Diante disso, nossa questão era: como fazer com que essas redes funcionassem, para essas pessoas? Fomos construindo uma série de estratégias, e uma delas diz respeito ao estabelecimento deste décimo eixo-diretriz, que aponta para a necessidade de se **considerar à rua como ferramenta de aposta clínica**. A rua não apenas como território físico, mas como território de vida dessas pessoas.

Ao abandonarmos a dicotomia “rua-sair da rua”, passamos a pensar na rua como território de significados. Quais os significados da rua? Quais os modos de vida na rua? Quais as ferramentas de tratamento? Na rua, as pessoas têm suas formas de organização, de alimentação, e nós precisamos saber mais a respeito disso. Os modos de se lidar com as medicações, por exemplo, não são os mesmos que para pessoas que têm as mesmas patologias, mas que não estão em situação de rua. Quando uma pessoa em situação de rua nos diz que está bem, apesar de uma série de problemas de saúde, ela não o faz em função do desconhecimento acerca de sua condição de saúde; ela o faz porque “estar bem” é algo realmente muito relativo. E é igualmente importante refletir sobre os sentidos inscritos na fala de uma pessoa em situação de rua, quando ela nos diz que está mal. Temos de nos haver com o “estou bem” como uma ferramenta de tratamento, porque isso nos fala de certa resistência, de certa forma de driblar as situações difíceis, de uma forma de negociar com a vida. Ao trabalharmos com o cuidado dessas pessoas, precisamos entender as ferramentas que a rua dá.

É possível, por exemplo, evitar uma internação, apostando que o sujeito vai conseguir administrar sua necessidade de resguardo ou intensificação de cuidados, a partir de arranjos construídos na própria rua. O Consultório na Rua não tendo como responsabilidade operar soluções ideais, mas trabalhar com o que está posto no caso. Dessa maneira, temos conseguido adesão em casos complexos, envolvendo hepatites, tuberculose, transtornos mentais graves, uso abusivo de substâncias, entre outras.

Outra questão dificilmente construída foi o acompanhamento dos casos quando se tornava necessária ou mesmo imprescindível a atuação de outro serviço da rede, por ser, quase sempre, muito complicado conseguir que esses serviços se responsabilizem por acompanhá-los.

Os casos de sujeitos com HIV são bastante emblemáticos desse desafio, já que final, não somos um serviço especializado no tratamento aos portadores do vírus ou que tenham desenvolvido a aids, apesar do grande número de casos. Todo o processo que envolve a testagem, o diagnóstico e o tratamento da aids tem um tempo, que definitivamente não é o mesmo tempo das ruas, de quem vive nas ruas. A morte é algo muito presente nas ruas, muito presente para as pessoas em situação de rua, e o diagnóstico positivo para o HIV amplia essa presença. Cabe à equipe do Consultório na Rua mediar esse processo, e mediar isso no tempo da rua, é difícil.

No início, começamos fazendo o teste por livre demanda, e isto foi muito difícil, pois começamos a produzir muitos resultados positivos. Que condições de acompanhar essas pessoas nós tínhamos? Há uma grande responsabilidade ética em produzir um resultado positivo e apresentá-lo a um sujeito, sem termos condições concretas de tratá-los e nesse sentido, precisamos muito do suporte dos serviços especializados no tratamento da aids. Hoje, fazemos o teste apenas com os usuários que já têm vínculos construídos com a equipe, na tentativa de minimizar os danos.

Mas a principal questão é que o tempo do processo de acesso ao tratamento do HIV não dialoga com os tempos dos sujeitos em situação de rua. E isto não vale apenas para a questão da aids; um sujeito em situação de rua que tenha hepatite viral ou uma gravi-

dez de risco passa pelo mesmo tipo de problema, já que a rede de saúde não considera as questões sociais e psíquicas como elementos que devem ser considerados na avaliação de uma urgência física.

Nossas estratégias de acompanhamento desses sujeitos têm sido focadas no caso a caso, ou seja, são os casos singulares que vão apontar as estratégias adequadas para cada situação. É a partir dos casos que o Consultório na Rua procura por parcerias; se essa procura é feita sem o caso, de forma genérica, repetidamente não é efetiva. Mas ao nos colocarmos como referência para o atendimento de pessoas em situação de rua, fundamentalmente para a saída desses sujeitos dessas unidades de saúde, pequenas mudanças ocorrem. Todas as unidades buscam referências para o atendimento dessa população, e quando nos colocamos como sendo tal referência, fica mais fácil conseguir que os outros serviços da rede intersetorial façam sua parte.

É o caso que nos guia, é o caso a nossa principal estratégia de gestão, tanto da rede quanto do serviço.

O décimo primeiro eixo-diretriz se refere à **implementação da abordagem às questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas, referida pela diretriz da redução de danos**, desconstruindo o foco voltado para a substância e progressivamente o redireciona para a história de vida do sujeito. Não temos diante de nós, por certo, a expectativa de uma mudança completa, de uma alteração cabal da situação que esteja implicando em Dano e sim, de um deslizamento de posição, que promova essa diminuição de prejuízo. Efetivamente, não nos referimos ao estatuto da Cura nesse processo, já que não há convocação do espectro posto em cena pela Doença, mas sim, do que é específico ao prejuízo, ao que prejudica o sujeito: do latim *præjudicare*, causa transtorno, perturba. Um deslizamento de posição ante o que perturba o sujeito, eis na intenção de quê, a Redução de Danos, desenha o campo de atuação do profissional de saúde.

A especificidade, a precisão do que o conceito de Redução de Danos, abordado nessa amplitude, evoca, é sem dúvida, um enquadramento fundamental para qualquer prática de saúde que se proponha ética e comprometida com as demandas dos sujeitos e não com as exigências sociais. O Consultório na Rua, portanto e

necessariamente, tem suas ações e não só as de saúde mental pautadas por essa lógica.

Por fim, o décimo segundo eixo aponta para a necessidade de **sistematização contínua de estratégias e metodologias**. Pensar nossas práticas como metodologias é uma tarefa na qual a equipe tem-se empenhado constantemente. O registro quantitativo da atuação, por exemplo, não tem sido algo simples, sendo importante empenhar-se nesse sentido, já que as nossas práticas convencionais não estão acostumadas a esse exercício. A própria sistematização desses eixos-diretrizes tem a ver com esse esforço. Esforço que se refere também às ações que continuamente tentamos implantar visando o décimo terceiro eixo, que preconiza **problematizar a prática visando extrair elementos referenciais que subsidiem a educação permanente da equipe e a atuação na micropolítica do território**.

O último e décimo quarto eixo-diretriz se compromete com **estimular a superação de lógicas convencionais de atenção à saúde, fragmentadas em ações programáticas ou despontecializadas pela dicotomia entre saúde física e mental**. Diretriz de síntese, que faz convergir as anteriores e responde como paradigma da atenção à saúde do Consultório na Rua POP RUA. Diretriz que pauta uma lógica de prestação de cuidados que lança em cena, cotidianamente um exercício: faz-se preciso observar, com acuidade, o risco dos pequenos manicômios cotidianos, por vezes bem disfarçados, expressos nos modelos de atenção que visam anular os sujeitos. Práticas podem ser manicomiais, coercitivas, repressoras, e, mais do que isolar sujeitos, podem isolar formas de estar no mundo.

Esse risco está implícito em qualquer serviço e o Consultório na Rua com sua práxis junto à população de rua, deve continuamente rever seus processos, precavendo-se contra esses modelos. Os eixos-diretrizes aqui elencados e que foram produzidos no cotidiano de trabalho do serviço, funcionam para nós como referências e como metas. Espelhos que refletem nossa práxis e nos intimam a indagarmos continuamente: o que olha ali? Nesses quase três anos temos tentado responder.

3

Promoção da Saúde:  
Relato de experiência da equipe do  
Consultório na Rua do Teias-Escola  
Manguinhos-Ensp/Fiocruz

MIRNA TEIXEIRA  
CHRISTIANE SAMPAIO  
MARCELO SOARES  
CARLA LIMA  
VALESKA ANTUNES  
JOSÉ DELLANEY LIMA  
ANDERSON ARAÚJO  
WAGNER MENDONÇA  
REJANE MELLO  
DANIELE LOPES  
ELYNE ENGSTROM



Uma criança vê o que um adulto não vê. Tem olhos atentos e limpos para o espetáculo do mundo. O poeta é capaz de ver pela primeira vez o que de tão visto ninguém vê. Há pai que nunca viu o próprio filho. Marido que nunca viu a própria mulher. Isso exige às pampas. Nossos olhos se gastam no dia a dia, opacos. É por aí que se instala no coração o monstro da indiferença.

— OTTO LARA RESENDE, Vista cansada

**N**a memória e nas histórias dos membros da nossa equipe que moram, moraram e os que conviveram e ainda convivem tanto no trabalho, como nos espaços de socialização e lazer, Manguinhos tem múltiplas representações. Para alguns o território de Manguinhos,

traz lembranças de momentos de grande violência, afronta, medo, para outros o lugar que escolheu para trabalhar, um território intrigante e cheio de vida, um lugar afetivo carregado de experiências bacanas e brincadeiras entre amigos. Nossas conversas vão se complementando e dando vida a essa experiência que vamos relatar agora a você, nosso leitor.

Nossa equipe de Consultório na Rua é composta por onze pessoas, formada por três agentes sociais, uma médica, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, uma psicóloga, uma assistente social, um dentista e uma técnica em saúde bucal. Além da nossa equipe técnica, contamos com a colaboração de um motorista.

Em Manguinhos, a população que se encontra em situação de rua está, na sua maioria, envolvida com o uso abusivo de crack, álcool e outras drogas e a atenção à sua saúde constituiu pauta de reivindicação dos moradores de Manguinhos na Conferência Local de Saúde, realizada em 2011. Neste mesmo ano foi formado o *Consultório na Rua* do Teias-Escola Manguinhos, com sede na Clínica da Família Victor Valla, tendo como objetivo garantir saúde de qualidade, de forma rápida e eficiente.

A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas de 2003 elegeu a redução de danos como estratégia de saúde pública para ser implementada na população usuária de substâncias psicoativas (SPA). Uma grande parte dessa população vive em situação de rua e tem dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde; pensando nisso foram criados os consultórios na rua, tendo em vista a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011), como uma das intervenções que visa ampliar o acesso desses usuários.

O acolhimento e as ações de prevenção são apenas a primeira atenção à saúde dessas pessoas, que na maioria das vezes necessitam de outros cuidados: de um Centro de Atenção Psicossocial focado em álcool e outras drogas (Caps AD), da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou até mesmo da atenção de outros setores como a Assistência Social.

Articular uma ação juntamente com as pessoas que vivem em situação de rua e poder incentivá-las a procurar as equipes de Consultório na Rua que pertence à Clínica da Família, definir os



planos de cuidado e articular o conjunto de equipamentos e de equipes intersetoriais no território e fora dele é o grande desafio do trabalho do *Consultório na Rua* (CnaR).

Cabe ressaltar que o Consultório na Rua faz parte do projeto Teias-Escola Manguinhos, iniciado em dezembro de 2009, tendo como base o contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)/Fiocruz, por meio da Organização Social Fiotec.

### Contexto da intervenção

Manguinhos é um bairro da zona norte do Rio de Janeiro e apresenta um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, com habitações em territórios favelizados e com problemas como a violência, expressa nos altos índices de morbimortalidade por causas externas e o consumo e tráfico de drogas relevantes para os campos da saúde, assistência social, segurança pública. O contingente de indivíduos vivendo nas ruas de Manguinhos, na maioria usuários de álcool, crack e outras drogas, é uma situação alarmante no território. Fica demarcado um cenário epidemiológico de consumo de substâncias psicoativas, especialmente álcool e crack, cocaína e inalantes, com graves consequências sociais e de saúde para os usuários e a comunidade. O acesso a serviços especializados no tratamento de usuários de drogas, e mais especificamente ao Caps AD, é mais baixo ainda, próximo de zero, agravado pelo fato de não haver nenhum Caps AD no território de Manguinhos até hoje, em 2012.

Em abril de 2012, segundo os dados de cadastramento da ficha A da Saúde da Família, Manguinhos contava 37.000 indivíduos residentes e cadastrados — que se encontram sob cuidado das equipes de saúde da família, das equipes de saúde bucal, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e da Equipe de Consultório na Rua (CnaR). Nesse território, além dos agravos crônicos, infecciosos e agudos, o uso abusivo de álcool e drogas ganha destaque com o uso de crack.

Como demonstra a literatura internacional, o consumo de crack tem-se mostrado associado a uma série de danos e agravos à

saúde, a saber: os quadros psicopatológicos diversos; os agravos de natureza infecciosa e não infecciosa; a vulnerabilidade social e a criminalização. A vitimização e o envolvimento dos usuários no contexto da criminalização, marginalização e violência demarcam um círculo vicioso de miséria, estigma e formas graves de abuso e dependência às drogas.

## CUIDADO INTEGRAL DOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE RUA

A dimensão do cuidado pela equipe ocorre em duas modalidades de intervenção: na rua e na clínica.

### Abordagem na Rua

A abordagem no território começou com visitas sistemáticas ao território, espaços abertos de aglomeração de usuários de drogas, principalmente de crack — uma das características da população em situação de rua no território de Manginhos. À medida que abordávamos os usuários e falávamos do nosso trabalho, íamos garantindo tanto a chegada deles ao serviço, assim como o estabelecimento de um laço de confiança e cuidado. A abordagem que norteia essas ações tem como enfoque a estratégia/filosofia de redução de danos, direcionando a oferta de cuidados que minimizem as consequências adversas do uso prejudicial de drogas, tanto para o indivíduo como para a sociedade, o que não implica necessariamente abstinência, mas quando esta é pautada pelos usuários nos voltamos para constituir de forma singular essa fonte de cuidado. A ideia do discurso e da prática é sempre pautar-se nos princípios de respeito à “liberdade de escolha” e da “corresponsabilidade” do usuário em seu tratamento e autocuidado.

Uma das etapas importante no início, e durante todo o processo de intervenção na rua, consiste no mapeamento do território, que parte da identificação dos locais de concentração das pessoas atendidas pela equipe. Esse mapeamento é realizado geograficamente, etnologicamente, ou seja, uma descrição detalhada do local, incluindo dados importantes tais como: análise

territorial, estrutura física, características ocupacionais, perfil dos ocupantes, número de pessoas nos diversos turnos, o tipo de atividade realizada no local. Vejamos dois exemplos de mapeadas com siglas fictícias:

◆ MP — Região bastante precária, com desapropriação de pessoas, muito lixo e valas, pessoas fazendo uso de drogas. Localizada ao longo do Canal do Cunha, no final do muro dos Correios, onde há um acampamento montado, casa feita de papelão, lençóis, caixotes, onde se reúnem cerca de 34 a 45 usuários de crack durante o dia. Observação feita no mês de janeiro de 2012.

◆ CC — Área de grande concentração de usuários de crack e comércio de drogas, local de uso e descanso, onde alguns usuários ficam embaixo de tendas, perfazendo um total de dezoito, distribuídos no entorno do campo, dentro do campo, local com muito lixo e animais como porco, cavalo, cachorro entre outros. Observação feita entre março e maio de 2012.

Vale ressaltar que como estamos trabalhando com um território bastante dinâmico, é necessário rever o mapeamento a cada período e descrever a cena novamente e suas alterações.

Outra etapa importante é o processo de aproximação aos usuários, que perpassa as primeiras conversas que ocorrem ainda no território, no “olho no olho” com os usuários, para apresentar nossa proposta de cuidado e abrindo espaço para que as pessoas compartilhem suas demandas. Para isso, o acolhimento é uma das passagens mais importantes, que implica ouvir as questões, sem juízo de valores ou preconceitos, trabalhar com eles as possibilidades de cuidado, sempre atento aos limites e possibilidades de cada pessoa; para isso apresentamos opções de cuidado que dispomos.

Depois de estabelecido o vínculo e o plano de cuidado — na maioria dos casos no espaço físico da Clínica da Família, em caso de não adesão à proposta, realizamos busca ativa no território para promover o cuidado, seja o uso de medicação, as consultas de pré-natal, a ação de limpeza e cuidado de feridas, entre muitas outras. Essa ação que aparentemente parece paternalista e assistencialista é, muitas vezes, a única forma de vínculo e cuidado possível a uma população com inúmeras dificuldades de adesão às mais diversas formas de tratamentos.

Muitas vezes combinamos ações de saúde com ações de assistência social, já que as vulnerabilidades sociais são limitantes de algumas situações de saúde. Quando os usuários nos solicitam tratamento para parar de usar drogas, iniciamos uma análise das possíveis condições de adesão juntamente com o perfil de cada usuário. Para isso precisamos acessar a rede em busca de abrigo, documentação e também apoio, quando há abertura à reinserção familiar.

A grande vantagem de estabelecermos uma escuta e prática com enfoque na estratégia de redução de danos aos usuários de álcool, crack e outras drogas é a possibilidade de fazermos acordos diversos e alterarmos os planos de cuidado; repactuando-os com os usuários de acordo com as possibilidades e necessidade estabelecidas por eles; assim democratizamos o cuidado, tanto do ponto de vista da inclusão dos diversos interesses do usuário, como do aspecto dos profissionais envolvidos, já que neste modelo de atenção todos os profissionais têm papel primordial no cuidado.

Nas ações de campo incorporamos atividades educativas e informativas — fazemos cartazes com informações diretas e práticas sobre as patologias mais recorrentes, e procuramos ampliar para questões como a importância de ter documentos, o direito a moradia, o aspecto do autocuidado como alimentação e higiene. Conversamos sobre possíveis danos relacionados ao uso de drogas, bem como riscos possíveis com o compartilhamento de equipamentos para uso de drogas, uso do preservativo, direitos humanos, dentre inúmeros outros temas que podem ajudar na qualidade de vida dos nossos pacientes.

Atividades artísticas e recreativas estão pautadas para uma nova etapa do trabalho de intervenção de território, como partidas de futebol, roda de capoeira, trabalhos manuais, oficina de beleza e customização — intensificando o vínculo e a integração das ações curativas, preventivas e de promoção da saúde.

Estar na rua, vivenciar uma proximidade com os usuários, lidar com as suas condições de vida, muitas vezes desumanas, carregadas de simbologias, vulnerabilidades, contradições, se faz como um dos momentos mais importantes da atuação dos profissionais. Essa realidade demanda à equipe um peculiar atributo — o desejo de entrar em contato com essa realidade, a disponibilidade de

nela encontrar brechas para o cuidado, estabelecer empatia com o que ocorre com essas pessoas, ouvir e encontrar potencialidade em suas falas.

### Intervenções na clínica

A chegada das pessoas em situação de rua na Clínica da Família ocorre de diversas formas, por demanda espontânea daqueles que foram acessados na rua, quando um usuário já atendido leva um amigo que está precisando de cuidado, ou encaminhados pelos mais diversos dispositivos da rede.

A equipe do Consultório na Rua de Manguinhos tem como espaço de estruturação de seu trabalho na Clínica da Família Victor Valla, uma sala, em frente à qual há um pequeno espaço para aquelas pessoas que querem falar com algum profissional da equipe. Acolhemos todas as pessoas que chegam independente de agendamento, fazemos uma análise das demandas, esclarecendo como se dará o processo de cuidado, tendo em vista a demanda apresentada, e sempre demonstramos a nossa satisfação em recebê-los. Alguns usuários mais íntimos batem na porta da sala, abrem a porta e vão entrando. Num sentido metafórico e concreto trabalhamos de “portas e braços abertos”.

Nesse momento verificamos se o usuário é cadastrado, se não houver cadastro um dos agentes sociais preenchem a ficha E (ficha específica para cadastramento de PSR, modelo adaptado pela equipe de Manguinhos), que contém várias informações importantes sobre os usuários — identidade pessoal, saúde, família, ocupação, tempo que está na rua e onde localizá-los no território. Com isso, geramos um cadastro no Sistema Avançado de Informações em Saúde (prontuário eletrônico) e este usuário passa a ter seu número no SUS, mesmo que não tenha documentação. Dessa forma constituímos uma efetiva abertura nos espaços do SUS para as pessoas vivendo em situação de rua.

Depois disso avaliamos a demanda e uma dupla de profissionais acolhemos o usuário, se a demanda é clínica, o médico ou o enfermeiro ficam à frente, com apoio do técnico em enfermagem. Os demais — agentes sociais, psicólogo e assistente social — ficam

no apoio, aprimorando o manejo da escuta compartilhada. O mesmo ocorre quando a demanda é terapêutica ou social — o psicólogo e assistente social ficam à frente e os demais no apoio. As configurações que ocorrem no atendimento são inúmeras, porém o mais interessante é a prática da clínica ampliada, pela qual as intervenções no plano biológico combinam-se aos aspectos subjetivos e sociais, disparando produções novas e abrindo caminhos terapêuticos, num processo de corresponsabilização dos profissionais e usuário do serviço, mediante a construção de um plano terapêutico.

A equipe de saúde bucal participa das ações de campo, tendo em vista a informação e o cuidado, mesmo com pequenas avaliações da saúde bucal dos usuários na rua. A ação demorou um pouco mais para entrar no rol do processo de cuidado por medo, fantasias e desconhecimento dos dentistas que atendiam na Clínica da Família e tinham algumas resistências ao atendimento. Hoje contamos com dois profissionais responsáveis por esse cuidado, trazendo “suas bagagens” e também aprendendo e conhecendo os agravos na saúde bucal dessa população, os preconceitos e os efeitos desses agravos na autoestima, conseguindo assim mais uma brecha na ampliação do cuidado específico a essa população.

### **Processo de trabalho**

Atender a população em situação de rua no território de Mangueiros, por meio da estratégia de saúde da família, buscando minimizar as consequências relacionadas aos aspectos sociais e à saúde, tendo o consumo abusivo de drogas como um dos desafios do nosso território, exige mudar o foco da abstinência (parar de usar) para o foco de redução de danos promovendo o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida. As ações empreendidas têm como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, porque, mesmo que nem todos os usuários consigam ou desejem abster-se do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos danos tanto físicos como sociais possivelmente decorrentes de seu uso.

Para alcançarmos nosso objetivo organizamos nosso processo de trabalho na rua em dois turnos por dia, dividimos o campo por

áreas e visitamos as cenas, de acordo com a demanda existente e escala predefinida, tendo em vista a cobertura dos locais de concentração já mapeados. Na Clínica da Família temos também definida uma escala da equipe técnica, tendo em vista agendamentos e efetividade do cuidado prestado e as tarefas internas também são decididas e divididas coletivamente. Realizamos semanalmente uma reunião técnica que envolve todos os membros da equipe do Consultório na Rua: essa é a oportunidade em que discutimos casos, processos de trabalhos, parcerias e elaboramos o planejamento das nossas ações. Também uma vez por semana participamos do processo de educação permanente juntamente com as outras equipes da Clínica da Família Vitor Valla.

Como método de organização do trabalho, contamos com o cadastramento dos usuários em sistema digital, podendo disponibilizar os procedimentos e histórico do usuário para todos os integrantes da equipe. Como mencionado, usamos a Ficha E para cadastro dos usuários que, na maioria das vezes, é preenchida na Clínica da Família, visto que procuramos minimizar a exposição do usuário em campo/rua. Utilizamos diários de campo, não informatizados. Estes são preenchidos a cada visita de campo, é um registro importante que auxilia na identificação das ações realizadas em campo. Outro instrumento utilizado pela equipe Consultório na Rua é um informativo no formato de talão de cheque do qual uma das partes é destacada e dada ao paciente; ela registra o endereço da Clínica da Família, o número do consultório da Equipe, o nome dos integrantes da equipe; a outra parte fica conosco, nela anotamos a principal demanda apresentada e o nome ou apelido do usuário. Esse instrumento serve como guia de encaminhamento, num esforço de formalização do processo, entretanto, deixamos claro que o papel não é necessário para o atendimento. Percebemos que, ao procurarem o serviço, dificilmente os usuários apresentam esse papel.

Rotineiramente vamos junto com os usuários, acompanhá-los aos serviços da rede de saúde e da assistência social para os quais os encaminhamos, realizamos visita aos usuários que estão vinculados a outros serviços, além das visitas a outros serviços de saúde e de outros setores, visando fortalecer as opções institucionais de apoio aos usuários.

## Atendimento aos moradores do abrigo da Fundação Leão XIII

Desde o início do projeto acolhemos os usuários advindos da Fundação Leão XIII, equipe de abrigamento da assistência social, buscando fortalecimento das ações intersetoriais, numa via de mão dupla, onde atendemos os usuários do abrigo e para onde encaminhamos os usuários atendidos pela nossa equipe. Com isso, nossos laços se estreitaram e passamos a ter uma ação mais sólida e bastante eficaz — realizamos eventos no abrigo sobre saúde, qualidade de vida, atenção à saúde em todas as áreas, inclusive na avaliação odontológica, dentre outras atividades.

### A construção da Rede

A rede de atenção à saúde (RAS) é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que existem num determinado território geográfico; já a rede de uma equipe de Consultório na Rua, não deve estar restrita a uma região: os usuários se afastaram de sua moradia e deixaram para trás vínculos com as suas famílias, familiares distribuídos em inúmeros bairros, municípios e até mesmo em outros estados. Os usuários atendidos pela equipe do Consultório na Rua são oriundos de vários locais, e quando em alguns casos se reintegram à família ou escolhem novos locais de moradia, eles contam com a nossa ajuda para se reinserirem numa nova rede social e de atenção à saúde num novo território.

O trabalho com as pessoas em situação de rua exige que esses serviços, que não são abstrações sociológicas, mas são formados por pessoas, sejam como os nós de uma rede de pesca, e que possam interligar-se, integrando as ações focadas nas necessidades peculiares do usuário — a unidade básica de saúde, o centro de atenção psicossocial (ainda ausente no nosso território), o hospital geral, a unidade de pronto atendimento, o conselho distrital de saúde, o conselho regional de assistência social, dentre outros. Entretanto, a construção de uma rede na saúde e assistência social sugere mais que a disponi-



bilidade de um serviço, e implica levarmos em consideração como esses serviços se comunicam e quais modelos de cuidado ele produz.

A construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de ações que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de melhora na comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes para os usuários.

Enquanto equipe com foco de atuação na rua e interligada às ações da atenção básica, trabalhamos a promoção do cuidado, o que exige a construção de uma rede mais ampla, que muitas vezes é constituída na prática diária, caso a caso. A equipe visita instituições e busca realizar ações conjuntas, tendo em vista a hierarquização e ordenamento da rede de serviços de saúde, estabelecendo assim maior proximidade. A equipe atua de forma dinâmica, seja através de visitas, escuta qualificada, devolutiva e acompanhamento dos casos às instituições envolvidas, conhecendo de forma minuciosa os fluxos, procurando garantir uma ação de cuidado responsável e eficaz às pessoas atendidas, buscando favorecer um cuidado compartilhado.

É importante que a atuação da equipe do Consultório na Rua, centrada no usuário, seja feita em rede, com articulação junto aos diversos equipamentos de saúde e de outros setores, mas sempre com uma das marcas importantes do nosso trabalho — a responsabilização pelos casos.

As visitas institucionais que realizamos, no esforço de construção de uma rede, geraram a criação de um catálogo de serviços disponíveis, construído pelos contatos com os usuários, profissionais, fóruns e demais dispositivos, respeitando os processos de referência e contrarreferência já formalizados na rede.

Além disso, construímos uma agenda falada, onde descrevemos os nossos sentimentos, perfil, características, entraves e facilidades encontradas nos serviços visitados; esta agenda nos ajuda a pensar o que podemos combinar no que se refere a cuidado para o paciente, levando em consideração seu perfil e desejo e adequando as opções dos serviços que dispomos.

## Gerência do cuidado

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe Consultório na Rua de Manguinhos, em consonância a Estratégia de Saúde da Família, tem responsabilidades sobre o cuidado, e se apresenta como gestor do projeto terapêutico e, portanto, acompanha os casos, garantindo acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para não perder o vínculo com o usuário do serviço, tendo em vista a nossa missão de desenvolver o cuidado de forma longitudinal.

A equipe Consultório na Rua busca os pacientes no território, estabelece vínculo e cuidado, encaminha quando necessário, mantém contato durante esse processo de encaminhamento, caso necessário compartilhando o cuidado com o outro serviço. Independente do resultado terapêutico, continuamos a nos colocar como porta de entrada a qualquer momento caso o paciente precise ou em situações em que possamos identificar alguma nova necessidade de cuidado, podendo reiniciar uma nova proposta terapêutica, sempre lembrando o quanto é importante ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas.

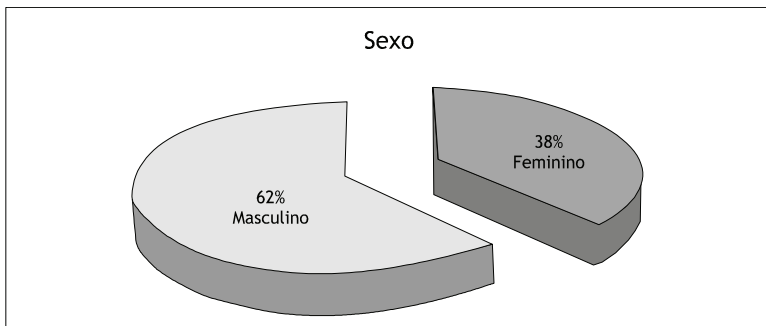
### Perfil dos usuários cadastrados na equipe

Conhecer e compreender essa população que se encontra em situação de rua em Manguinhos é tarefa constante, sempre renovada, assim como sabemos de antemão que são constantemente renovados os fluxos e as dinâmicas de viver dessas pessoas. Um instrumento que contribui para esse conhecimento é o cadastramento dos usuários no serviço, que tem como base a ficha E — específica para cadastramento das PSR.

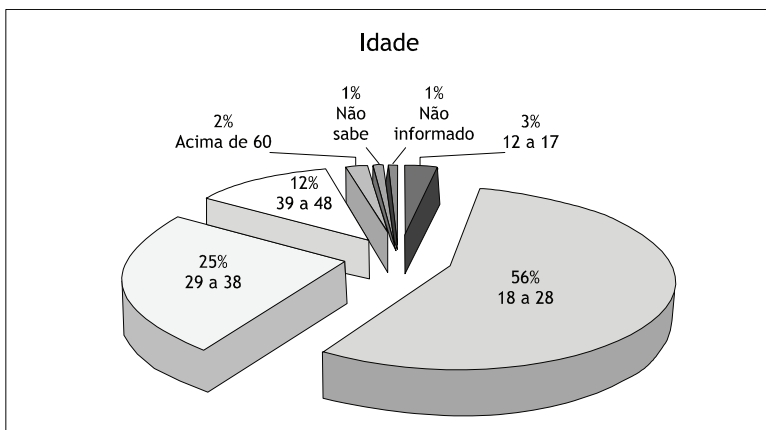
Com o objetivo de desenhar um perfil dos usuários atendidos pelo Consultório na Rua de Manguinhos, apresentamos a seguir a análise de uma amostragem de duzentos cadastros efetuados no período de outubro de 2010 a junho de 2011.

Vejam os principais dados levantados:

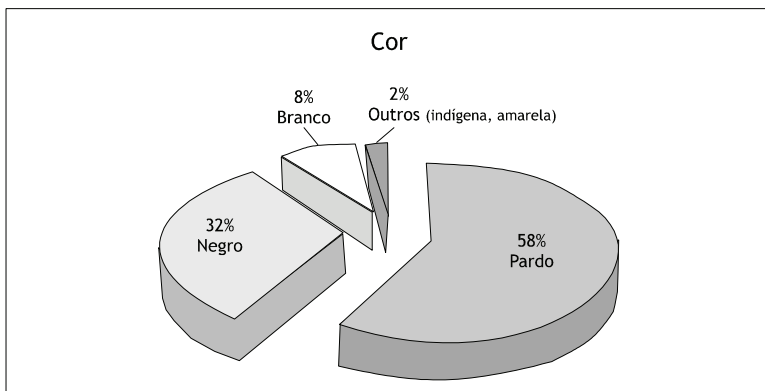
Sobre sexo, temos uma maioria do sexo masculino, porém um percentual não desprezível de mulheres, em torno de 38%. Mesmo em menor número nas ruas as mulheres tendem a falar mais de saúde e geralmente demonstram interesse em algum tipo de oferta que a equipe faz em campo.



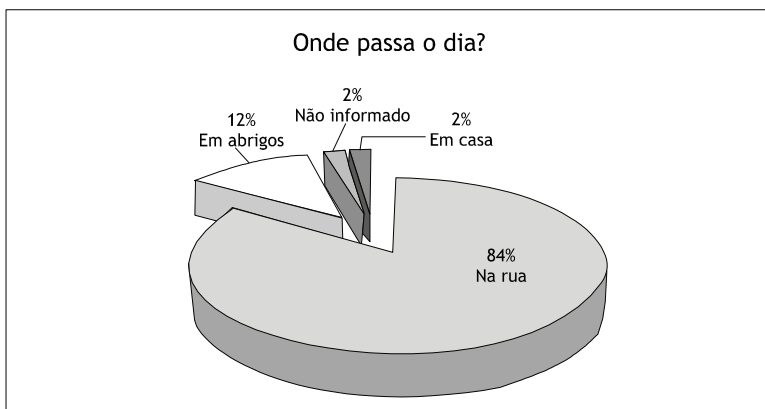
Sobre a idade, 56% dos nossos cadastrados são jovens e jovens adultos e se encontram na faixa de 18 a 28 anos. Foram poucos os cadastrados e atendidos menores de 18 anos, com percentual de apenas 3%. Percebemos nas ações de campo que os menores são mais desconfiados e têm maior dificuldade de aceitar as ofertas de atenção e cuidado. Já as pessoas com mais idade tendem a prolongar o diálogo e retornar diversas vezes ao serviço.



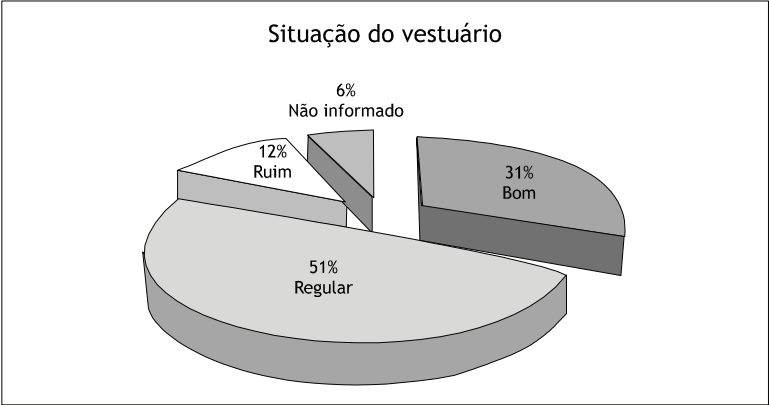
Quanto à cor, a maioria se autorefere pardo (58%). O índice de pessoas brancas é expressivamente pequeno (8%), especialmente se comparado aos negros e pardos que, juntos, somam 90% dos usuários.



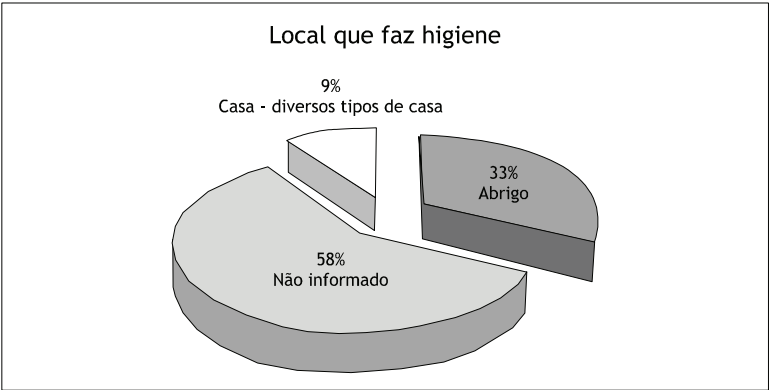
Quando indagados sobre o local onde passam o dia, a grande maioria respondeu na rua (84%), o segundo local mais informado foram os abrigos (12%).



A avaliação do próprio vestuário foi majoritariamente auto-considerada como regular (51%), e expressivamente como boa (31%) e apenas 12% autoavaliariam seu vestuário com o ruim.

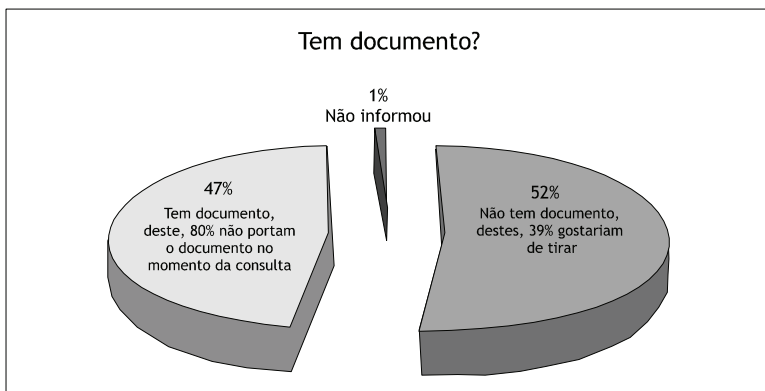


Indagados acerca do local onde realizam sua higiene pessoal, encontramos um número significativo de “não informado” (58%). Certamente esse resultado ampara-se não na ausência de bicos e canos de água expostos publicamente, mas sim no constrangimento de uma exposição íntima, corporal, que a vivência na rua impõe às pessoas. Encontramos vários usuários nas ruas fazendo higiene nesses locais, nas cenas mapeadas.

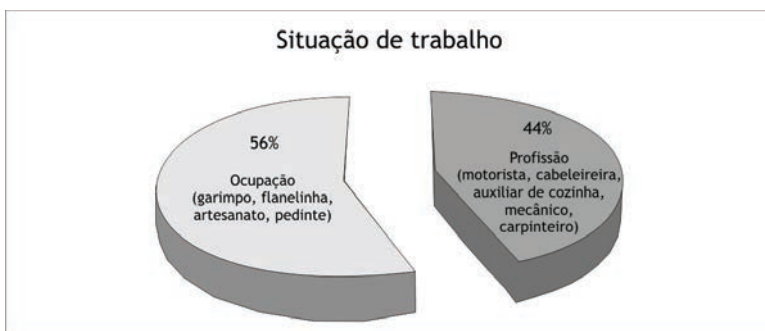


Sobre a documentação dos usuários cadastrados, 52% não têm de fato documento, a maioria perdeu ou foi roubado, e 39% gostariam de obter uma documentação. De quase metade (47%)

que afirma possuir documentação, apenas 20% apresentaram-na no momento do cadastramento, e a maior parte (80%) não portava documentos durante o cadastramento, e relataram que eles ficam de posse de alguma outra pessoa — responsável, familiar, amigo e até mesmo traficante.



O item da ficha E de cadastramento que investiga a situação de trabalho é complexo porque mistura profissão e ocupação, para isso separamos os dois itens e pudemos aferir que a maioria atualmente tem ocupação, mas muitos já tiveram algum tipo de profissão, porém alguns nunca exerceram, outros conseguiram trabalhar durante algum tempo na profissão e também mantiveram vínculo formal de trabalho.

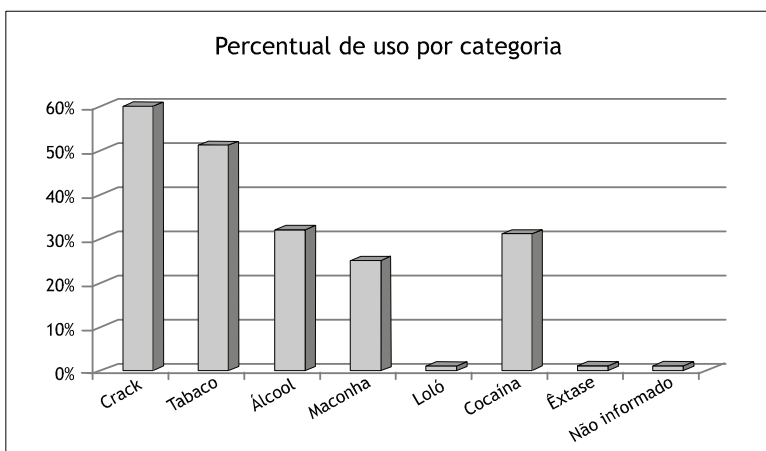


Quando indagados sobre o uso de drogas, a esmagadora maioria (99%) relata usar alguma substância psicoativa. Isso reforça nos-

sa focalização em cuidados que se adéquem a essa população, investindo em ações de redução de danos advindos do uso de drogas.



Além desses aspectos, indagamos sobre quais drogas são consumidas e percebemos na maioria dos casos ocorre o uso concomitante de duas ou mais substâncias, a maioria relata uso de crack seguido do uso de álcool. O tabagismo está presente como droga de maior concomitância com as outras drogas. Além desses resultados, mostrados pelo gráfico, identificamos que a maioria dos usuários faz uso concomitante de substâncias.



## Considerações finais

Esperamos que o relato dessa experiência possa servir de incentivo a outros profissionais, serviços e gestores a darem passos e constituírem novos espaços de cuidado e atenção às pessoas em situação de rua, podendo contribuir para delinear espaços receptivos e respeitosos, eficientes e participativos, para esse grupo de pessoas que é muitas vezes hostilizado, estigmatizado e vulnerável a inúmeros agravos clínicos, psicológicos, econômicos e sociais.

As primeiras experiências ainda recentes dos dispositivos de Consultórios na Rua, como a nossa de Manguinhos, visa fortalecer esses dispositivos como uma porta da entrada importante na rede de cuidado da saúde e intersetorial promovendo um cuidado integral em saúde, com suporte em saúde mental de forma que a atenção básica possa ser realmente a ordenadora de atenção à saúde.

## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. *Redes de produção de saúde, série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Campos, G. W. S. Paideia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, vol. 10, n.º 2, pp. 7-14, Londrina, 2003.
- . *Um método para análise e gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Franco, T. B. *Integralidade na assistência à saúde: organização das linhas de cuidado*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Whitaker, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Mutações Sociais*, ano 2, n.º 3. Rio de Janeiro: Cedac, 1993.



## Território de Pedra

RODRIGO SILVA SIMAS  
DANIEL DE SOUZA



### À primeira vista

JÁ DE LONGE vemos miséria, pobreza, degradação, segregação a céu aberto. De perto, um terrível cenário contemplado. Depois de alguns dias de “pedra”, todos são iguais, corpos torrados de sol, descalços, trajando o mínimo de trapos para assegurar alguma intimidade. Os corpos esqueléticos dos homens e das mulheres/meninas assustados e negligentes a contatos que não envolva um copo como forma de mediação. As crianças nos dias de chuva se acotovela como um mar negro e sujo se esquentando através do contato mútuo, inocentemente sexualizado. Muitos ficam na entrada da favela, em frente a um colégio público, não para estudar, mas sim para morar, vivendo em torno da “pedra”.

Moléstias de um campo de batalha: desnutrição, desidratação, doenças sexualmente transmissíveis, mutilações (alguns sem pernas, braços, ou outras partes do corpo), traumatismos (paulada no braço, coronhada no rosto), abandonados até a morte, pois em alguns casos o apodrecimento é tamanho que nem entre os próprios usuários conseguem algum apoio, e, então, ali jaz mais um. Entre os mais velhos, alguns bebuns que, quando comparados aos usuários pesados de crack, parecem felizes e serenos, amistosos a um bom papo, e se possível a um abraço.

Muitos não sabem mais como foram parar ali, ou até mesmo como sair. Voltar para casa, jamais (não dizem o nome dos parentes,

dos domicílios e, se lembram, não parecem interessados em lembrar suas origens). Cuidar do corpo, só com alguma insistência acolhedora, sem exageros, e quando a situação já está evidentemente crítica. Um complexo mercado de lixo, no meio do lixo, onde esse resto serve de fonte de produção de mais gente, mais copos e por conseguinte mais fumaça. Em dias de chuva o campo se obscurece, pois o aglomeramento parece aumentar toda a insalubridade do ambiente. A rua parece exercer alguma atração irresistível aos usuários de pedra, pois a dificuldade de realizar qualquer movimento, no sentido mais literal do termo, é radicalmente difícil.

A unidade básica de saúde, que abriga a equipe e na qual são recebidos os usuários, localiza-se a menos de cem metros de onde fica a maior aglomeração de usuários (trilho do trem). Mesmo assim, a maior parte dos que são abordados, dizem que irão nos procurar depois. Ao sair das cenas, os usuários desmaiam em um sono profundo que dura algumas horas e, refeitos, voltam rapidamente para mais um mergulho no abismo. Além da ação da equipe do consultório na rua,<sup>1</sup> só entram ali pregadores de todas as espécies, pastores das mais diversas igrejas, membros de uma multiplicidade de religiões, agentes do Rio Acolhedor e da polícia. Em quinze dias de trabalho, ainda é difícil conhecê-los pelo nome, pois, ao que parece, as aglomerações e homogeneidade do bando dificultam a aproximação por meio de palavras. Quando muito, percebem-se tímidos sorrisos de poucos visivelmente reprimidos pela cara de contrariedade dos demais. Ao adentrar na comunidade, um outro modo de civilização se coloca. Maconha liberada, bares cheios, com gente bebendo em todos os momentos do dia, entre um grande contingente de transeuntes indo para o trabalho e dele retornando, três ou quatro usuários espremidos entre um pequeno vão embaixo de um toldo, apagados durante o dia. Muitos tiques, piscar de olhos, travam ao tentar falar, evitando cruzar os olhos com os que não fazem parte dessa apartada realidade.

1 Relato desenvolvido em junho de 2012, período em que o equipamento não havia se transformado em consultório na rua.

CENA I — QUEM SABE UM POUCO DE MÚSICA?

MÚSICA CONSULTÓRIO NA RUA TRILHOS URBANOS  
(Leandro Partideiro/Silvio Romero)

Eu vou, eu vou  
Vou seguindo sem frescura  
Estou sempre à procura  
Levo saúde e amor  
Eu sou, me apresento com ternura  
Minha equipe é de rua  
Onde estiver, estou  
Jamais vou te criticar, jamais  
Venho só trazer a paz  
Só quero te dar o bem (o bem)  
E vem com teu coração aberto me abraçar  
Pois sua vida eu quero resgatar  
Basta você se ajudar



É SOL E CHUVA  
EU TO NA LINHA  
EU TO NA LUTA  
NÃO IMPORTA A LABUTA  
SOU DA EQUIPE DE RUA<sup>2</sup>

Sáímos em um grupo de cinco pessoas, duas cantando, uma com um violão, uma com pandeiro e eu com um chocalho. Praticamente doidos aprontando maluquices pelo território. A intervenção promove afetações, alguns observam com curiosidade, outros com repúdio e evitação, mas curiosamente alguns arriscam cantar timidamente. Uma menina, diz “eu sei tocar violino. . . eu fiz meu violino” e entusiasmados nos aproximamos, ela se apresenta e chama seu irmão de idade próxima, companheiro nessa vida. Conta que onde morava fazia parte de um projeto e que desde os cinco

2 Samba composto por agentes sociais da equipe.

anos fora introduzida na arte da música. Não vai adiante, mas se arrisca a cantar e mesmo em tom baixo é acompanhada pelos cerca de trinta que se aglomeravam naquele ponto, e surpreendendo a todos os membros da equipe:

A CASA  
(Toquinho e Vinicius de Moraes)

Era uma casa muito engraçada  
Não tinha teto, não tinha nada  
Ninguém podia entrar nela não  
Porque na casa não tinha chão  
Ninguém podia dormir na rede  
Porque na casa não tinha parede  
Ninguém podia fazer pipi  
Porque penico não tinha ali  
Mas era feita com muito esmero  
Na rua dos bobos, número zero.

Apesar da evidente proximidade com a realidade ali existente, não pareciam nada constrangidos com o conteúdo da música. Passado o breve instante de proximidade, nos identificamos e nos colocamos disponíveis para qualquer demanda que viesse a surgir.

CENA II: QUASE MORTE

Um senhor pergunta se somos da saúde e informa que um homem está no trilho a poucos metros coberto de moscas e possivelmente morto. Chegamos ao local e avistamos um corpo isolado, entre trapos coberto por moscas. Ao nos aproximarmos, um dos membros da equipe percebe que ainda respira. Identificando no braço, um nome tatuado, começamos a chamar por ele que para surpresa da equipe ergue-se. Surge um jovem com apenas uma perna, que mesmo assim está bastante comprometida, apresenta ferimentos no rosto, marca de atrito com asfalto, desnutrido e pos-

sivelmente desidratado. Com uma expressão transtornada, olha para nós e se mostra receptivo a qualquer tipo de ajuda.

Um suposto pastor para ao lado e começa a proferir que o jovem tem problemas espirituais, lanço um olhar de reprovação e o pregador ensandecido que parece entender o recado aceita pregar em outro lugar. Ninguém dentre os muitos transeuntes (motociclistas, pedestres e “trabalhadores informais”) oferece alguma ajuda à equipe. Sem saber o que fazer, tentamos com uma vassoura, fazendo-a de muleta, possibilitar que T. se locomova, sem êxito. Em um ato de desespero e sem alternativas em vista, os membros da equipe servem de apoio para que T. se levante. Logo em seguida uma técnica da equipe aluga um carrinho usado para transportar água de um senhor que ali passava. Colocamos T. em cima e o levamos até a unidade de saúde. Ao chegarmos lá, percebo o quanto sua chegada mobiliza quem está no interior da clínica e que o jovem parece envergonhado, possivelmente pelo estado de degradação no qual se encontra, evita contato visual. É levado para a sala de observação e toma um banho. Durante esse momento assisto o jovem dizer: “às vezes o banho refresca até a alma” (*sic*). Recebe vestes limpas mostrando-se carismático e receptivo, é levado para a sala de curativos para cuidar dos ferimentos que surpreendentemente se revelam superficiais. Recebe comida e água, contando sua história e demandando ajuda para retornar para a casa da mãe, seu local de origem.

Revela: “moro no morro. . . no município de. . .”, saiu de casa há bastante tempo, morava somente com a mãe e teve uma das pernas arrancadas pelo trem enquanto estava na linha dormindo. Quanto à perna que lhe restou, estava deformada por conta de um atropelamento de ônibus quando, segundo ele, tentava fugir do acolhimento compulsório realizado pela prefeitura no local e no entorno. Conta que nesse episódio perdeu a muleta e que acabou sofrendo alguns machucados. Ajudado por alguns usuários foi trazido para a linha de trem, contudo, com a piora de seu estado de saúde ficou à deriva sem conseguir ajuda para sair do lugar. Estava há três dias no mesmo lugar sob sol escaldante sem água, tampouco comida, em estado de putrefação, e por mais que pediu socorro, dificilmente alguém se disponibilizaria a ajudá-lo.

Disse que já tinha desistido, que aguardava a morte e como num milagre “surgimos como anjos de branco”, fazendo menção aos nossos jalecos.

Tendo em vista a necessidade de abrigá-lo para que se restabelecesse fisicamente, entramos em contato com o Centro de Referência da Assistência Social (Cras), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), o Centro de Recepção de Adultos e Famílias (Craf Tom Jobim) e a delegacia de polícia, mobilizando toda a equipe e mais alguns solícitos técnicos da clínica. A princípio não conseguimos vagas, depois de muita insistência faltavam muletas para que fosse abrigado, o que tivemos de providenciar e também o acompanhamos à delegacia mais próxima para que retirasse o Registro de Extravio de Documento (RED), já que não tinha nenhum documento em posse e finalmente conseguimos transporte que o levasse, enfim, para o abrigo. No fim desse processo de aproximadamente duas horas, T. se despede da equipe emocionado, dizendo que entraria em contato. Enfim, sensação de dever cumprido.

Passado o fim de semana, ao chegarmos à unidade de saúde, recebemos a notícia, pela redutora de danos que mora na comunidade, de que T. voltou dois dias depois, com as muletas novas, para o mesmo local de onde foi resgatado. Alegou que o abrigo estava muito vazio e que sentiu falta dos colegas. Ao que parece morar na rua para alguns é uma necessidade, mas para muitos é uma escolha, espécie de “casa muito engraçada. . .”.

### **Onde estou?**

A comunidade do Jacaré/Jacarezinho é um grande bairro que reúne cerca de 50.000 habitantes e ocupa uma extensa dimensão geográfica. É subdividida em áreas que são espécies de microbairros, com perfis distintos. Entre eles: Concórdia, Azul, Pistão (GE), Picapau, Comunidade Drummond, entre outros. Assim como existem características próprias nas diferentes localidades da comunidade, observamos que o mesmo acontece com os usuários de acordo com o local onde usam substâncias psicoativas.

Mesmo no interior da comunidade, onde o consumo de drogas é liberado, os usuários de crack que não são oriundos do local devem ficar restritos aos territórios de consumo e às vias de acesso às “bocas de fumo”.<sup>3</sup> Para os moradores é como uma praga que devasta o espaço. Queixas de furtos pelos moradores, aumento das operações policiais com trocas de tiros, mortes e tensão, ou até mesmo pela poluição visual decorrente da degradação dos corpos. Muitos usuários permanecem por longos períodos, em alguns casos meses ou anos, constituindo toda uma vida de relações. Trabalham, consomem, se divertem, se relacionam, se cuidam e em alguns casos diante da necessidade de fugirem de seus locais de origem (milícias, tráfico, ou falta de recursos financeiros) encontram nos espaços de consumo um lugar para ficar onde não estão sozinhos. Encontramos famílias que migraram para lá, ou até mesmo que ali se constituíram o que dificulta a saída do local: “Gostaria de voltar para casa mas minha esposa não quer. . .”, “Minha mãe veio para cá e não para de usar. . .”, “Estou com minha mãe de rua, ela cuida de mim. . .”, “Meu namorado trabalha no tráfico. . .”. Além disso, não observamos muitas crianças e adolescentes, pelo menos não tantas quanto notícia a mídia. No caso do Jacaré, a presença de crianças usando é coibida no interior da comunidade.

O trilho é o local de maior concentração de pessoas, sobretudo nos finais de semana. A permanência de usuários só é permitida pelos traficantes ao final da tarde (16 h) até o amanhecer, com o intuito de não chamar a atenção dos transeuntes, sendo essa regra válida de segunda a sexta, pois o acesso e a permanência era permitida a qualquer hora do dia. Durante o dia os usuários se retiram para a entrada da comunidade, ou vão para a comunidade vizinha, onde é permitido o consumo durante todo o dia, pois não é um local visível à sociedade convencional. No cair da tarde começam a se formar aglomerados de usuários na linha. Encontramos aí centenas de pessoas, subdivididas em grupos de cerca de dez pessoas.

<sup>3</sup> Aglomeração de pessoas vendendo drogas espalhadas ao longo da comunidade. As bocas principais chegam a acumular bastante gente, e oferecem diversos produtos (maconha, cocaína, loló, ecstasy, crack, haxixe, etc.) de preços variados (R\$1,00, R\$2,00, R\$10,00, R\$, 50,00, R\$100,00) identificados por selos com bordões e insígnias da facção dominante.

Uma rua, a cerca de dez metros, é o que separa a vida na sociedade tradicional de uma sociedade paralela regida por leis próprias e dirigida por atores locais instituídos a partir da conquista bélica do território. Uma guerra na qual os inimigos são as facções rivais, o poder público e as milícias. Desde a entrada, sinais dessa operação são explícitos: os meninos, na maioria usuários, são responsáveis por vigiar a entrada de pessoas, uma espécie de porteiro atento a qualquer movimento estranho.

### Passado um tempo

Passados dois meses de trabalho no Jacaré recebemos a surpreendente notícia de que a venda de crack foi proibida na comunidade. Segundo informações veiculadas na mídia e dadas pelos moradores, os comandantes do tráfico proibiram a venda, o consumo e a permanência de usuários no interior do Jacaré no intuito de atenuar os efeitos gerados com o surgimento das grandes cenas de uso. A aglomeração de usuários atrai a atenção da mídia, da polícia e gera ações repressivas cada vez maiores que, além de causarem prisões e mortes, inibem a venda de outras substâncias.

Como foi dito antes, o aumento do número de pessoas em situação de rua causa transtornos diretos e indiretos à comunidade. Roubos, furtos, mortes de várias ordens, poluição visual e ambiental são facilmente percebidas ao adentrarmos o interior da comunidade. Os moradores do local acabam sendo expostos a situações degradantes para não dizer insuportáveis e se mostram contrariados. Para se ter uma ideia, os moradores, por intermédio de lideranças locais, procuraram diretamente algumas vezes os traficantes pedindo o fim da venda do crack. Até onde podemos pressupor, a venda de crack associada à criação de espaços para consumo e permanência atrai um grande contingente de pessoas.

Surpreendentemente, passadas algumas semanas do anúncio que a “pedra” estava por acabar, alguns pontos de venda deixaram de vendê-la. Mais ainda, os usuários que se aglomeravam na linha de trem (principal ponto de consumo) foram proibidos de ficar no local. Nos recônditos da comunidade ainda encontramos peque-



nas turmas de usuários, contudo, esses revelam uma certa nostalgia e se encontram divididos entre parar de usar e voltar para casa ou migrar para regiões próximas onde possam adquirir a substância. Podemos dizer que o cenário se transformou radicalmente, sendo possível perceber a irrupção de uma nova comunidade.

O comércio das outras substâncias se dá normalmente, e no entorno do local ainda encontramos uma concentração de usuários menor que a habitual, que atravessam para a comunidade vizinha para obter a substância. Essa permanência revela certa relação de pertencimento com o espaço assim como as vinculações entre os usuários que, apesar das dificuldades encontradas no que tange ao acesso à droga, permanecem no local a despeito dos riscos a que estão sujeitos.

Quanto ao trabalho da equipe de rua, este certamente terá de passar por reformulações, a distribuição dos insumos (preservativos e gel lubrificante) não tem a mesma efetividade. Essa grande cena de uso comporta um extenso mercado da prostituição. Mesmo não sendo usuários, muitos homens procuram mulheres nesse espaço, pois sabem da oferta de sexo barato amplamente difundido.

Ao que parece, essa intervenção paralela inaugura um novo momento no Jacaré, contudo, não resolve todos os problemas desse local, longe disso. Acredita-se que com a expulsão dos habitantes dos espaços de consumo, usuários de outras substâncias continuam habitando o local, contudo sem permanecer aí por tempo indeterminado. Não sabemos se essa decisão é definitiva e, mais ainda, não toca no cerne da questão da segregação dos usuários da sociedade convencional, demonstrada na migração dessa população para áreas mais inóspitas e provavelmente mais insalubres.

### A chegada do Estado

“Eles estão aqui para matar ou pra pacificar?” indaga a moradora da comunidade, ao ver passar policiais empunhando fuzis. A revolta era referente a um jovem que foi morto por bala perdida na noite anterior e que segundos moradores o tiro partiu de arma de policiais. No início quando começamos a fazer ações de redução

de danos na linhas do trem sempre tínhamos fuzis e metralhadoras como presença constantes. Algo com o que aprendemos a conviver dia a dia.

Um dia após a ocupação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP)<sup>4</sup> seguimos nosso habitual roteiro de trabalho. O clima era diferente do que ao se estava acostumado. Antes comércio intenso, grande movimentação de pessoas, buzinas de motos. Agora tudo calmo, silencioso, desconfiado. Agora mais que nunca impera a lei do silêncio, na verdade a mesma lei que sempre imperou. Ao trabalhar em comunidade aprende-se também a conviver com alguns códigos de sobrevivência. Um deles é prerrogativa da negação. O “Não sei, não vi” é muito comum, pois, “ver” algumas coisas pode causar problemas. Quem muito vê pode não voltar a enxergar. Não é possível afirmar com precisão os fatores positivos e os negativos dessas ocupações. Um morador arrisca uma opinião: “Com a UPP quem não entrava na favela agora entra, mas as armas só mudou de lado”. Com a entrada da polícia de forma definitiva no território, o que era concentração de usuário pulveriza-se, espalha-se. As pessoas passaram a ocupar lugares cada vez mais isolados e o que era exposto se dispersa por outros esconderijos. Depois do suar do açoite, que canta ao frio da noite, e não dormem mais, riem, risos frouxos e diluídos pela fumaças de mais uma pedra, a quinta ou oitava, não sabemos. Quando o Estado se apresentou com a dureza das armas, aquele povo se foi, cumprindo a sina, e apagou-se a fumaça, o fogo. No desespero de salvação, os nômades usuários das ruas, jogaram-se no mar da Av. Brasil.<sup>5</sup> Os invisíveis foram retirados dos espaços esquecidos porque agora a fumaça na linha do trem do Jacaré não é mais permitida, sob pena de prisão ou morte, Os habitantes dos espaços de consumo, assim como as câmeras de TV aparecem em outro lugar e atravessam as avenidas sem olhar pro lado, amotinando-se agora entre os viadutos e canteiros da Av. Brasil. O perigo agora não são as “pedras”, mas sim os carros embaixo da passarela.

4 Programa da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro que, *grosso modo*, instala bases da polícia militar no interior de comunidades dominadas pelo tráfico de drogas.

5 Grande avenida que é o principal acesso a cidade do Rio de Janeiro, margeada por comunidades pobres.

## Ampliando o Cuidado

Gostaríamos de exemplificar alguns casos assistidos ao longo de um ano e meio andando nos trilhos com ações de inserção sociocultural, dessa população, buscando produzir a atenção integral, com atendimento humanizado e universalizado. O consultório na rua foi tendo papel fundamental de vinculação e acompanhamento da população em situação de rua em todo o território da AP 3.2 produzindo potencial de vida, produzindo cuidado e educação para autonomia. A rua tem um movimento próprio que não se apropria do tempo espaço, ela é rodante, vida que gira, hoje aqui, amanhã acolá, hoje é chuva amanhã tempestade, noite e dia. “Estamos na luta, na guerra, hoje foi só uma batalha. . .”, desabafa uma usuária ao ser abordada por nossa equipe.

As inúmeras vulnerabilidades de quem está em situação de rua convoca repensar a cada dia a produção de cuidado, pois o menu tradicional de ofertas das Unidades Básicas de Saúde parece muitas vezes não contemplar as necessidades demandadas. Depois de escuta atenta, ficam evidentes as lacunas na assistência à população em situação de rua, uma série de impasses a serem postos ao trabalho. No território existem muitas pedras, algumas passíveis de serem fumadas, outras duras de transpor, contudo por trás da neblina midiática, da saúde, da educação, da miséria, só podemos afirmar que o fenômeno contemporâneo das cracolândias é um fenômeno social complexo que convoca a um questionamento do modelo da nossa sociedade e exige respostas diferenciadas das tradicionais.

Adiante, colocamos alguns fragmentos de experiências de cuidado operado pela nossa equipe onde é possível notar atores e fatores resolutivos que envolvem rede, intersetorialidade, trabalho multidisciplinar, especificidades, equidade e principalmente implicação por parte da equipe.

♦ G., 1,71 m de altura e 41,5 kg, foi pela primeira vez abordada por nossa equipe nas imediações do Complexo do Lins.<sup>6</sup> Está

<sup>6</sup> Comunidade não pacificada atendida pela equipe de consultório na rua Trilhos Urbanos.

em situação de rua desde 2011. Tem histórico de negligência familiar. Na infância, sofreu violência e abuso do pai, da mãe e do padrasto. Casou-se a primeira vez aos treze anos e teve filho aos catorze, aos dezoito virou usuária de maconha e crack, após separar-se do marido. Passado pouco mais de um mês, no dia 18 de junho, os nossos profissionais foram ao encontro da paciente, ela se encontrava hospitalizada. Depois de algumas visitas à paciente no hospital foi formado um vínculo com a equipe. Após a alta médica da paciente, nossa equipe foi até Mesquita ao encontro da família de G. Chegando à casa da sua irmã que não a via há cerca de dois anos e era dada como morta por seus parentes, o reencontro transbordou de comoção de todos os lados. Após ver a família, nós a vinculamos ao Caps AD de Mesquita para que começasse a ser acompanhada.

◆ O., usuário de álcool e cocaína, 42 anos, há dois meses estava em situação de rua, apresenta uso pesado de álcool, e problemas clínicos (hipertensão, cirrose, entre outros), internamos no leito para usuários de álcool e drogas. Através do vínculo e da construção de um Projeto Terapêutico Singular, conseguimos contato com sua esposa, e a levamos para visitá-lo no hospital. Após sua alta, a equipe o vinculou ao Caps AD Raul Seixas.

◆ Adolescente trazida por um agente social da equipe, já vinculada à equipe aproximadamente há um mês, entre idas e vindas, consegue estabelecer-se em casa e é convencida a retomar seus estudos. Encontrava dificuldades para conseguir vagas na rede pública de ensino; depois de duas semanas de muita idas e vindas em Creas e CRE, conseguimos matricular a adolescente de dezessete anos na rede de ensino escolar. Sua mãe tem mais seis filhos.

◆ Idoso de 64 anos, em situação de rua há mais de dez anos, quando o encontramos não tomava banho há mais de quinze dias. Foi internado para cuidar de problemas clínicos; hoje, depois de vínculo com a ECR, vem à Unidade todos os dias, tirou seus documentos e participa de oficinas com a TO.

◆ Mulher de 54 anos encontrada caída, quase morta na linha do trem, há dois anos em situação de rua, a família não queria receber a paciente que é moradora do Jacarezinho. Com o apoio da equipe, voltou a morar com a filha, voltou a trabalhar e passou a ser acompanhada pela UBS.

♦ Jovem de 27 anos, expulso de casa porque tinha tuberculose, vincula-se a um técnico da equipe. Voltou para casa e é acompanhado por nossa equipe e pelo Caps AD da área.

## Referências

- Acselrad, G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: Acselrad, G. *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. 2.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- Bastos, F. I. *Ruína e reconstrução: aids e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS-Uerj, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultório de rua do SUS. *Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Ministério da Saúde/EPJN-Fiocruz: Brasília, setembro de 2010, 48 pp.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 pp, il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- . Ministério da Saúde. Portaria GM 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Ministério da Saúde.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Acesso em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.
- Cava, B. O estado de exceção e o esquerdismo. Acessado em <<http://www.quadradosloucos.com.br/3097/estado-de-excecao-e-esquerdismo/>>.
- Cruz, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: Cirino, Oscar & Medeiros, R. (orgs.). *Alcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- Foucault, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- Jornal do Brasil, 1.<sup>o</sup>-11-2012. Reportagem de Maria Luisa de Melo (<<http://www.jb.com.br/rio/noticias/2012/10/25/caps-combate-o-crack-de-forma-eficaz-sem-internacao-compulsoria/>>).
- Lancetti, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.

## Experiência da Equipe PSF Sem Domicílio, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

VERA MARTINEZ MANCHINI



**N**ESTE ANO DE 2012, em São Paulo, estamos em um momento de transição quando as equipes de Estratégia de Saúde da Família Especial para moradores em situação de rua estarão migrando para um novo modelo de atuação como equipes de “Consultório na Rua”. No trabalho que realizamos em São Paulo, há todo um esforço de fortalecimento de laços entre as políticas de Saúde Mental e de Atenção Básica.

A cidade de São Paulo tem atualmente 11.300.000 habitantes, e a gestão divide-se em cinco coordenadorias de saúde. A região centro-oeste onde vivem 1.400.000 pessoas, se caracteriza pela grande concentração da população em situação de rua da cidade. Essa região tem uma singularidade: a existência de grande quantidade de moradias cuja função social é de difícil definição. Estão nessa condição cerca de 13.000 pessoas, que vivem em cortiços e similares. Outras 14.000 encontram-se em situação de rua propriamente dita, dos quais cerca de 7.000 conseguem acessar alguma forma de acolhimento. Delas, 80% são do sexo masculino, e 80% são adultos.

Daí a ideia de um PSF Especial: são 27 equipes, das quais catorze constituem-se em ESF Especial. As equipes contam com psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Este projeto nasceu em 2004, a partir de uma reivindicação da sociedade civil organizada, provocada pela morte de um morador em situação de rua na região. A partir daí teve início o trabalho, com onze

agentes de saúde e quatro enfermeiros; em 2005, ampliou-se para 35 agentes e quatro enfermeiros; em 2008, como uma das respostas ao aumento da mortalidade infantil na região, foi criado efetivamente a **Estratégia de Saúde da Família Especial**. Desse momento em diante, cada equipe passou a contar com médico, enfermeiro, e houve também a inclusão de profissionais como assistentes sociais e psicólogos. Atualmente, a partir das orientações do Ministério da Saúde, todas as equipes serão transformadas de ESF Especial para Consultórios na Rua.

Uma das mais importantes dimensões no trabalho com esta população é o **acolhimento**: receber, aceitar, dar ouvidos, abrigar. Acolher implica “dar atenção à”, “preocupar-se com”, “cuidar de”. Prestar atenção a uma escuta clínica e solidária, no comprometimento, e investir na criação de vínculos. O acolhimento é uma estratégia de facilitação da abordagem, da motivação e da aderência ao tratamento. Acolher também a ambivalência, e ao mesmo estar preparado para situações em que se apresentam demandas que exigem acolhimento imediato, conforme cada caso e circunstância. O acolhimento, por fim, é uma atitude que deve estar presente em todos os profissionais, não só do Consultório na Rua, mas de toda a rede, e principalmente nos serviços de urgência e emergência, como o Samu.

Já **abordagem** é o primeiro ato em que se opera esse acolhimento, na relação entre a pessoa em situação de rua e os serviços de saúde. Essa aproximação deve proporcionar o vínculo e o entendimento acerca do funcionamento dos serviços, e especialmente sobre o próprio Consultório na Rua. É preciso ter claro que o primeiro contato é de suma importância para a construção de relações de vínculo e confiança. Além disso, esse contato permite à equipe maior compreensão a respeito do contexto social dos sujeitos atendidos; para tanto, os trabalhadores são orientados a coletarem a maior quantidade possível de dados, tomando por base a Ficha E, preenchida a partir de perguntas objetivas formuladas aos usuários, da observação direta dos trabalhadores no campo, e do diagnóstico médico.

É igualmente fundamental investir na construção de relações de **confiança**. Para tanto, contribui sobremaneira uma presença

frequente e sistemática, que fortalece o vínculo e demonstra em ato a confiabilidade da equipe e do serviço. Se não houver uma presença constante e sistemática dos trabalhadores nos territórios, não há possibilidade de construção de relações de vínculo e confiança.

A rede de atenção conta com 79 Caps, 25 Caps AD, 24 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), e dez SRTs Especiais com gestores de casos, para as quais são encaminhados os usuários em fase conclusão de tratamento em Comunidades Terapêuticas. Há ainda 21 Centros de Convivência e Cooperativa (Cecco), seis Comunidades Terapêuticas conveniadas, e um Serviço de Atenção Integral ao Dependente de Álcool e Outras Drogas (Saíd), que se assemelha a uma Comunidade Terapêutica, mas com a presença de médicos 24 horas por dia direcionados para pessoas com dependência química associadas a comorbidades. Não foi tarefa fácil, no que respeito ao convênio com as Comunidades Terapêuticas, encontrar entidades adequadas às exigências previstas nas portarias específicas, e também às auditorias promovidas pelo gestor local, mas acabamos conseguindo.

Em 2009, foi criado o projeto “Centro Legal”, para construir e implementar uma ação intersecretarial integrada do Poder Público com foco na complexidade da população em situação de rua, resgatando direito à vida, à cidadania e à reinserção social. Este projeto foi especialmente pensado para atender a uma região da cidade que ficou conhecida como **cracolândia**. Nesse sentido, é preciso estar atento para a diversidade no território: há pessoas em situação de rua que são também dependentes químicos, há os que não usam drogas, e ainda as pessoas que usam drogas na região e que não estão em situação de rua.

Por meio do projeto “Centro Legal”, foi possível ampliar o atendimento às pessoas em situação de rua, e também aos usuários de crack da região, com a contratação de 72 agentes comunitários e saúde e vinte enfermeiros, para além dos outros já existentes nas equipes de saúde que atuam na região. Esses trabalhadores atuam diretamente nas ruas, utilizando-se de técnicas e estratégias de Redução de Danos, promovendo o acesso aos demais serviços da rede de saúde.



O fluxo de atendimento funciona a partir da abordagem das equipes promovendo o vínculo e, de acordo com a necessidade de cada caso, fazem o encaminhamento para: UBS; Assistência Médico Ambulatorial 24 Horas; Complexo Prates; Pronto-Socorro/Hospital; Caps e Samu no caso de emergência. Ou seja: há uma avaliação que é feita diretamente na rua, a partir da abordagem por parte de uma equipe que atua *in loco*, e é essa avaliação que permite um encaminhamento de maior qualidade para os serviços da rede. Esses encaminhamentos — é importante que se diga — são construídos de modo participativo: se não houver da parte do usuário o desejo de ir até um determinado serviço, ele não será obrigado a fazê-lo. Diante de tal situação, a equipe busca oferecer orientação e esclarecimento para todos os casos durante o atendimento. Há casos em que um dos membros da equipe acompanha os usuários durante estes encaminhamentos.

A construção de um fluxo como este não depende apenas da vontade dos gestores, mas de uma série de articulações políticas que precisam ser realizadas com as equipes e os gestores de cada serviço da rede de atenção. Essa não é uma tarefa fácil: é preciso visitar cada serviço, mais de uma vez, conversar com os gerentes, sensibilizar as equipes. Com o projeto “Centro Legal”, houve uma importante ampliação no acesso à rede, notadamente a partir de demandas de internação, e essa nova e repentina mudança de realidade, nesse sentido, esse processo de articulação e sensibilização foi extremamente importante para garantir a efetivação do cuidado.

Uma vez incluso na rede a partir desse fluxo de atendimento, o usuário pode necessitar de uma **internação** ou de **acompanhamento** nos serviços. A internação pode ser em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Comunidade Terapêutica ou o Complexo Prates. A internação em Comunidade Terapêutica é precedente da avaliação do Caps AD de referência e com concordância do usuário. O mesmo Caps AD que acompanhou a internação será o serviço de referência não apenas na alta, mas ao longo do tratamento. Todas as Comunidades Terapêuticas devem manter contato com o Caps AD e com as famílias durante a fase de internação. Na alta terapêutica, o usuário pode ser encaminhado para uma das Resi-

dências Terapêuticas Especiais, que são localizadas e planejadas sempre ao lado de um Caps AD, facilitando o acompanhamento.

O Complexo Prates foi construído em uma grande área, situada próximo à região conhecida como Cracolândia. Nesse local foram reunidos serviços das Secretarias de Saúde e Assistência Social: há um abrigo, um Caps AD, um AMA, e um grande espaço de convivência destinado a oficinas.

O projeto Centro Legal, de julho de 2009 a setembro de 2012, realizou 244.090 abordagens, com 13.287 encaminhamentos, de 5.628 pessoas. Essa aparente discrepância dos números justifica-se pela complexidade do trabalho junto a essa população, onde uma mesma pessoa pode ter sido abordada dezenas de vezes e ter recebido alguns encaminhamentos. Já foram realizadas 2.487 internações, nas seis Comunidades Terapêuticas e no Said, das quais 83% foram de pessoas do sexo masculino.



## Debate

Este debate versou sobre questões bastante diferenciadas que revelam a complexidade do contexto e das especificidades do trabalho realizado pelos Consultórios na Rua: a temática da intersetorialidade, questionamentos acerca das Comunidades Terapêuticas, vazios assistenciais nas cidades pequenas, modelos de tratamento, o proibicionismo como política em relação ao uso de drogas, o tema da violência, a polícia nos territórios de atuação dos Consultórios na Rua, paradigma manicomial, internações compulsórias, violação de direitos humanos. O debate abrangeu também as dificuldades para a construção da integralidade da atenção, rede de atenção psicossocial, formas de mediação no território, aspectos de organização do processo de trabalho, como as formas de registro das atividades dos Consultórios na Rua, aspectos metodológicos que situam o usuário no centro da ação do serviço e da rede, que perpassam a diferença entre queixa e demanda, o acompanhamento em caso de retorno à família e aspectos específicos da saúde como HIV/aids.

**Mirna Teixeira** (Rio de Janeiro)

Gostaria, antes de mais nada, de provocá-los a falar um pouco sobre a questão do registro. Como registrar as atividades realizadas no âmbito do Consultório na Rua? Pelo que se pode ver aqui, nas suas falas, cada um dos serviços tem uma forma de registrar. Além disso, também gostaria de ouvi-los a respeito dos desafios que temos hoje para trabalhar com as redes de cuidado.

**Mona Carvalho** (Rio de Janeiro)

Fico muito feliz em estar aqui, participando de um processo de construção de redes. Como se constroem redes intersetoriais de atenção? Não há perfeição em nenhuma área, em nenhum serviço, seja público, privado ou do terceiro setor. É preciso que sejamos parceiros, superando preconceitos e percebendo que ninguém faz um trabalho perfeito, e por isso mesmo, todos precisamos uns dos outros. É preciso construir parcerias, e para tanto, não é possível ficar com acusações mútuas. No que tange aos serviços oferecidos por organizações do terceiro setor, por exemplo, há uma imensa dificuldade para adequar-se às normas exigidas para o estabelecimento de convênios com uma prefeitura, e depois disso, esperam-se até seis meses até que os recursos sejam finalmente repassados às entidades, que devem ter suas portas abertas ao público desde o momento em que o contrato é firmado.

**Wagner** (Rio de Janeiro)

Gostaria de ouvir da Vera, de São Paulo, se ela possui dados sobre a efetividade do tratamento em Comunidades Terapêuticas, e também quanto às metodologias empregadas nesses lugares (não seria tudo apenas um trabalho em torno da fé?). Além disso, também gostaria de saber como é possível conciliar o tipo de abordagem desenvolvido nestas instituições com as diretrizes do Ministério da Saúde com respeito à Redução de Danos.

**Zulmira** (Niterói)

Gostaria de voltar a duas das diretrizes descritas pela Cláudia em sua fala. Uma delas diz respeito às diferenças entre “queixa” e “demanda”; quando nos aproximamos mais atentamente das pes-

soas em situação de rua, percebemos que as queixas se repetem, mas quando oferecemos respostas imediatas a essas queixas, percebemos que elas não se sustentam. Quando interagimos, questões mais profundas e complexas começam a vir à tona, para além das demandas inicialmente estabelecidas. A outra diretriz apontada que eu gostaria de frisar é a que nos diz que vale a pena investir também no atendimento individual, na escuta individual. No início, é comum que digam apenas o que julgam que queremos ouvir, mas, com o tempo, demandas mais profundas, singulares, passam a emergir.

**Patrícia** (Rio de Janeiro)

Preocupa-me o quanto a atenção a pessoas em situação de rua, quando observadas à luz dos princípios da Redução de Danos e no contexto de um plano de ações que visam o enfrentamento ao crack, podem frustrar a construção da integralidade. É certo que uma das questões que mais aflige esta população é realmente o uso de drogas, e em especial o crack, mas também é certo que suas questões referentes à saúde não se restringem ao uso de drogas. Há o risco de que terminemos por focar exclusivamente nessas questões, mesmo sem que percebamos isso. O crack incomoda do ponto de vista social, oferecendo contornos às demandas desta parcela da população, podendo até mesmo desvirtuar essas demandas, dificultando a construção de estratégias que garantam a atenção integral à saúde.

**Cláudia Silva** (Rio de Janeiro)

A diferença entre queixa e demanda permite olhar mais de perto para uma dimensão muito fina do trabalho em saúde. Primeiro de tudo, é preciso ter claro que pessoas em situação de rua respondem ao mesmo imaginário social que nós. Todos queremos ser magros, bonitos. . . As pessoas em situação de rua também! Nada mais piegas e triste que uma entrevista com um garoto em situação de rua: ele responde que quer casa, escola e ficar bem com sua família. Ou seja: exatamente aquilo que ele julga que gostaríamos de ouvir. Seria preciso ultrapassar as queixas, que costumam emergir nos encontros iniciais e superficiais. É preciso ultrapassar

esses códigos, ir além das mesmices, que nos dizem que a felicidade vem num pacote. Trabalhar com essa população nos aponta esta questão: se conseguirmos perceber que existe vida, invenção, poesia, riqueza, sujeito na rua, de alguma forma seremos obrigados a questionar os nossos modos de vida. E isso, convenhamos, é algo que nos exige, seja como pessoa, seja como profissional. Acho que só assim seremos capazes de perceber que não há possibilidade de construção de um trabalho efetivo em meio às queixas. Faz vinte anos que eu trabalho nesta interface entre Saúde Mental e atenção à população em situação de rua, e nesse tempo tenho visto que as pessoas vão e voltam das instituições, sem sucesso, ou seja, sem transformações substanciais em suas vidas, ou ao menos naquilo que constitui suas vulnerabilidades mais óbvias, como o próprio uso de drogas, por exemplo. Precisamos falar disso! Nós não temos estratégias simples para lidar com essa população. Resolver os problemas relacionados ao uso de drogas, por exemplo, é algo extremamente difícil, porque nos fim das contas, é muito difícil viver sem bengalas, para todo mundo, e principalmente para quem está na rua, sem a proteção das camadas que vamos criando com afetos, família e tudo o mais que nos segura. Somos sujeitos coibidos pelo tanto de coisa que temos medo de perder. Não há saídas fáceis, e o mais importante no contexto histórico contemporâneo é que muitos atores diferentes estão problematizando e refletindo sobre tais questões. Assim, também nós saímos do lugar da queixa e do imaginário, e também nós transformamos nossas questões em demandas. As diretrizes que ou trouxe para reflexão, e que foram produzidas no cotidiano de trabalho do serviço em que eu atuo, não pensem vocês que elas são facilmente reproduzidas em nossa prática cotidiana. Não! Elas são muito difíceis para nós também! Convocar os sujeitos a saírem tanto da vitimização e da marginalização (das posições polarizadas, portanto), é pedir que os sujeitos se coloquem como pessoas que têm desejos, questões, problemas e singularidades! Isto é difícil, dá trabalho, mas eu acredito que só assim será possível deslocar os modos instituídos de se ver o mundo, e também de colocar-se na vida. Aí é possível parar de usar drogas, aderir ao tratamento para o HIV ou hepatites, tratar uma úlcera crônica. . . Parece que é só aí que a pessoa se dá conta da obviedade

que é o corpo! Só assim conseguimos buscar saídas que estejam para além da apologia ou da panaceia: transformando nossas queixas em demandas.

**Marcelo** (Rio de Janeiro)

Gostaria de responder especialmente para a Patrícia, que fez uma pergunta a respeito da integralidade. Pelo menos em nossa equipe de Consultório na Rua, nós estamos muito atentos para outras questões que não as especificamente relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Há uma gama de situações nesse sentido: testagem e aconselhamento sobre aids e hepatites virais, problemas relacionados a hipertensão, tuberculose e tantas outras. É importante salientar que as práticas da Redução de Danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas são muito importantes, mas que nós jamais podemos deixar de prestar atenção em outras questões.

**Daniel** (Rio de Janeiro)

A prática cotidiana da Redução de Danos está para muito além da mera entrega de insumos para o uso mais limpo e seguro de drogas, como as seringas para os usuários de drogas injetáveis, ou o cachimbo para usuários de crack. Hoje, o que se faz no Brasil em termos de Redução de Danos guarda uma relação de grande proximidade com os princípios e as estratégias de Promoção de Saúde, conforme preconizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. No nosso trabalho, entendemos que saúde é muito mais do que ausência de doença, e sabemos que nosso trabalho pode ser importante para o fortalecimento dos laços sociais.

**Vera Martinez Manchini** (São Paulo)

É complicado falar em “efetividade” das Comunidades Terapêuticas, quando apenas 35% das pessoas chegam ao final do tratamento, que dura em média nove meses. Por outro lado, isso não quer simplesmente dizer que as CT’s não funcionam, tampouco que os que deixaram o tratamento antes do final não estão bem. No entanto, esse é um tipo de tratamento possível, principalmente quando o usuário não consegue vincular-se ao Caps AD, ou quan-

do ele se encontra em situação de rua, em vulnerabilidade total. Há quem se dê muito bem, há quem peça para sair, e há os que voltam depois de terem deixado o tratamento. Nas questões de natureza política, se faz necessário garantirmos investimentos públicos no atendimento de pessoas em situação de rua; e também podemos aproveitar este momento de visibilidade para apostar em outras formas de trabalho, na construção de relações de vínculo e confiança.

**Fernanda** (Rio de Janeiro)

De que paradigma de cuidado estamos falando? Alguém perguntou sobre a efetividade das Comunidades Terapêuticas, mas eu pergunto: como alinhar este tipo de prática ao paradigma que eu penso que todos nós compartilhamos, que é o da Redução de Danos, e não o do Proibicionismo? Nas Comunidades Terapêuticas, que eu saiba, não se trabalha com outro paradigma que não seja o do proibicionismo. E não se trata simplesmente de separar as boas e as más Comunidades Terapêuticas. A questão é: vamos embarcar no financiamento público desse tipo de instituição, tornando-as equipamentos do SUS? Isso significaria aceitar que no ambulatório, no Caps, no Consultório na Rua, nós vamos operar a partir da Redução de Danos, ao passo que nas internações nós vamos operar com base na lógica proibicionista. Foi a luta dos movimentos sociais organizados que construiu os avanços que temos hoje, em termos de uma política de Saúde Mental antimanicomial. Vamos aceitar retrocessos na luta antimanicomial? Talvez tenhamos mesmo de mobilizar os movimentos sociais pela defesa de mais financiamento para Caps, para Consultórios na Rua. . . O relatório produzido pelos conselhos federais de psicologia e serviço social, construído a partir de visitas a 59 Comunidades Terapêuticas em todo o Brasil, aponta uma série de violações de direitos. Isso não deve ser levado em consideração? Ninguém está negando que há intercorrências com o uso de drogas que apontam para a necessidade de internação, mas a pergunta que devemos fazer é — quando houver a necessidade de internação, como e onde isso deve ser feito? E por que será que os movimentos sociais não estão aqui conosco, nesta discussão?

**Melissa** (Rio de Janeiro)

Do relato a respeito da rede psicossocial de São Paulo, preocupa sobremaneira que inclua Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Não se pode falar de cuidado e acolhimento, sem perguntar: que paradigma é este? E eu respondo: é o paradigma manicomial. Em uma rede como esta, um Caps não é um serviço substitutivo ao manicômio, mas apenas alternativo. Em uma rede assim, o Caps será apenas um dispositivo de controle, aprisionamento e mortificação destas pessoas. Não se trata simplesmente de “mais um tipo de tratamento” como foi aqui descrito, mas sim de um tipo de tratamento manicomial. A urgência em torno do tema do crack não pode legitimar esta opção. O crack desafia? É difícil? Então vamos refletir como fazer este enfrentamento, mas com base em um compromisso antimanicomial. O que se apresenta neste caso é um exemplo de uma rede constituída a partir do paradigma manicomial. Não podemos aceitar o retorno dos antigos dispositivos, os quais nós sabemos de que falamos.

**Ruth** (Rio de Janeiro)

A pergunta é simples. Gostaria apenas de saber como o pessoal de São Paulo faz o acompanhamento dos casos em que há o retorno para as famílias, ao longo do tratamento, ou mesmo depois do tratamento. A pergunta é porque nossa experiência nos diz que muitas destas pessoas voltam às suas famílias, para pouco tempo depois retornarem às ruas.

**Lane** (Goiânia)

Gostaria de saber sobre suas experiências com as situações em que há intercorrência policial, especialmente nos casos em que se verificam situações de violência por parte da polícia. No nosso caso específico, em Goiânia, nós temos vivido uma série de problemas com os desdobramentos, tanto de uma gestão de Segurança Pública que é alvo de uma série de denúncias por violações de Direitos Humanos, quanto da atuação de grupos de extermínio. Então, em um contexto assim, vocês podem imaginar qual é a situação das pessoas em situação de rua. . . Nós vivemos ameaçados por esta polícia, e a população em situação de rua vive literal-



mente quebrada. Para que se tenha ideia, até mesmo a Guarda Municipal faz ameaças à equipe do Consultório na Rua. Gostaria de ouvir especificamente a Vera, pois sabemos que houve graves denúncias de grupos de defesa dos Direitos Humanos por causa da operação realizada na Crackolândia. Então eu gostaria de saber: como é trabalhar ao lado dessa polícia? Vocês também correm riscos? Vocês veem a polícia como fator de risco às pessoas em situação de rua? Aliás, adianto que retornarei a essa pergunta nas outras mesas, pois este tem sido o pior problema de saúde enfrentado em nosso cotidiano, lá em Goiânia.

### Rodrigo (Rio de Janeiro)

É preciso tomar muito cuidado para não colar o Consultório na Rua ao tema do cuidado dirigido às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Afinal de contas, esta é apenas uma dentre inúmeras outras questões de saúde a que pessoas em situação de rua estão expostas. Além disso, preocupa-me este eterno retorno ao tema das internações. Afinal de contas, nosso foco não deveria ser o trabalho de base territorial? A experiência de estar na rua, plena de inventividade, de sobrevivência criativa, traz algo de radical: não há protocolos, nem nunca haverá. E apontar para esta inventividade talvez ajude a desfocar da internação e da institucionalização. Nesse sentido, há duas coisas que eu gostaria de dizer: a primeira é que me preocupa a criação de serviços especializados para o atendimento de pessoas em situação de rua, especialmente em função dos riscos de construção de práticas e políticas que afirmem lógicas de segregação. As demandas emergentes no trabalho com pessoas em situação de rua devem ser atendidas a partir de redes, e nesse sentido, mesmo que se possam fazer críticas, é preciso que se diga que o Rio de Janeiro ainda está muito longe daquilo que São Paulo já construiu em termos de uma rede de atenção psicossocial. Se em São Paulo há uma rede a ser criticada, no Rio de Janeiro nós não temos nem mesmo um embrião de rede. A segunda coisa que eu quero dizer diz respeito aos modelos de tratamento com foco na segregação; há caminhos que apontam para uma luz no fim do túnel, e eu gostaria de lembrar apenas dois deles: um é aquele em que se busca aproveitar a potência da arte

no trabalho de promoção de saúde, e o outro já foi mencionado inúmeras vezes neste encontro, e diz respeito à construção, fortalecimento e articulação de redes intersetoriais de atendimento.

**Vera Martinez Manchini** (São Paulo)

Quanto aos questionamentos sobre as CT, obervo que ninguém está trancado em Comunidades Terapêuticas, nem atrás do portão das comunidades, tampouco dentro dos quartos, ao menos no estado de São Paulo, ou pelo menos nas Comunidades Terapêuticas com as quais temos convênios. Todos os que lá estão foram por livre e espontânea vontade. As portas estão sempre abertas, e qualquer pessoa pode ir embora a qualquer momento. Além do mais, há vistorias sistemáticas, realizadas de tempos em tempos por uma equipe técnica da qual fazem parte também pessoas da Saúde Mental. Diante de qualquer problema, se discute, e se necessário, se procede o descredenciamento da instituição. Quanto ao trabalho com as famílias, os Caps AD monitoram o retorno e a permanência depois do término do tratamento nas Comunidades Terapêuticas, mas isso não tem funcionado a contento. Já no que diz respeito às interfaces com a polícia, e em especial aos problemas relacionados a situações de violência policial, é preciso que se diga que não se pode investir em ações de saúde uma presença da polícia no território. São trabalhos distintos, e não me parece possível haver conciliação ou possibilidade de ações conjuntas.

**Marcelo** (Rio de Janeiro)

A incursão da polícia no território não inviabiliza o trabalho, mas dificulta bastante. Em Mangueiras, região na qual trabalho, as pessoas em situação de rua sofrem mais com a discriminação e a violência oriundas do tráfico do que com as eventuais agressões da polícia. Quanto aos riscos de segregação decorrentes da construção de serviços e políticas específicos para pessoas em situação de rua, é preciso que se diga que quanto melhor for a formação dos profissionais de saúde, seja no âmbito dos cursos superiores de formação ou mesmo nas escolas técnicas, especialmente no que tange à superação de preconceitos para com determinadas populações, tanto menos serão necessários serviços especializados.

**Daniel** (Rio de Janeiro)

Gostaria apenas de salientar, mais um vez, que o trabalho do Consultório nas Ruas não se dirige exclusivamente para os problemas relacionados ao uso problemático de drogas. O foco não está na droga, mas nas pessoas em situação de rua, em suas vulnerabilidades. As pessoas estão na rua pelas mais diferentes razões, expostas a diferentes formas de vulnerabilidade, e é esse o foco do nosso trabalho.

**Cláudia Silva** (Rio de Janeiro)

Uma das coisas que faz com que seja tão difícil dissociar as pessoas em situação de rua do uso de álcool e outras drogas, é porque uma parcela muito grande dessas pessoas efetivamente faz uso dessas substâncias. Isso não pode ser ignorado. Este dado trazido pelo Marcelo, de que 99% das pessoas atendidas fazem uso de álcool e outras drogas, é uma realidade. Por outro lado, é preciso perguntar: quantas dessas pessoas acham que seu uso é problemático? Quantas acham que essa é uma questão de saúde a ser abordada? Esta sim, me parece uma questão relevante.

No que diz respeito às estratégias de superação do paradigma manicomial, é preciso observar os pequenos manicômios cotidianos, expressos nos modelos de atenção que anulam os sujeitos. Eu sou parceira da Luta Antimanicomial há muitos anos, e por isso me sinto muito à vontade para dizer: nós já combatemos instituições, e agora é a hora de combatermos modelos de tratamento, que estão inclusive no cotidiano dos serviços substitutivos. Muito mais do que isolar pessoas, os manicômios isolam formas de ser e estar no mundo, e isso, infelizmente, pode ser e é feito em qualquer serviço.

Claro que eu não estou com isso querendo dizer que a militância macro não tem importância; estou apenas salientando que é preciso também uma militância micropolítica, que aponte para nossas pequenas atuações manicomiais inscritas no cotidiano dos serviços, inclusive substitutivos. Nós podemos ter ações policiais (e veja que não é só a polícia que bate!): quando tutelamos uma pessoa quanto aos sentidos, quanto à definição de que a vida das pessoas em situação de rua é necessariamente uma droga e que a nossa vida é que é boa, nós estamos bancando uma ação de extrema violência. É preciso olhar para esses aspectos com atenção,

sob pena de construirmos um olhar por demais dicotômico, que separa a vida de modo extremamente maniqueísta (Organizações Sociais ou Funcionalismo Público? Manicômio ou Caps?). É possível ir além disso! Nós não estamos em um mundo ideal, mas sim em um mundo complicado, em um país complexo, que necessita sim de serviços especializados no atendimento de pessoas em situação de rua, porque esta é uma população que têm demandas reprimidas construídas ao longo de anos de descaso. Precisamos pensar, criar, problematizar. . . Creio que muitos aqui pensam que Comunidades Terapêuticas não funcionam; eu sei que elas não funcionam, porque os usuários com quem temos contato nos dizem isto: eles vão e vêm destas instituições, ficam por lá um tempo ajoelhados no milho, e voltam às ruas, e voltam ao uso de drogas. Mas, o que temos para colocar no lugar das Comunidades Terapêuticas? O que estou fazendo cotidianamente para superar o paradigma manicomial? Quantos aqui constroem cotidianamente práticas diferenciadas, que apontam para algo diferente do manicômio, diferente das Comunidades Terapêuticas? Ao invés de ficar apenas apontando para o que está errado, vamos também pensar sobre o que estamos fazendo para criar um paradigma de saúde realmente diferenciado. Eu gostaria de ouvi-los: há aqui pessoas do país inteiro. Que tipo de práticas temos desenvolvido? De que forma estamos ouvindo e trabalhando com essas pessoas? Estou perguntando à vocês: quem aqui está trabalhando, não a partir da dicotomia, mas de práticas cotidianas criativas, inovadoras? Eu gostaria muito de ouvi-los e de partilhar questões.

**Christiane Sampaio** (Rio de Janeiro)

No Consultório na Rua de Manguinhos, temos elaborado combinações terapêuticas bastante significativas, que de modo algum perpassam a lógica manicomial. Temos construído arranjos que podem articular, conforme cada caso e circunstância: abrigo, Caps AD, escuta individual, trabalho de grupo, cuidado em saúde. . . Combinações terapêuticas que têm efeitos concretos importantes na vida das pessoas, e sempre a partir da abordagem da Redução de Danos, já que estas pessoas não são iguais. É preciso que seja assim, pois tudo é muito complexo nesse tipo de trabalho, no traba-

lho com esse tipo de população, com pessoas em situação de rua. Impressiona como temos sido criativos, elaborando dispositivos que na verdade nem mesmo existem, a partir de articulações com outros serviços, com outras instituições, com parceiros inusitados. Essas articulações são possíveis porque nos valem dos saberes da equipe, dos saberes dos sujeitos atendidos, e muitas vezes dos saberes das famílias desses sujeitos, e isso tem dado tão certo que não se pode deixar de reafirmar esta lógica. Não estamos engessados, nem na ação, tampouco nas nossas formas de entender as pessoas com quem trabalhamos. Nós conseguimos olhar para os usuários a partir da lógica do desejo, do querer, daquilo que eles entendem como cuidado. Em nossa experiência cotidiana, percebemos toda a força que emerge de perguntas simples, como por exemplo: “quais são seus planos?”.

#### **Cacilda (Rio de Janeiro)**

Sobre as Comunidades Terapêuticas, gostaria de dizer que elas sempre me pareceram uma experiência extremamente positiva. Nunca pensei que pudessem ser parecidas com um manicômio, muitas antes o contrário. Agora, me pergunto: há estratégias melhores que as Comunidades Terapêuticas? Se existem, eu gostaria que elas fossem informadas aqui. Isto é um seminário, e ele deve servir para isso mesmo. Recentemente o Governo Federal editou uma portaria específica sobre o trabalho das Comunidades Terapêuticas, e me parece haver boas experiências na sociedade. . .

#### **Cristina (Ipatinga)**

O seminário está muito bom, mas até agora eu só ouvi experiências de grandes cidades. Eu venho de Minas Gerais, um estado que tem como característica a existência de um grande número de pequenas cidades. Não há políticas específicas para os pequenos municípios, o que nos ajuda a entender por que as Comunidades Terapêuticas têm tanta importância nas cidades de pequeno porte, ocupando justamente este vazio assistencial. E o que é pior: sem critérios, sem fiscalização. Assim, vê-se de tudo. . . A Portaria 131, se por um lado tranquiliza, por outro afasta ainda mais os

elos da rede assistencial, porque é fato que a imensa maioria dessas instituições não consegue adaptar-se às exigências. No entanto, é preciso reconhecer que as prefeituras fazem convênios com Comunidades Terapêuticas, mesmo quando estas não se adaptam à portaria, justamente para dar conta de uma demanda para a qual não têm políticas específicas, ainda que existam, sim, uma série de alternativas já construídas, e já se falou bastante sobre algumas delas, aqui mesmo, neste seminário. Chama a atenção, por exemplo, que as Comunidades Terapêuticas conveniadas em São Paulo não estabeleçam comunicação com os Caps AD, mesmo que isso seja uma exigência (e são coisas assim que nos fazem pensar que a inclusão dessas instituições seja mais uma demanda política do que uma necessidade real das Redes de Atenção Psicossocial). Além disso, há uma outra questão: como conversar com as Comunidades Terapêuticas? Em Ipatinga, criamos um fórum intersetorial, do qual participam algumas Comunidades Terapêuticas. . . Mas, para além desses comentários, eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre o Said, e também sobre a política de internações compulsórias que vem sendo realizada em São Paulo.

**Magali** (Brasília)

Tenho uma pergunta para a Cláudia. Gostaria de ouvir um pouco mais sobre a experiência de realização de testes rápidos para detecção de HIV a partir dos Consultórios na Rua. Essa é uma discussão que interessa muito ao departamento de aids do Ministério da Saúde. Como ficou a questão da retaguarda?

**Karine** (Niterói)

Eu também quero dialogar um pouco mais com a Cláudia, a partir das experiências que temos no Consultório na Rua de Niterói. Há de nossa parte um esforço de investimento no sujeito, nas suas demandas. A queixa foi o que surgiu num primeiro momento (lugar para dormir, lugar para comer, lugar para tomar banho. . .). Por isso, construíram-se articulações com a assistência social: os usuários eram acolhidos por uma semana nos abrigos, depois saíam e tudo voltava a ser como era antes, como se nenhum tipo de investimento público tivesse sido realizado. É como se esses sujeitos se

constituíssem nas ruas, nesta vida nas ruas. É como se este “viver nas ruas” fosse um problema muito maior para a equipe do que para os usuários. Parece que esquecemos de uma diretriz fundamental no trabalho em saúde mental: quem dá a direção do trabalho é o sujeito do cuidado. O que é melhor para a equipe, para os técnicos, não necessariamente é o melhor para os usuários do serviço. Hoje, aprendemos com eles, e o trabalho passou a ser muito mais resolutivo e significativo.

### **Alexandre Trino (DAB/MS)**

Antes de fazer minha pergunta à mesa, eu gostaria de responder a uma questão a respeito das aproximações entre a saúde e o tema da violência. A respeito disso, eu diria que é preciso envolver todos os atores sociais que têm atuação nos territórios. Inclusive a polícia. É claro, é preciso separar bem o que é uma conversa, uma articulação, e o que é uma atuação conjunta no território. Por vezes, somos muito maniqueístas, o que nos deixa engessados e fragilizados, sem poder avançar. O diálogo com as forças de segurança é uma das coisas que costuma já ser descartada de saída pelas equipes. Isso precisa ser modificado, até mesmo como uma forma de começarmos a construir novas formas de mediação no território, que nos possibilitem a materialização efetiva de nossos objetivos enquanto promotores do cuidado.

Para além disso, a portaria que define a Rede de Atenção Psicossocial define uma grande multiplicidade de pontos de atenção para pessoas que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A Comunidade Terapêutica é um desses pontos; não o único, tampouco o melhor. Não obstante, o Estado Democrático de Direito caracteriza-se como um sistema no qual todas as vozes devem ter o direito de participar das discussões e disputas, e isso inclui as Comunidades Terapêuticas, suas federações e os políticos que defendem esta perspectiva de tratamento.

Por fim, creio que é muito ruim este movimento que estamos reproduzindo aqui, neste seminário, em que desprezamos o debate proposto, em torno da atenção em saúde às pessoas em situação de rua, para focarmos nossa reflexão em torno do problema das Comunidades Terapêuticas. Nesse sentido, eis minha pergunta: o

que estamos fazendo para que as demandas que emergem nos territórios encontrem resolutividade nos próprios territórios?

**Vera Martinez Manchini** (São Paulo)

Em São Paulo, não há uma política sistemática de internação compulsória. O que temos são internações involuntárias, como preconizadas na lei da Reforma Psiquiátrica, e em casos específicos. A internação compulsória é uma prática atinente ao poder judiciário, e eu não tenho dados referentes a esses casos. Quanto ao Said (Serviço de Atenção Integral ao Dependente de Álcool e Outras Drogas), é um serviço especializado semelhante a uma Comunidade Terapêutica, voltado às pessoas que têm algum tipo de comorbidade associada ao uso de álcool e outras drogas.

Sobre as Comunidades Terapêuticas, é importante que se diga que são sempre um recurso de exceção, e nunca a regra. São os Caps AD que definem, junto com os usuários e suas famílias, que tipo de recursos terapêuticos serão utilizados ao longo do tratamento, e isso pode incluir ou não uma internação. Na alta, são mais uma vez os Caps AD os serviços de referência. O que temos, e isto é preciso assumir, é um vácuo neste “durante”, ou seja, no acompanhamento técnico em torno do tratamento oferecido nas Comunidades Terapêuticas. Ainda sobre os Caps AD, importante salientar que existe muita evasão, sobretudo no início dos tratamentos, talvez por conta das dificuldades de se lidar com a síndrome de abstinência.

Por fim, eu gostaria de dizer que as demandas sempre emergem dos territórios, nos territórios, e para atender a essas demandas, a rede nunca está totalmente pronta; ela está sempre se reinventando. São as eventuais dificuldades que, uma vez discutidas, vão moldando o fluxo na rede de atenção.

**Daniel** (Rio de Janeiro)

A violência atrapalha muito nosso trabalho. Existem horários e momentos em que a violência se manifesta de modo mais intenso, e é preciso levar isso em consideração na hora de realizar o trabalho de base territorial. Quanto à questão trazida pelo Alexandre, creio que o trabalho dos Consultórios na Rua nasce justa-



mente da necessidade que os Caps AD sentiam em estender suas ações aos territórios. Foi por isso que as gestões assumiram os Consultórios na Rua; de nossa parte, cabe mostrar a efetividade do trabalho, para que ele possa avançar. No caso da nossa experiência no Jacarezinho, como eu já disse antes, tudo nasce a partir de um projeto de prevenção às DST's e sids, que se transforma em um projeto de Redução de Danos, e este acaba se transformando no Consultório na Rua. Mas desde o início, havia de nossa parte o desejo de que a gestão assumisse esse projeto, que ele se transformasse em uma política pública. E desde o início, em cada uma das três fases deste trabalho, sempre houve este forte investimento na articulação de redes de cuidado, de sensibilização e capacitação dos demais serviços e pontos de apoio que compõem esta rede.

### **Cláudia Silva (Rio de Janeiro)**

O teste rápido para detecção do HIV é um desafio, assim como foi a adesão ao tratamento com antirretrovirais. Afinal, não somos um serviço especializado no tratamento e prevenção das DST e aids. Todo o processo que envolve a testagem, o diagnóstico e o tratamento da aids tem um tempo, que definitivamente não é o mesmo tempo das ruas, de quem vive nas ruas. A morte é algo muito presente nas ruas, muito presente para as pessoas em situação de rua, e o diagnóstico positivo para o HIV amplia essa presença. Cabe à equipe do Consultório na Rua mediar esse processo, e mediar isso no tempo da rua, é difícil. No início, começamos fazendo o teste por livre demanda, e isso foi muito difícil, pois começamos a produzir muitos resultados positivos. Que condições de acompanhar estas pessoas nós tínhamos? Há uma grande responsabilidade ética no que diz respeito à preparação dessas pessoas para o resultado do teste, e nesse sentido, precisamos muito do suporte dos técnicos dos serviços especializados no tratamento da aids. Não temos soluções, mas necessidade de acolhimento de nossas dúvidas e problematizações. Hoje, fazemos o teste apenas com os usuários que já têm bons vínculos construídos com a equipe. Mas a principal questão que eu traria neste momento é esta: o tempo do processo de testagem não dialoga com os tempos da população em situação de rua. E isso não vale apenas para a ques-

tão da aids; uma pessoa em situação de rua que faça o teste para detecção de hepatites virais passa pelo mesmo tipo de problema. Tem contagem de carga viral, tem genotipagem. . . Todo o processo é muito demorado para qualquer pessoa, mas para as pessoas em situação de rua, é como se esta agonia da espera fosse ainda maior. Aí é preciso uma equipe inteira em torno de um caso desses. Há casos em que o teste foi feito há seis meses, deu positivo, e nós não conseguimos construir uma adesão ao tratamento até agora. Então, nós não nos sentimos em condição de oferecer respostas. Pelo contrário: precisamos de apoio para construção dessas respostas.

Sobre os processos de institucionalização, percebo que quando conseguimos abandonar a dicotomia “rua-abrigo”, passamos a pensar na rua como território de significados. Quais os significados da rua? Quais os modos de vida na rua? Quais as ferramentas de tratamento? Na rua, as pessoas têm suas formas de organização, de alimentação, e nós precisamos saber mais a respeito disso. Os modos de se lidar com as medicações, por exemplo, não são os mesmos que para pessoas que têm as mesmas patologias, mas que não estão em situação de rua. Quando uma pessoa em situação de rua nos diz que está bem, apesar de uma série de problemas de saúde, ela não o faz em função do desconhecimento acerca de sua condição de saúde; ela o faz porque “estar bem” é algo realmente muito relativo! E é igualmente importante refletir sobre os sentidos inscritos na fala de uma pessoa em situação de rua, quando ela nos diz que está mal. E temos de contar com o “estou bem” como uma ferramenta de tratamento, porque isso nos fala de uma certa resistência, de uma certa forma de driblar as situações difíceis, de uma forma de negociar com a vida. Se vamos trabalhar com o cuidado dessas pessoas, precisamos entender as ferramentas que a rua dá. E para isso, é preciso que nos reunamos, todos juntos, assim como estamos reunidos agora. Nós, do Rio de Janeiro, que estamos próximos uns dos outros, nós precisamos nos encontrar mais. Há diferenças em nossos trabalhos, entre os que estão mais no centro, outros que estão mais próximos das comunidades. . . Precisamos entender melhor as ferramentas que construímos, pois elas são tão importantes e fundamentais quanto é uma injeção de benzetacil para quem está com sífilis. É preciso muita humildade para ouvir. . .

Quanto às nossas estratégias de gestão, elas são focadas nos casos, ou seja: são os casos singulares que vão apontar as estratégias adequadas para cada situação. É a partir dos casos que nós procuramos por parceiras; se essa procura é feita antes do caso, ninguém nos atende. Mas quando nos colocamos como referência para o atendimento de pessoas em situação de rua, tudo muda. Todos buscam alguém como referência para o atendimento dessa população, e quando nos colocamos como sendo essa referência, fica mais fácil conseguir que os outros serviços da rede intersetorial façam sua parte. Mas insisto: tudo parte do caso. É o caso que nos guia, é o caso a nossa principal estratégia de gestão, tanto do nosso serviço quanto da rede.

**Marcelo** (Rio de Janeiro)

No Consultório de Rua de Manguinhos, temos trabalhado de modo semelhante ao que a Cláudia acabou de descrever, ou seja, quando nos deparamos com um caso em que seja necessário ir mais a fundo, nós buscamos construir parcerias. Ou seja, operamos mesmo na base do “cada caso é um caso”, tentando casar o perfil de cada usuário com o perfil de cada instituição parceira. Como eu já disse, não havia nenhum manual no início; agora há um caderno com recomendações. Nós vamos ler esse material, e nos apropriar do que for possível e necessário.

## Experiência da ESF Sem Domicílio de Porto Alegre

ISABEL MUNARETTI



**S**EMPRE É PRECISO compreender o contexto em que os usuários que atendemos estão inseridos. No nosso caso, nunca é demais lembrar que estamos falando de atendimento a pessoas em situação de rua. Para a ONU, existe a situação de rua absoluta e a situação de rua relativa. Estão em situação de rua aqueles que dormem na rua, em abrigos ou prédios degradados ou abandonados. Há uma série de situações muito distintas, mas que costumam estar articuladas, em muitos casos: múltiplas morbidades e alta vulnerabilidade; processos de marginalização e exclusão social; dinâmicas de discriminação social e preconceito. Todas essas questões articulam-se e sobredeterminam-se, contribuindo para a cristalização de estigmas.

A experiência de ESF Sem Domicílio de Porto Alegre nasceu em agosto de 2004, e a partir de abril de 2012, iniciou-se o processo para transformá-la em um Consultório na Rua. Hoje, a equipe é composta de uma médica, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, um redutor de danos e dois agentes comunitários de saúde. A comparar com a equipe técnica preconizada pelo ministério, faltam terapeuta ocupacional, psicólogo, técnico de saúde bucal e agente social. Por enquanto, ainda possui uma estrutura física que opera de portas abertas, mas aos poucos deverá constituir-se em um Consultório na Rua apenas itinerante, com carro e sem sede. O veículo próprio já foi adquirido.

O foco do trabalho é a promoção de saúde e direitos huma-

nos, a partir da articulação e garantia de atendimento integral na rede, com ênfase nos problemas relacionados à dependência química. Há uma infinidade de parcerias com serviços públicos e organizações não governamentais, com vistas ao atendimento de uma grande variedade de demandas que emergem no cotidiano do serviço, com destaque para questões relacionadas à saúde bucal, violência e tuberculose.

A título de exemplo, cabe salientar que a incidência de tuberculose entre pessoas em situação de rua, ao menos em Porto Alegre, é sessenta vezes maior do que na população em geral; e como se isso não bastasse, as dificuldades para adesão ao tratamento são infinitamente maiores do que no restante da população. Desde o início de nossas atividades, já foram atendidas 191 pessoas com tuberculose, e o sucesso no tratamento é da ordem de cinquenta por cento. Há um forte e constante investimento na capacitação da equipe para o reconhecimento e acompanhamento dos casos de tuberculose, e a coleta de materiais para análise é feita no território. Realizamos atividades de busca ativa cada vez que um usuário com tuberculose deixa de comparecer ao tratamento, e junto aos serviços parceiros (especialmente nos serviços da assistência social), realizamos atividades de capacitação a respeito do manejo com as pessoas que têm tuberculose. Oferecemos também um lanche hipercalórico para essas pessoas, além do vale-transporte para que não deixem de comparecer ao tratamento. Por fim, com relação aos exames, há todo um esforço diferenciado para que o resultado chegue com rapidez.

Há, da parte da equipe do Consultório na Rua de Porto Alegre, todo um esforço reflexivo a respeito das melhores formas de abordagem, especialmente no que diz respeito às técnicas de busca ativa e abordagem. Discute-se, por exemplo, se todos devem estar juntos ou se é melhor que apenas um dos membros da equipe vá até o local em que estão as pessoas a serem atendidas, e as respostas variam conforme cada caso e situação.

Num trabalho feito nas ruas, com exposição e sem privacidade, as reflexões éticas são uma constante. Já houve situações em que chegamos ao território no mesmo momento em que estavam ocorrendo abordagens da polícia e do departamento de limpeza ur-

bana, e nestas situações, optamos por perguntar aos usuários se eles preferem que voltemos mais tarde. Quanto ao uso de drogas, não exigimos abstinência, nem mesmo no momento da abordagem, e ainda que a queixa inicial tenha relação direta com o uso de drogas.

Uma vez por mês, realizamos reuniões com a rede de parceiros institucionais. Além disso, também realizamos reuniões mensais com o Creas, e uma abordagem de rua por semana construída em parceira com este serviço. Por fim, é importante ressaltar que a sede do serviço é dentro de um importante hospital público da capital, situado no centro da cidade, no qual atende uma grande quantidade de especialistas, e tal condição facilita o acesso a consultas especializadas.

A situação atual, depois de oito anos de atuação ininterrupta na cidade, é de reconhecimento formal dessa atuação construída no cotidiano da cidade, em parceira com uma série de outros serviços e políticas públicas. No que tange aos desafios a serem enfrentados, destacam-se: a necessidade de um aprofundamento ainda maior das parcerias intersetoriais e interinstitucionais; a superação da exigência de documentos para o atendimento de nossos usuários em outras políticas públicas; a partilha de dados entre as políticas de saúde e assistência social; o fortalecimento da autoestima e da resiliência entre os usuários atendidos.

## Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua

JORGINA SALES JORGE  
ROBERTA DORVILLÉ MOREIRA



**F**ALAR DA EXPERIÊNCIA do Consultório de/na Rua “Fique de Boa” não é tarefa fácil. Para conhecer a complexidade e a potencialidade desse dispositivo é preciso vivenciar, aproximar-se dos lugares, das pessoas e de suas histórias de vida. No momento atual, os Consultórios na Rua de Maceió estão em processo de transição, desvinculando-se da área técnica de Saúde Mental para integrar o componente Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial.

Faço questão de demarcar isso já no início da minha fala, pois essa transição é um dos pontos que precisam ser mais profundamente discutidos. Ouço relatos das experiências das equipes de Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio, e percebo grandes diferenças para com o trabalho realizado a partir de uma trajetória iniciada junto à Saúde Mental na lógica da Redução de Danos.

Em 2009, a Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/Secretaria de Saúde de Maceió realizou uma Oficina de “Prevenção ao uso de drogas na perspectiva de Redução de Danos” facilitada por Aline Melo, coordenadora do Programa de Redução de Danos do Distrito Federal, e Eliane Seidl, consultora técnica do Ministério da Saúde. Tendo motivado um pequeno grupo de participantes, técnicos do Caps AD e do Programa Municipal de DST/aids, para a realização de ações de base territorial na lógica de Redução de Danos.

Nessa mesma época, havia uma iniciativa do Ministério Público Estadual, que se pautava pela internação de usuários de crack, principalmente daqueles em situação de rua, em Comunidades Acolhedoras/Terapêuticas. Nesse contexto, com o intuito de diversificar as ofertas de cuidado e favorecer o acesso à saúde, surgiu então o “Projeto Fique de Boa”, que se materializava na forma de uma tenda montada numa praça na área central da cidade com importante presença de usuários de drogas e pessoas em situação de rua. Desde o início, houve forte resistência ao trabalho desenvolvido pelo “Fique de Boa” na lógica de Redução de Danos, sobretudo da parte de setores conservadores reunidos em torno de um debate proibicionista sobre o uso de álcool e outras drogas. Mas isso não impediu o desenvolvimento do projeto e ao final de 2009, após adequação, o projeto foi selecionado e passou a ser financiado pelo Ministério da Saúde, juntamente com outras treze iniciativas de Consultórios de Rua distribuídos no território nacional, como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (Portaria n.º 1.190/2009). A partir de 2010, passou a compor o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Decreto Presidencial n.º 7.179/2010) e o seu desdobramento no Programa Crack, é possível vencer.

Os Consultórios de Rua surgiram como dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, cujo objetivo principal era estender o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, historicamente desassistidos e distantes dos serviços de saúde. As ações de promoção, prevenção e cuidados primários são realizadas *in loco*, nos becos, viadutos, praças e ruas da cidade.

Em março de 2010, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde realizou a I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua que trouxe elementos importantes para o aperfeiçoamento do trabalho realizado nas catorze primeiras experiências de Consultórios de Rua, com reflexões sobre o desdobramento de conceitos e princípios para o trabalho com usuários de drogas e pessoas em situação de rua. Para tanto, adotou referenciais como: singularidade do sujeito, integra-



lidade do cuidado, intersetorialidade, redução de danos, atuação no território, cidadania e direitos humanos, acolhimento e vínculo (Ministério da Saúde, 2010).

Com a realização de encontros frequentes da equipe atuante no projeto, as atividades foram sendo constantemente construídas na inter-relação dos saberes, vivências e práticas dos diferentes integrantes das equipes de Consultório de Rua.

No início do trabalho, a participação de três usuários do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras Drogas (Caps AD) e de um jovem em situação de rua foi reconhecida pela equipe como importante fator facilitador da entrada no campo de atuação e de aceitação das ações propostas. Além disso, a parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, através da atuação conjunta com profissionais do Centro de Referência em Assistência Social (Cras) e do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas), também representou uma estratégia potente uma vez que possibilitou o cuidado compartilhado e a ampliação da abrangência das atividades desenvolvidas. Impulsionados por um processo dialógico e reflexivo, seguimos com o trabalho. Nesse momento, contava-se com uma equipe volante, multiprofissional e interdisciplinar formada por uma Técnica de Enfermagem, três Assistentes Sociais, uma Enfermeira, três Psicólogos e dois Voluntários que atuavam, semanalmente, em áreas do centro de Maceió.

Considero importante mencionar uma referência muito significativa para a constituição do nosso trabalho: a primeira experiência de Consultório de Rua desenvolvida no Brasil, na cidade de Salvador, concebida pelo professor Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad). Nas palavras do próprio Nery, o principal objetivo desse trabalho seria promover o encontro entre *excluídos/invisíveis* e *incluídos/visíveis*, e que este encontro pudesse ser vivido através de olhares cruzados (Oliveira, 2009). Foi a partir do esforço de sistematização dessa experiência disparadora dos pioneiros de Salvador, entendida como um desdobramento da experiência brasileira com a Redução de Danos, que se possibilitou a extensão dessa tecnologia de cuidado para outros lugares do Brasil, com as devidas adaptações às especificidades e necessidades locais. Da experiência baiana, por

exemplo, tomamos a ideia de que a equipe de redutores de danos deve ser composta por pessoas com histórias de vida singulares, que expressam um conhecimento essencial para a realização de um trabalho sensível e permeado de afetividade. Entre os profissionais das equipes de Maceió, temos travestis/transsexuais, pessoas vivendo com HIV/aids, usuários e ex-usuários de drogas, bem como pessoas que já sentiram na pele a experiência de viver nas ruas.

Em 2011, ampliamos para quatro Consultórios de Rua e no ano seguinte, foram implantadas mais duas equipes de Consultório na Rua, encaminhadas para cadastramento e habilitação no Ministério da Saúde, ainda em 2012, para atuarem como equipes de Consultório na Rua (eCR) integradas à Atenção Básica.

De acordo com a Portaria GM n.º 122/2012, as eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. As eCR desempenharão suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

Na nossa realidade, percebemos o quanto essa integração facilita o processo de trabalho, e também o contrário, ou seja, o quanto a inexistência desta articulação pode dificultar as ações, principalmente no que tange à acessibilidade e à integralidade do cuidado. Para quatro das seis eCR, a unidade física de referência é a sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em alguns momentos, a entrada de pessoas em situação de rua na SMS foi impossibilitada por técnicos da própria instituição, produzindo situações de desconforto e indignação aos usuários e profissionais das eCR pela violação do direito de acesso aos serviços de saúde. Os olhares e justificativas para tal impedimento evidenciavam claramente a discriminação e o preconceito. Por outro lado, ver essas mesmas pessoas chegarem à SMS, à procura de atendimento, de emissão do Cartão Nacional de Saúde, de socorro para situações de violência é algo extremamente gratificante como resposta ao vínculo e ao

protagonismo favorecidos pelo trabalho desenvolvido pelas equipes. Antes da implementação do Consultório na Rua, a grande maioria dos usuários nunca tinha acessado a SMS e outros serviços de saúde, e nem entendia o que representava tal instituição para garantia de seus direitos à saúde e à oferta de cuidados.

Hoje, as eCR contam com seis a oito profissionais, de nível superior e médio, com formações e perfis definidos com base nas especificidades do trabalho e nas diretrizes legais. No total, temos 42 redutores de danos envolvidos neste trabalho, já que todos os profissionais integrantes das equipes de Consultório na Rua consideram-se “redutores de danos” (enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, artistas, cientista social, técnicas de enfermagem, motoristas e agentes sociais). Até mesmo alguns estudantes de enfermagem de Portugal, em intercâmbio acadêmico pela Universidade Federal de Alagoas, que vivenciaram a experiência do Consultório na Rua passaram a considerar-se como “redutores de danos”. Até mesmo o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que acompanhou nosso trabalho por uma noite, colocou a mão na massa: ajudou a realizar um curativo e naquele momento também se tornou um redutor de danos.

Após inserção nas equipes, os profissionais passam a vivenciar um processo de educação permanente numa perspectiva participativa e problematizadora em temáticas essenciais para a operacionalização do trabalho, como Clínica Ampliada, Aconselhamento e Testagem em DST/aids e Hepatites Virais, Redução de Danos, Direitos Humanos, Violência, Tuberculose, Hanseníase, Saúde Mental e Atenção Integral às pessoas que usam drogas.

Atualmente, as seis equipes de CR vêm desenvolvendo suas atividades, nos períodos diurno e noturno, nas seguintes áreas: Centro, Benedito Bentes, Vergel, Jaraguá e orla. Tendo em vista algumas solicitações da comunidade em geral e a identificação de pessoas em situação de rua em outros locais da cidade, as equipes têm avançado e ampliado as suas áreas de abrangência. Atualmente, as equipes tem 983 usuários cadastrados, oriundos de diferentes localidades e até mesmo de outros estados do Brasil.

No *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* (Ministério da Saúde, 2012), foram elencados os problemas

clínicos mais comuns: problemas nos pés; infestações (pediculose e escabiose); tuberculose; DST, HIV e aids; gravidez de alto risco; doenças crônicas; saúde bucal; uso de álcool e outras drogas. Tais dados nacionais estão em conformidade com a realidade local evidenciada nos atendimentos realizados junto às pessoas em situação de rua. Diante da magnitude dos problemas e necessidades dessas pessoas, a oferta e o alcance das ações devem ser ampliadas e fomentadas na intra e intersetorialidade. Dentre as atividades realizadas, vale ressaltar:

- ◆ Atendimento e acompanhamento de problemas clínicos diversos

- ◆ Prevenção de agravos e doenças (DST/HIV/Aids, Hepatites Virais, uso de drogas, Tuberculose e Violência, dentre outros)

- ◆ Atenção em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

- ◆ Saúde Bucal

- ◆ Realização de cuidados primários no espaço da rua (higiene pessoal e do local, curativos. . .)

- ◆ Imunização

- ◆ Coletas para exame de Tuberculose

- ◆ Testagem e Aconselhamento em DST/HIV e Hepatites

Virais

- ◆ Distribuição de insumos (preservativos, material educativo, mel, água mineral e outros)

- ◆ Realização e acompanhamento de pré-natal

- ◆ Intervenção educativa em saúde individual e em grupo

- ◆ Visitas domiciliares

- ◆ Atendimento compartilhado, principalmente com equipes da Assistência Social

- ◆ Comemoração de aniversariantes do mês no espaço da rua

- ◆ Atividades lúdicas e recreativas (jogos educativos, teatro, música, futebol);

- ◆ Sensibilização e mobilização junto aos profissionais das redes de atenção à saúde para atendimento da população em situação de rua

- ◆ Encaminhamentos e acompanhamento dos usuários em serviços de saúde, de assistência social e outros

- ◆ Formação permanente da equipe

♦ Participação em comissões e comitês locais (Grupo de Trabalho Intersetorial para o cuidado à população em situação de rua, Comitê Intersetorial para acompanhamento e monitoramento da Política Municipal para população em situação de rua, Comitê Técnico Municipal da Rede de Atenção Psicossocial e Comitê Gestor Municipal do Programa Crack).

Algumas atividades são inerentes à equipe e abrangem reuniões de equipe (diárias: pré e pós-campo, semanais e mensal) e intersetoriais; discussão de casos e Projetos Terapêuticos Singulares; educação permanente; gestão participativa; planejamento estratégico; monitoramento e avaliação sistemática. Além dessas, mensalmente, todos os profissionais vivenciam momentos de autocuidado e relaxamento, com intuito de aliviar as tensões e o sofrimento para preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida e do ambiente de trabalho. Tal atividade é denominada “Cuidando do Cuidador” e expressa a valorização do cuidar de si para cuidar do outro.

Desde outubro de 2012, as eCR vêm inserindo, mensalmente, dados quantitativos relacionados ao cadastro de usuários e aos atendimentos diários no Sistema de Informação (Siapes/DAB/MS). Além desse recurso, temos utilizado outros instrumentos, considerados importantes, para um registro mais qualitativo do trabalho realizado: diário de campo (individual) e caderno de campo (equipe).

Apesar dos avanços alcançados no desenvolvimento do trabalho das eCR, muitos entraves dificultam e fragilizam o cuidado de pessoas em situação de rua. Dentre os quais podemos destacar: falta de documentação civil das pessoas atendidas; rotatividade dos locais de permanência das pessoas em situação de rua; dificuldade de acesso e resolutividade nos serviços de saúde; carência de serviços e equipamentos essenciais para atenção integral à saúde; posturas preconceituosas e estigmatizantes por parte de diferentes atores sociais; banalização da vida e dos direitos de pessoas em situação de rua; falta de articulação e integração intra e intersetorial; descontinuidade da oferta de insumos de proteção e prevenção; falta de um transporte adequado às necessidades do trabalho na rua; fragilidade dos processos de contratação dos profissionais; qualificação profissional fragmentada.

Pensando na gestão e nos processos de trabalho, há conceitos e tecnologias leves que nos ajudam a instrumentalizar esta prática “peripatética”. O primeiro deles, talvez o mais importante, nos fala de um acolhimento incondicional, ou seja, não importa o estado da pessoa, suas condições de higiene, se ela está ou não sob efeito de drogas, ela será acolhida e escutada. Uma escuta radical na sua essência, não nega o direito de expressão do outro e considera o saber de cada um, de maneira singular, para a construção compartilhada de possibilidades para um cuidado, produtor de vida e de cidadania.

Por várias vezes, no início do trabalho, a equipe questionava e tinha receio de como chegaria a alguns espaços e como abordaria pessoas em contextos de extrema vulnerabilidade e exclusão social. E eu respondia: “acontece, de maneira muito singular, pode esperar que isto se dá”. Não há uma receita, não há um protocolo a seguir. É preciso estar atento e disponível, para sentir o momento de chegar e o jeito de estar junto, respeitando o modo de ser e de estar de cada um. Não impor condições para o encontro, para o acolhimento e para a escuta favorece a aproximação e o estabelecimento do vínculo, ampliando as possibilidades para efetividade de uma atenção, verdadeiramente, humanizada. Na rua, a imprevisibilidade integra a rotina de trabalho, solicitando flexibilidade, autenticidade, articulação em rede, capacidade de negociação, aceitação e respeito, a cada momento em cada encontro. Se eu acolho, respeito e escuto sem julgamento de valores, o vínculo e a confiança se estabelecem.

O ponto de partida está em reconhecer as pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos e deveres, considerando suas reais condições de vida e necessidades. E seguindo esse princípio, a atuação das eCR é pautada pela ética e responsabilização compartilhada pelas demandas, quer sejam simples ou complexas, que surgirão no cotidiano do trabalho e das relações estabelecidas entre usuários e profissionais. Demandas que vão desde a entrega de um insumo ao acompanhamento do trabalho de parto natural de uma adolescente em situação de rua, com vínculos familiares rompidos.

Para lidar, frequentemente, com situações de alta complexidade, conceitos importantes como: enfrentamento do estigma, aten-

ção integral, integração em rede, atuação no território, fortalecimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, promoção de cidadania e direitos humanos e Redução de Danos Sociais e à Saúde devem nutrir o arcabouço teórico e vivencial das equipes de Consultório na Rua. Quanto à Redução de Danos, aliás, nós a entendemos de um modo bem mais amplo do que aquilo que pode ser encontrado em manuais técnicos; nesse sentido, nos interpela de modo mais potente a definição construída pelo professor Antonio Lancetti (2009), no livro *Clínica peripatética*, que nos fala da Redução de Danos como “ampliação de vida”. Trabalhar nessa lógica, nos aproxima dos reais desejos e necessidades das pessoas atendidas e favorece, significativamente, a construção corresponsabilizada de movimentos singulares na direção da melhoria das condições sociais e de saúde, em um contexto de riscos e vulnerabilidades. E é na proximidade, intensidade de afetos e relações que o potencial terapêutico se revela.

A radicalidade com que a noção de território fecunda o cotidiano das equipes de Consultório na Rua de Maceió também merece menção especial. Botar os pés na rua, estar junto de usuários de drogas em seus territórios, inclusive nos momentos de fissura ou logo após o uso, sentir de perto o cheiro da rua, da droga, nos instrumentaliza de maneira mais potente. Vivenciar de perto estas experiências, discuti-las, e refletir sobre cada uma em companhia dos colegas de trabalho, fazem toda a diferença, não apenas para o processo de trabalho em equipe, mas para a trajetória pessoal e profissional de cada um. Outro aspecto fundamental revelado pela experiência é que, ao atuar na rua, a distinção entre as formações profissionais da equipe é atenuada pela diversidade, complexidade e urgência das necessidades existentes. Para Jorge & Brêda (2011), as relações entre os diferentes integrantes da equipe migram para a horizontalidade e para a transdisciplinariedade, sobrepondo-se a todas as outras formas hierarquizadas e tradicionais de processar o trabalho em saúde.

As eCR assumem a tarefa primordial de conhecer o território, não apenas geográfico, mas também o território existencial, identificando na dinâmica do contexto e das relações, as inúmeras situações de risco, sofrimento e vulnerabilidade social, assim como

os fatores de proteção e potencialidades que permeiam a vida das pessoas em situação de rua. Esse processo de aproximação e reconhecimento do território é iniciado, passo a passo, por cada equipe através do mapeamento e abertura dos campos de atuação.

A postura de motivar para a mudança evidencia-se, cotidianamente, na constante oferta de informações e orientações, esclarecimento de dúvidas, diálogos sobre as possibilidades de melhoria das condições de vida, de saúde e de mudança de comportamentos. Segundo Jorge & Corradi-Webster (2012), na abordagem motivacional, o profissional não assume um papel autoritário, a relação baseia-se na troca, no diálogo, no respeito à liberdade de escolha e no compartilhamento de responsabilidades. Miller & Rollnick (2001), afirmam que “as estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas que coercitivas, mais encorajadoras que argumentativas e buscam criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança”.

Considerando o contexto dinâmico da rua, o cuidado é construído coletiva e cotidianamente, adequando-se às condições do lugar, das pessoas e do momento. Dentre os principais agravos que afetam a saúde e a vida de pessoas em situação de rua, é importante destacarmos a violência, em suas diferentes formas e manifestações. Presenciar cenas de agressões físicas e verbais; fazer reconhecimento de corpo no necrotério de um hospital ou de um Instituto Médico Legal (IML); identificar abusos sexuais contra crianças e adolescentes; presenciar a negociação da troca de relação sexual por drogas; ver crianças e adolescentes chegarem à rua por não suportar a violência doméstica; assistir as mães perderem a guarda dos filhos por falta de condições de criá-los na rua; presenciar pessoas alimentando-se de comidas retiradas do lixo, são algumas das situações vivenciadas no dia a dia do trabalho junto à população em situação de rua em Maceió.

A violência é um fenômeno complexo que afeta subjetiva e objetivamente a vida de todos, produzindo sofrimento físico e/ou mental que não se restringe às pessoas diretamente envolvidas, mas também se manifesta em nós, profissionais, comprometidos com a defesa da vida.

Certa vez, ao acompanhar uma pessoa idosa em situação de rua para atendimento/internação hospitalar após ter sido vítima



de alguém que ateou fogo em seu corpo enquanto dormia, presenciei e me indignei com o atendimento do profissional médico que interrompeu a consulta, exigindo que o usuário tomasse banho para continuar e saiu, bruscamente, da sala reclamando dos odores desagradáveis, abriu as portas e desodorizou o ambiente na nossa presença. Posturas preconceituosas e desrespeitosas de profissionais de saúde interferem de maneira negativa nas ações e relações para o cuidado produzindo, na maioria das vezes, recusas e a descontinuidade do atendimento/tratamento. No enfrentamento da violência, temos nos valido de diferentes estratégias, que passam por: informar e pressionar os profissionais e gestores a respeito das graves situações de violência às quais estão expostas as pessoas em situação de rua na cidade de Maceió; mobilizar pessoas e entidades para a denúncia das violações de direitos; realizar ações individuais e em grupo com pessoas em situação de rua sobre direitos humanos e violência; e desenvolver ações integradas de discussão, prevenção, intervenção e notificação dos casos de violência identificados.

No início de 2012, após recebermos a notícia do assassinato brutal de uma jovem que acompanhávamos desde o começo do trabalho em 2009, decidimos, em equipe, realizar na mesma praça onde a encontramos pela primeira vez um Ato Ecumênico em sua memória e em defesa dos direitos e do respeito à vida de pessoas em situação de rua. Seu aniversário, em 2010, foi o primeiro de muitos que comemoramos na rua. Sua alegria e jeito de criança contagiavam a todos da equipe, contrapondo-se às adversidades e dureza de anos vividos na rua. Ainda no tocante à violência, também participamos juntamente com pessoas em situação de rua dos “Atos em Defesa da Vida” promovidos pela Universidade Federal de Alagoas e que incluíram a discussão sobre a temática da violência e a população em situação de rua.

Diante de tanta singularidade e complexidade, é preciso potencializar a atuação das equipes de Consultório na Rua e sua articulação com as redes de atores sociais e serviços para uma atenção integral e continuada às pessoas em situação de rua, a fim de favorecer mudanças significativas para produção de vida e cidadania.

## Referências

- Brasil. Casa Civil da Presidência da República. Decreto n.º 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2.ª ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 pp. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- . *Clínica ampliada: equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 60 pp. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- . Portaria n.º 1.190/GM de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (Pead 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- . Consultórios de Rua do SUS. MS/EPSJV-Fiocruz. Brasília (DF), 2010.
- . I Oficina Nacional dos projetos de consultórios de rua. Normas gerais para o funcionamento: esboço de um protocolo de funcionamento. Brasília: SAS/Dape/MS, 2010.
- . *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- Cunha, G. T. & Dantas, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos balint-paideia. In: Campos, G. W. S. & Guerrero, A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010, pp. 34-60.
- Jorge, J. S. & Brêda, M. Z. Consultório de rua: novo espaço, novo dispositivo, inovadora forma de cuidado. In: Soares, M. H. & Bueno, S. M. V. *Saúde mental: novas perspectivas*. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2011, pp. 77-86.
- Jorge, J. S. & Corradi-Webster, C. M. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde e Transformação Social*. ISSN 2178-7085, Florianópolis, vol. 3, n.º 1, pp. 39-48, 2012.
- Lancetti A. *A clínica peripatética*. 4.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- Oliveira, M. G. P. N. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Mestrado. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2009.

**Consultório na Rua do Recife:  
uma experiência de atenção ao uso abusivo  
de álcool e outras drogas  
com população em situação de rua**

GENIVALDO FRANCISCO  
LUCIANA ESPÍNDOLA



**Apresentando o Recife e seus cuidados  
aos usuários de álcool e outras drogas**

**C**APITAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO, Recife conta com área de 218,50 km<sup>2</sup> e população de 1.536.934 habitantes (2010). Atualmente a cidade é um dos mais importantes polos de ofertas de serviços modernos do Nordeste do País. Outrossim, nessa cidade, a modernidade caminha ao lado de importantes disparidades sociais e de acesso a serviços fundamentais, entre eles os de saúde.

Nesse sentido, em busca de afinar as suas ações com os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria de Saúde do Recife, desde 2009, implementou o Modelo de Atenção “Recife em Defesa da Vida”.

O modelo de atenção Recife em Defesa da Vida está pautado na defesa das diretrizes básicas do SUS procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculo entre profissionais e

usuários com a clara definição de responsabilidades (Medeiros & Albuquerque, 2010).

Dentre outras ações, no tocante aos serviços de saúde mental, especificamente junto às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, o referido modelo prima pelo fortalecimento das ações de redução de danos, entendendo-as como importante estratégia de política pública direcionada às pessoas que fazem uso prejudicial de psicoativos.

A partir dos aspectos de territorialidade e das características peculiares da população recifense, a Secretaria de Saúde do Recife, lança mão de serviços especializados de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, os Caps AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), divididos nos seis Distritos Sanitários (DS) da cidade. Os serviços de atenção a usuários de drogas são geridos e coordenados, dentro da Secretaria Municipal de Saúde, pelo Programa Mais Vida.

Apontado como modelo de atenção e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, os Caps AD representam uma nova metodologia de trabalho no trato às demandas advindas de um uso prejudicial de psicoativos. Os referidos centros são afinados com as propostas da Reforma Sanitária, sobretudo no que concerne à necessidade de trabalhar em rede com outros serviços socioassistenciais como assistência social, educação, cultura e, mais diretamente, com os dispositivos da comunidade.

O trabalho dos Caps AD é territorializado e se dá no nível de atenção comunitária, buscando articular o tratamento com uma proposta de convivência junto à comunidade e aos familiares do usuário.

De acordo com Cruz & Barbeito (2006), além de diminuir os riscos e danos decorridos do uso de drogas lícitas ou ilícitas, os Caps AD devem resgatar o papel autorregulador e a responsabilidade dos usuários nas suas relações com as drogas. Dessa forma, pretende-se ter como responsabilidade central a mobilização social para tarefas preventivas, terapêuticas e também reabilitadoras de cidadania, embasado na proposta de redução de danos (RD).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a redução de danos corresponde a medidas com objetivo de prevenir ou re-

duzir as consequências negativas à saúde, associadas a comportamentos de risco como o uso indevido de drogas. Nesse sentido, a prática da RD não significa necessariamente a redução da oferta das substâncias, mas versa sobre a necessidade de buscar alternativas para o uso protegido ou menos danoso para o usuário, admitindo a impossibilidade de um mundo “livre das drogas”. Nessa perspectiva, compreende-se e aceita-se que existem usuários que não podem, não conseguem ou não querem parar o uso.

Com base nas orientações do Ministério da Saúde e buscando ir além da oferta de serviços dentro dos muros do Caps AD, a Secretaria de Saúde do Recife lança mão de outros dispositivos de saúde, com vistas a qualificar a atenção aos usuários de drogas do município. Dentre eles, merece destaque o Consultório de Rua, dispositivo clínico-comunitário, norteador pelos princípios da redução de danos ao uso de álcool e outras drogas, que busca atender às demandas do público usuário de drogas nas cenas de uso, com especial atenção aos usuários que se encontram em situação de rua.

Esse dispositivo, ao qual faremos alusão adiante, permite que o serviço de saúde chegue ao usuário que, por algum motivo, não chegaria através de demanda espontânea aos serviços de cuidados especializados territorializados, como os Caps AD, por exemplo. Isso oportuniza uma aproximação maior com o território e com os usuários em situação de rua, que não têm acesso aos serviços essenciais básicos, entre eles, o de saúde.

Sobre a população de rua é passível de observação o fato de que há grande dificuldade ainda de vinculá-la aos serviços de atenção básica, como, por exemplo, os Postos de Saúde da Família (PSFs). Desta feita, não há um acompanhamento sistemático de sua saúde, o que interfere sobremaneira, nas atividades de prevenção também junto a este público já tão vulnerável.

### **Reduzindo danos e resgatando cidadania: o trabalho do Consultório de Rua do Recife**

A primeira experiência de Consultório de Rua (CR) teve início em Salvador, na década de 1990. Foi uma materialização de

metodologia de aproximação junto a crianças usuárias de drogas em situação de rua, idealizada pelo professor Antônio Nery Filho. Em 2004, o Consultório de Rua foi implantado em um Caps AD de Salvador.

Diante do sucesso do projeto, o Ministério da Saúde adotou os Consultórios de Rua como dispositivo clínico-comunitário, ligado à rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O CR passa a ser um importante meio de aproximação e cuidados iniciais e em longo prazo de usuários de drogas em situação de extrema vulnerabilidade social.

Em 2009, o CR passa a incorporar o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas do Sistema Único de Saúde (Pead). No ano seguinte, passa a ser um dispositivo de relevância estratégica para compor o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

A incorporação dos CR nos planos de ação do Ministério da Saúde versa sobre a necessidade de incorporar um dispositivo de saúde que acesse os usuários em seus territórios, fazendo da relação dos usuários com a sua comunidade, uma estratégia de aproximação, e assim, de cuidados junto a eles. O diferencial trazido por esse novo dispositivo, é que por meio dele é possível acessar usuários que poderiam não chegar a um serviço de atenção especializada de forma convencional — por demandas espontâneas ou encaminhados por outros serviços de saúde ou demais políticas sociais.

Percebe-se, portanto, a importância da estratégia inovadora do CR, ao verificar-se que ela vem preencher um hiato, anteriormente existente entre usuários em suas cenas de uso,<sup>1</sup> e o serviço dos Caps AD. Usaremos um exemplo, para melhor ilustrar: um usuário, em situação de rua, com vínculos familiares quebrados, que costuma fazer uso de drogas em determinada praça. Esta pessoa dificilmente é acessada pelos serviços de atenção básica, o que o distancia ainda mais de um encaminhamento para um Caps AD. Através de um mapeamento da praça, o Consultório de Rua identifica que essa área é apropriada para intervenção. Por aproximações sucessivas, os redutores de danos vão criando um vínculo de

1 Chamamos de cena de uso o local em que o usuário está fazendo uso de droga.

diálogo e confiança com os usuários da praça, dando dicas de redução de danos ao uso abusivo de drogas. E, assim, é possível realizar um encaminhamento dos usuários da localidade para um tratamento especializado em álcool e outras drogas, se esse for o desejo dos usuários acessados.<sup>2</sup>

No Recife, o Programa Mais Vida, ligado à Secretaria Municipal de Saúde, é o responsável pela implementação da política de redução de danos no consumo de álcool e outras drogas na cidade. Destarte, embora a criação do Consultório de Rua do Recife date do ano de 2010, as atividades de atenção aos usuários de drogas do município já vêm sendo norteadas pela proposta da redução de danos desde 2004.

Estão ligados ao Programa Mais Vida: os seis Caps AD do município; os quatro albergues terapêuticos, sendo um deles exclusivamente para mulheres; os leitos de desintoxicação em unidade hospitalar de alta complexidade; e as equipes do Consultório de Rua. Propõe-se que esses serviços trabalhem articulados entre si e junto às demais políticas públicas.

O Consultório de Rua do Recife conta com seis equipes — uma para cada distrito sanitário da cidade. As equipes são formadas com profissionais concursados<sup>3</sup> e contratados, com perfil específico para lidar com as especificidades dos territórios em que estão lotados. As equipes de trabalho contam com as seguintes categorias: assistentes sociais, psicólogos, agentes redutores de danos, arte-educadores, oficinairos e motoristas.

O Consultório de Rua do Recife tem uma coordenação específica ligada ao Programa Mais Vida. Cada equipe conta com um profissional de nível superior (assistente social ou psicólogo), quatro redutores de danos e um oficinairo. Há ainda uma equipe de teatro itinerante, que acompanha as ações do território, nos seis distritos sanitários.

Em suas atividades, o CR faz uso de *vans* devidamente adesivadas com o símbolo do SUS e a logomarca do programa, que

2 Salientamos que essa é apenas uma ilustração. Trata-se de um processo lento e com várias particularidades que variam de caso em caso.

3 O Recife foi o primeiro município a formalizar o cargo de agente redutor de danos como servidor público.

atende a dois objetivos: levar as equipes e os insumos para os lugares destinados às ações; e servir de objeto de fácil identificação por parte dos usuários.

As equipes fazem saídas noturnas em todos os Distritos Sanitários, duas vezes por semana, realizando abordagens aos usuários de álcool e outras drogas. Há ainda as saídas diurnas, em que costumeiramente, são realizadas visitas domiciliares aos usuários acessados nas ações noturnas, ou aos usuários encaminhados pelos Postos de Saúde da Família (PSF), através das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), ou por demais profissionais da rede.

Durante as abordagens, as equipes lançam mão de insumos com a finalidade de reduzir os danos durante ou após o uso de álcool e outras drogas, tais como: preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante — com a finalidade de ofertar condições para a prática do sexo seguro; garrafas de plástico — sugerindo que as pessoas que estão consumindo bebida alcoólica em garrafas de vidro, transfira o conteúdo das garrafas para as de plástico, diminuindo o risco de ferimentos com o vidro; água mineral — objetivando ofertar possibilidades de hidratação para o corpo; e, panfletos contendo informações sobre redução de danos ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Esses insumos além da utilidade que têm para o usuário, também se enquadram com um vetor que possibilita a aproximação da equipe a eles, em um primeiro momento da abordagem.

A escolha dos locais em que vão se dar as atividades do Consultório de Rua não é aleatória. São realizadas atividades de mapeamento de áreas onde há cenas de uso. Alguns serviços, de saúde ou não, frequentemente, apontam ao CR possíveis locais para abordagem. Com base nessa informação, as equipes se deslocam para esses locais, comumente acompanhadas de alguém que conheça o território (podendo ser um Agente Comunitário de Saúde ou um líder comunitário, por exemplo).

O primeiro contato com o usuário, muitas vezes, não se dá na primeira ida ao território. Em alguns casos é preciso ir mais de uma vez ao mesmo local, antes de iniciar a abordagem. Aos poucos as equipes vão se aproximando das pessoas que frequentam o local já mapeado e vínculos vão sendo criados, sobretudo porque as equi-



pes passam a frequentar os mesmo lugares, nos mesmos horários e dias da semana.

Atualmente, é possível identificar territórios em que, no horário determinado, os usuários já aguardam a *van* do CR. Se, por algum motivo, não for possível comparecer ao local no dia e horário acordados, é fundamental que a equipe comunique aos usuários a ausência, justificando-a. É condição fundamental o respeito aos vínculos criados nos territórios com os usuários.

Nas abordagens no território, a equipe do CR deve sempre estar considerando a complexidade das demandas apresentadas. É exatamente por conta das multifaces das demandas trazidas pelos usuários que não é possível traçar um plano de intervenção comum para determinados seguimentos de usuários de álcool, outro para usuários de crack, outro para usuários de maconha, por exemplo. Dessa forma, em cada usuário acessado é necessário observar as suas particularidades, com propostas de redução de danos e encaminhamentos particulares.

O cotidiano de trabalho das equipes que compõem o CR do Recife é organizado com base em planejamentos mensais, em que são pensados os lugares e instituições a serem visitadas. Ainda, antes de cada saída, a equipe se reúne para a realização do pré-campo — trata-se de um momento de fundamental relevância para as atividades, uma vez que é neste momento em que são traçadas as estratégias específicas de trabalho para a população que será abordada naquela ação. É o coordenador de campo do CR quem dá o direcionamento do pré-campo.

Após o final da atividade, antes da dispersão dos profissionais, a equipe se reúne para realizar o pós-campo. Nesse momento, é preenchido o diário de campo, quantificando e qualificando a ação daquele dia ou daquela noite. Aqui a equipe faz uma reflexão acerca dos prós e contras da estratégia utilizada; aponta se houve intercorrências, quais foram e o que deve ser feito para evitá-las ou minorá-las. É o momento de fazer uma avaliação da atividade.

É durante estas atividades que a maioria dos encaminhamentos aos Caps AD são feitos. Como cada equipe do CR é ligada a um Caps AD, grande parte dos encaminhamentos são realizados para os Caps AD onde as equipes do CR estão lotadas. Isso ajuda

a manutenção do vínculo com o usuário mesmo durante o tratamento no Caps AD, uma vez que a equipe do CR pode acompanhar o desenvolvimento do tratamento do usuário no serviço de saúde. Estando próximo ao usuário durante o tratamento, a equipe do CR pode contribuir com os profissionais do Caps AD, ajudando-os a traçar um projeto terapêutico singular para o usuário, uma vez que CR o conhece para além dos muros do Caps AD.

### **Reduzindo danos e resgatando cidadania junto aos usuários em situação de rua do Recife**

Como explicitado acima, o Consultório de Rua é um dispositivo que vai ao encontro do usuário de álcool e outras drogas, nas cenas de uso, dando prioridade para os que estão em situação de rua. Por se tratar de prioridade, há de se levar em conta que o público atendido pelo CR não é necessariamente apenas os que estão morando na rua. Salientamos também que os seis Distritos Sanitários, nos quais as equipes de CR estão lotadas, apresentam características de território e de perfil de usuários distintas.

No Recife, particularmente, grande parte dos usuários em situação de rua encontra-se concentrada no centro da cidade (Distrito Sanitário I). A peculiaridade desse Distrito dá-se em consequência de uma população volante, que dividimos aqui em dois grupos:

1. Os que têm domicílio em outro Distrito Sanitário, mas que migram para o centro da cidade, onde há uma efervescência de festas populares, em que há um uso intenso e constante de álcool e outras drogas;

2. Os que estão em situação de rua e que são usuários de drogas, que pernoitam no centro da cidade, mas que não permanecem no mesmo lugar, ou seja, que na noite seguinte pernoitam em outro espaço.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> De acordo com os dados levantados pelos relatórios do Programa Mais Vida (2012), no primeiro semestre deste ano, no Recife, foram 587 usuários em situação de rua abordados pelo CR. Deles, 31 são portadores do vírus HIV e são acompanhados pelas ações das equipes do CR do Recife.

As situações acima versam sobre um público que, em decorrência de suas particularidades, coloca-nos um desafio para a construção de um vínculo para além da abordagem primária. Tal desafio consiste em conseguir fazer um acompanhamento longitudinal dos usuários após a primeira aproximação, uma vez que nem todos aceitam realizar o tratamento nos Caps AD.

Uma das estratégias utilizadas pelo CR do Recife para conseguir dar continuidade ao acompanhamento do usuário em situação de rua é desenvolver ações em conjunto com o setor da alta complexidade da Assistência Social. Tal setor é responsável pelo atendimento de pessoas que se encontram com os vínculos familiares e comunitários rompidos, e trabalham para a reconstrução desses vínculos ou na busca pela construção de um novo projeto de vida para esses usuários.

Parte das pessoas atendidas nas abordagens em conjunto (Saúde e Assistência Social) é encaminhada para abrigos e, em alguns casos, posteriormente, para o Programa de Aluguel Social. Assim, ao passo que se oferece local protegido ao usuário, potencializa-se a realização de um acompanhamento em que as possibilidades de sucesso, no sentido do cuidado à saúde do usuário, aumentam.

Durante as abordagens aos usuários em situação de vulnerabilidade social, além das orientações com relação às formas menos nocivas e mais protegidas de fazer uso de drogas, a equipe do CR, sob orientação do técnico de nível superior, realiza encaminhamentos e orientações com relação a outros serviços e políticas públicas de direito desses usuários. O cuidado e o respeito na construção do vínculo com o usuário permitem à equipe ter acesso a ele em outros momentos.

A via de acesso aos demais serviços, para além dos da saúde, devem estar sempre sendo levadas em consideração, para garantia dos direitos dos usuários. Entendendo que ao passo que se garante direitos e trabalha-se no acesso às políticas públicas de habitação, trabalho, lazer, educação, entre outras, trabalha-se na melhoria da qualidade de vida dos usuários, potencializando, dessa forma, a construção de projetos de vida diferentes, que oportunize estratégias de proteção e autocuidado.

Entendemos que as situações de vulnerabilidade social e pobreza não são determinantes absolutos de um envolvimento com o uso de drogas. Por outro lado, é importante salientar que as condições de vida na qual os sujeitos estão inseridos e a sua relação com a sociedade se apresentam como importante determinante para uma aproximação com situações de risco, entre elas o uso abusivo e prejudicial de drogas.

Silveira & Moreira conceituam a pessoa que faz uso abusivo de drogas como

um indivíduo que se encontra em uma situação vivencial insuportável, que ele não consegue resolver ou evitar, restando-lhe como única alternativa alterar a percepção desta realidade intolerável através da droga (2006, p. 5).

Dessa forma, na vida em uma sociedade cuja negação de direitos se faz bastante presente, a dependência de substâncias psicoativas aparece tanto como um escopo às situações de violência estrutural, como também traz um leque de consequências para os indivíduos dependentes químicos, suas famílias e a sociedade. Desta feita, as condições de vulnerabilidade social são agravadas.

É no respeito às particularidades de cada usuário e suas demandas que o CR do Recife se propõe a trabalhar. Acolhendo e identificando o que pode ser feito, o que pode ser ofertado em cada situação, com cada usuário acessado. É na busca pela garantia dos direitos dos usuários que o Consultório de Rua do Recife se propõe a reduzir danos e resgatar cidadania.

### Bibliografia

- Cruz, M. S. & Barbeito, M. M. Estratégias de redução de danos e assistência comunitária à saúde: uma integração necessária. In: *Encaminhamentos de pessoas dependentes de substâncias psicoativas*. Vol. 5. Brasília: Senad, 2006.
- Medeiros, P. F. & Albuquerque, R. C. Modelo de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas da cidade do Recife: diretrizes em discussão. In: Uchoa, R. (org.). *Ensaio sobre drogas: necessidades hu-*

*manas e políticas públicas*. Série Extensão, vol. 12. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011.

Prefeitura do Recife. *Atlas do desenvolvimento humano no Recife (atlas Municipal)*. Prefeitura do Recife/Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (Pnud)/Ministério da Integração Nacional/Fundação João Pinheiro 2010. Disponível em <<http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/aspectos-gerais>>, acessado em 6-9-2012.

Silveira, D. X. & Moreira, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: Silveira D. X. Moreira, F. G. (orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.



## Debate

Este debate problematizou questões significativas para a prática dos Consultórios na Rua como o protagonismo das pessoas em situação de rua; a discussão sobre a rede de serviços de saúde e sua relação com os Consultórios na Rua é também aqui ponto presente, assim como a importância e a continuidade de debates como este. Ressurgem as dúvidas em relação à transição dos Consultórios na Rua da Saúde Mental para a Atenção Primária, são também abordadas as questões referentes à articulação intra e intersetorial. Novamente são pautadas as temáticas referentes à atuação da polícia, violação de direitos, violência contra usuários — onde se destaca o assassinato de travestis — e contra equipes de Consultório na Rua. Foram levantadas novas questões como a prostituição e o uso de drogas e o funcionamento do Conselho Tutelar.

### Maciel (Rio de Janeiro)

Com relação à referência que foi feita por um dos expositores acerca da potência da utilização da arte no trabalho em saúde, gostaria apenas de citar o exemplo do grupo musical Harmonia Enlouquece, que nasceu de oficinas de criação musical realizadas no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ). Mas eu gostaria mesmo de problematizar a questão do protagonismo: que mecanismos podemos utilizar para fortalecer o protagonismo das pessoas

em situação de rua? Como ampliar a liberdade de participação e mobilização política dessas pessoas? E por que essas pessoas não estão aqui, participando deste seminário?

**Renato** (Niterói)

Faço parte da equipe do Consultório na Rua de Niterói. Trata-se de uma equipe pequena. . . Mas eu gostaria de ouvir dos expositores a respeito da porta de entrada na rede por meio do trabalho do Consultório na Rua: como a rede está recebendo esta população?

**Teodora** (Rio de Janeiro)

Pessoalmente, tenho uma história de participação política nas discussões em torno da atenção em saúde dirigida a pessoas em situação de rua que remonta algo em torno de catorze anos. E me pergunto: nestes catorze anos, o que mudou? O que poderíamos ter feito melhor? Neste evento, eu sinto falta da presença dessas pessoas, e também de algum representante da Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos. Não a municipal, mas a estadual. Mas, voltando ao tema do desenvolvimento desse debate ao longo do tempo: como sustentar essa discussão, essa reflexão? Como serão as coisas daqui a catorze anos? Assusta ouvir sobre a violência apenas na fala da representante de Maceió, já que sabemos ser essa uma realidade constante em todos os lugares, e em especial aqui no Rio de Janeiro. Também assustam as referências às interações em Comunidades Terapêuticas. . . Mas a questão que eu realmente gostaria de trazer à tona para o debate é esta: como garantir sustentabilidade a estes trabalhos, a esta política, a estes debates?

**Antônia** (Rio de Janeiro)

Sinto um profundo orgulho em participar deste trabalho, como membro da equipe de Consultório na Rua que atua em Manguinhos. E é a partir de minha experiência pessoal que afirmo: a maioria das pessoas que atendemos a partir do Consultório na Rua usa crack. A polícia poderia ajudar, mas infelizmente é parte dos problemas que precisamos enfrentar. Mas, de que maneiras a polícia poderia ajudar?

### **Márcia Gato** (Rio de Janeiro)

Inicialmente, eu gostaria apenas de salientar que não há como falar de pessoas em situação de rua sem falar no contexto da rua. E a respeito desse contexto, é importante que se diga que a política de saúde e o atendimento em saúde dirigido a essas pessoas não precisam de nenhum tipo de apoio da polícia. Não é verdade que a maioria deles usa crack, assim como não é verdade que exista algo como uma síndrome de abstinência associada ao uso de crack. Além do mais, é preciso que se diga que, quando há desejo, o tratamento em saúde dirigido a pessoas que usam drogas se torna muito mais fácil. Ainda sobre o contexto das ruas, convém lembrar que no Rio de Janeiro, mais de três mil crianças e adolescentes foram detidos pela polícia nos últimos sete meses. Que política é essa, que se orienta pela violação de direitos? Onde estão esses garotos? Como não bastasse as irregularidades na própria execução da política, há ainda uma série de denúncias com respeito ao uso dos recursos destinados a essas ações. Se as preocupações são de fato com a saúde das pessoas, então por que os encaminhamentos iniciais são sempre para instâncias da segurança pública ou do poder judiciário? Nas ruas, ouvimos constantes relatos de policiais que exigem dinheiro para não importunar as pessoas em situação de rua, em especial os mais jovens, obrigando os garotos a praticar furtos. Por fim, há muitas dúvidas a respeito da transição dos Consultórios na Rua, que deixam de ser uma política subordinada à política de Saúde Mental, e passam para a Atenção Primária. Como será essa transição?

### **Jorgina** (Maceió)

Em Maceió, há muitas dificuldades com relação à organização e mobilização dos movimentos sociais. O Consultório na Rua tem buscado contribuir; conseguimos, por exemplo, fazer com que o decreto que prevê a criação do comitê de políticas para pessoas em situação de rua fosse revisto, para que passasse a prever a participação de representantes escolhidos entre as próprias pessoas a quem se destinam essas políticas. Para tanto, ajudamos alguns usuários do serviço a organizarem um abaixo-assinado, que foi encaminhado às autoridades. Não há em Maceió um movimento de

pessoas em situação de rua, assim como não existe uma associação de profissionais do sexo. Temos tentado contribuir para a mobilização das pessoas atendidas pelo Consultório na Rua, e percebemos que isso tem impacto na elevação de sua autoestima. No que diz respeito à violência, já houve até mesmo casos de agressão contra a própria equipe do Consultório na Rua! Sobre isso, fizemos uma roda de conversa com os usuários, elaboramos propostas. . . Buscamos estabelecer um canal de diálogo com as forças de repressão, a partir da Polícia Comunitária, que nos pareceu mais sensível, mas as ações de violência costumam partir da Rádio Patrulha. Conversei com eles: alguns dos policiais consideram que o nosso trabalho é uma afronta, enquanto outros se mostraram mais sensíveis aos nossos argumentos. Obviamente que não se pode ir junto com a polícia para as ruas, assim como não há como realizar ações conjuntas; não obstante, percebi que algo mudou para melhor depois dessas conversas.

### **Isabel (Porto Alegre)**

A política de Assistência Social é nossa melhor e mais importante parceira, e sinto que eles sentem o mesmo com relação ao nosso trabalho. Já as equipes de Atenção Primária presentes nos territórios em que atuamos sentem-se preocupadas, por achar que vamos produzir uma demanda da qual elas não serão capazes de dar conta. Nesse sentido, nossa postura tem sido a de tentar tranquilizá-las a respeito disso. Quanto à sustentabilidade desse tipo de ação, desse tipo de política, é preciso compromisso da parte dos gestores, valorizando o trabalho realizado, e contribuindo para a superação dos preconceitos que atingem não apenas à população com quem trabalhamos, mas também aos profissionais que se dedicam a esse trabalho. É preciso respeitar a voz das pessoas em situação de rua, ouvi-las, levar em consideração suas reflexões a respeito do trabalho e das políticas construídas justamente para elas. Quanto à violência policial, é sim uma constante, e é normal que tenhamos de realizar curativos em ferimentos decorrentes de ações truculentas. Recentemente houve um curso de sensibilização do qual participaram oitenta policiais, e foi possível perceber uma boa aceitação da maioria dos participantes. Muitos perguntavam a



respeito das melhores formas de encaminhamento para diferentes situações vividas por pessoas em situação de rua. Por fim, com respeito à transição da Saúde Mental para a Atenção Primária, a expectativa de nossa equipe é boa. Trata-se de uma transição gradual, sem atropelos. Nossa percepção é de que este processo está ocorrendo naturalmente.

### **Genivaldo (Recife)**

Em Recife, a boa aceitação do Consultório na Rua deve-se em grande parte à nossa participação na construção do Plano Municipal Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Rua. Em nossa rede, os serviços mais complicados são os Caps AD, que têm grande dificuldade para operar a partir de lógicas de acolhimento, e costumam reclamar que as pessoas em situação de rua não se enquadram no perfil dos usuários desses serviços. Não aceitam, por exemplo, que os usuários tomem banho nos serviços. Há dificuldades de toda ordem por parte dos técnicos, gestores, vigilantes. . . No que diz respeito à sustentabilidade, parece-me que essa é a grande conquista de Recife; há um reconhecimento da atenção a usuários de drogas e pessoas em situação de rua como política pública, e não parece haver o menor risco de que isso venha a acabar. Não obstante, nunca é demais fortalecer as pessoas e serviços que compõem a rede, como estratégia para garantir o futuro. Os gestores, estes não deveriam ficar muito tempo à frente das políticas, como forma de se evitar vícios. No que diz respeito ao diálogo com as forças de segurança pública, o maior problema diz respeito à homofobia. Foram vinte e oito assassinatos de travestis apenas no ano de 2012. Já ministramos atividades de capacitação e sensibilização para policiais, mas jamais construímos nenhum tipo de ação em conjunto. Em nosso trabalho cotidiano, a polícia nunca está presente. Não haveria como, já que em nosso trabalho cotidiano, atendemos não apenas usuários de drogas, mas até mesmo traficantes. Já houve uma abordagem policial no momento em que estávamos no território, e eu fui submetido à revista, situação em que os próprios usuários informaram aos policiais que eu era um trabalhador de saúde em plena atividade. O perfil dos michês tem mudado: eles estão mais jovens, e costumam

fazer programas como forma de sustentar a dependência de crack. Outro problema que temos diz respeito ao Conselho Tutelar, que simplesmente não funciona. . . Ademais, sinto que quem trabalha com gente não pode ter medo de gente. Basta respeito. . . Cuidar é bom, e isso nós sabemos fazer!



### Roda de Conversa com Gestores

A roda de conversa com gestores, focando na temática do cadastramento e das informações sobre a população em situação de rua, atendida pelos Consultórios na Rua, discutiu temas como: quais informações devem ser registradas e onde devem estar centralizadas; os múltiplos cadastramentos; cadastro único e cadastro unificado; potencialidades e limites do cadastro eletrônico; tamanho do instrumento para cadastramento; formas de registro das atividades do trabalho; implicações para abordagem e acolhimento considerando a caracterização dessa população (itinerância, fragmentação, a evolução da qualidade do vínculo, entre outros); e a necessária flexibilização do que é preconizado pela portaria. Abordou também aspectos mais abrangentes do contexto dessa população e das atribuições e atuação dessas equipes, abarcando a integralidade do cuidado, a intersetorialidade da atenção, as fragilidades e o caráter impositivo das políticas sociais; as dificuldades relacionadas ao acesso dessa população; o papel que cabe às velhas e novas formas de atenção a essa população, como os próprios Consultórios na Rua, os serviços de saúde e os Centros Pop, tendo em vista questões como: referência, articulação/elo de ligação, porta de entrada — responsabilização.

#### **Alexandre Trino (DAB/MS)**

O Ministério da Saúde está muito satisfeito com este evento, com toda esta discussão em torno do tema do cuidado em saúde dirigido a pessoas em situação de rua. De um modo muito especial, consideramos muito importante este momento que está começando agora, em que nos reunimos para conversar com gestores e tra-

balhadores de diferentes localidades do Brasil, para avaliar processos de trabalho. Da parte do Ministério da Saúde, há duas questões que gostaríamos muito de trazer ao debate, pois imaginamos que o diálogo com o que está no cotidiano desse trabalho possa ajudar em duas tarefas: os processos de produção de cartografias e a realização de cadastramento das pessoas atendidas pelos Consultórios na Rua, e a utilização de um formulário semelhante ao Ciaps, para sistematização de dados da população atendida. Há especificidades, não apenas no trabalho realizado, mas na produção de dados referentes à situação de saúde de pessoas que vivem em situação de rua. Uma dessas especificidades, por exemplo, diz respeito à itinerância. Como cadastrá-los, se não se fixam em uma mesma região? Existem experiências com respeito a esse tipo de questão, de problema? Como as cidades têm enfrentado essa questão? O fato de que as pessoas em situação de rua não são obrigadas a manter vínculos com os mesmos serviços de saúde aos quais os Consultórios na Rua — que as aproximaram da rede — estão vinculados, ajuda ou atrapalha no que tange à produção e sistematização de dados? Enfim: como cadastrar? Quais informações devemos priorizar? Devem haver adaptações nas fichas?

**Cláudia** (Rio de Janeiro)

Há uma grande diversidade de práticas, mesmo que operemos com base em conceitos comuns. E há, da parte de alguns Consultórios na Rua, um certo receio nesta transição da Saúde Mental para a Atenção Primária. Quanto ao tema da vinculação dos usuários a este ou àquele serviço, é preciso que não nos esqueçamos que não se trata apenas de “vinculação burocrática”, mas de “cuidado”. Muitos serviços não querem atender esta população! No caso do Consultório na Rua ao qual estou ligada, nossa experiência nos permite dizer que só conseguimos bons resultados quando nos colocamos no diálogo com os demais parceiros da rede intersetorial, como referência para o atendimento de pessoas em situação de rua, e não como mera porta de entrada para a rede. Enquanto nos colocávamos apenas como porta de entrada, a coisa não avançou. Insisto: o tempo dos serviços de saúde (os ligados à política de aids, por exemplo), não é o tempo das pessoas em situação de rua.

Como vincular essas pessoas a diversos serviços? A meu ver, esse tipo de ideia não serve para o atendimento dessa população. Porto Alegre, por exemplo, possui uma sede para o PSF sem Domicílio; gostaria de ouvir da Isabel — como está sendo este processo de fechar as portas dessa unidade? Pra terminar, acho importante mencionar a potência que emerge no trabalho cotidiano, quando aceitamos o desafio de articular “clínica” e “política”, ou seja, incluir no trabalho em saúde um olhar cuidadoso para as dimensões políticas do sofrimento, dos processos de saúde e doença.

### **Alexandre Trino**

Não podemos perder o foco dos debates, nos afastando da pauta definida anteriormente. Precisamos nos centrar no debate sobre as dificuldades de cadastramento e sobre as estratégias de produção e sistematização de dados a respeito das pessoas atendidas.

### **Arlete (Niterói)**

Na experiência do Consultório na Rua de Niterói, iniciamos o trabalho utilizando uma ficha muito semelhante a que já era utilizada no Caps AD. Com o tempo, fomos modificando essa ficha, incluindo outros elementos, como o local em que foi realizada a abordagem, os serviços que existem no território ao qual a pessoa em questão está vinculada, algumas questões sociais específicas, informações sobre família, o registro dos apelidos dos usuários. . . Tenta-se fazer o máximo na rua, tanto com relação ao cuidado, como no que diz respeito ao levantamento de dados. Já conseguimos solicitar exames diretamente a partir do Consultório na Rua, e a busca dos usuários para entrega dos resultados é feita pelos redutores de danos ligados aos serviços. Quanto à circulação dos usuários na rede intersetorial, é preciso estar atento para o fato de que podem surgir diversas fichas, com informações diferentes, complementares, repetidas. . . Problemas e vantagens de um múltiplo cadastramento.

### **Mirna (Rio de Janeiro)**

Sobre o cadastro, vejo que em Niterói há esta experiência de se criar uma ficha, a partir de algo que já existia. . . Incluíram o

apelido, por exemplo. . . Lá em Manguinhos, não havia uma ficha de cadastro para o Consultório na Rua, e a ficha ordinária da Atenção Primária não atendia às nossas necessidades. Partimos então da “Ficha E”, que já era usada em São Paulo, e a partir dela incluímos algumas outras coisas. A nossa ideia para essa atividade de hoje à tarde é justamente proporcionar um momento de partilha em torno dessas diferentes propostas, dessas diferentes fichas que foram e estão sendo construídas nos Consultórios na Rua em todo o País. Porque esta questão, por mais que tenha sua interface óbvia com a gestão, deve também ter uma nítida dimensão clínica: que informações são importantes de serem acessadas com a ajuda deste instrumento, e que possam ser relevantes para nosso trabalho clínico? Acho até mesmo que seria interessante que essas diferentes fichas, que esses diferentes instrumentos fossem enviados para nós, para que se possa fazer um trabalho comparativo, vendo o que há de comum e o que há de diferente em cada um desses instrumentos. Isso pode ser importante para este esforço de criação de um instrumento unificado.

**Christiane Sampaio** (Rio de Janeiro)

Durante muito tempo, usamos a chamada “Ficha E”. Recentemente incluímos dados sobre violência, ou mais precisamente, sobre a origem da violência a que as pessoas são submetidas. Há três colunas sobre doenças infectocontagiosas adquiridas (aids, hepatites. . .), que já passaram por inúmeras modificações. No Rio de Janeiro, temos discutido a criação de um instrumento unificado e interligado, que possa ser preenchido e acessado por todas as equipes de cada um dos Consultórios na Rua. Isso pode ajudar, por exemplo, a reconhecer os movimentos dessas pessoas na cidade, seus fluxos. . . E tenho uma dúvida: será que se consegue dar conta da ligação, dos vínculos com diversas unidades de saúde, tendo uma equipe mínima tão pequena no Consultório na Rua?

**Teodora** (Rio de Janeiro)

Quando nos dedicamos ao trabalho com pessoas em situação de rua, lidamos cotidianamente com questões que têm um nível de complexidade impressionante. Quando restringimos nosso olhar,

diminuindo a complexidade necessária, terminamos por perder pacientes, diante de nossa incapacidade em acolhê-los de modo mais integral, complexo. De maneira análoga, perdemos também potenciais parceiros das redes intersetoriais. No caso específico do instrumento de produção e sistematização de dados, ela também deveria estar atenta à intersetorialidade, para que não se perdesse dados pelas mesmas razões pelas quais perdemos pessoas e parceiros. Ou seja: o instrumento deveria dar conta da intersetorialidade.

### **Alexandre Trino (DAB/MS)**

Há cerca de três meses, houve uma oficina com experiências de atendimento em saúde para pessoas em situação de rua. O objetivo da oficina era justamente a produção de uma ficha, de um instrumento para produção e sistematização de dados. Como resultado, produziu-se uma ficha que contempla também a intersetorialidade. Nossa ideia, para esta discussão que está ocorrendo aqui e agora, era observar o surgimento de ideias novas. Quanto a esta ficha que foi elaborada nesta outra oficina, ela deve ser levada para o E-SUS<sup>5</sup> em breve, e se possível, já com alguma contribuição emergente desta oficina de que participamos neste momento. É possível que em seis meses já tenhamos um instrumento acabado.

Não existe algo como uma necessidade de vinculação com diversas unidades de saúde. O que existe é a possibilidade de que isso venha a ser feito, mas não uma necessidade (e isso vai variar muito de acordo com a realidade dos diferentes territórios). Quanto ao processo de transição do modelo, a transição da Saúde Mental para a Atenção Primária, o que menos se quer é que essa transição produza algum tipo de “esquizofrenia” entre os usuários. Há que se ter muito cuidado, evitando as rupturas radicais, repentinas. Por fim: o Consultório na Rua deve ser o indutor fundamental do acesso à rede e ao Sistema Único de Saúde como um todo; do contrário, ele perde sua razão de ser. O Consultório na Rua não pode ser considerado uma panaceia, e é por isso que ele deve ser um dispositivo de acesso à rede. Mas, para que isso funcione, será pre-

5 O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional (<dab.saude.gov.br>).

ciso, por certo, o investimento na qualificação das redes de atenção, como forma de garantir e qualificar o acolhimento a pessoas em situação de rua.

### **Jorgina** (Maceió)

Creio que seria preciso construir um cadastro interligado, não apenas preenchido por todos os serviços, mas igualmente acessível a todos. É muito importante evitar a duplicidade de cadastros; se existe algo que irrita profundamente os usuários é este eterno recadastramento em todos os serviços a que chegam, este eterno movimento de repetir histórias que são muitas vezes difíceis, doídas. Outra coisa: o Consultório na Rua de um determinado território vincula-se a uma determinada unidade de saúde; mas, como fica quando se acessa um usuário que tem vínculos com outra unidade, presente em um outro território? O cadastro do profissional não precisa ter algum nível de casamento com o cadastro dos usuários?

### **Alexandre Trino** (DAB/MS)

Informações de usuários devem ser vinculadas ao cadastro de sua unidade de referência. Aos poucos, paulatinamente, o usuário deve ser vinculado à sua unidade de referência. Não importa se esse movimento terá de ser refeito em um momento posterior, em função dos deslocamentos desses usuários; afinal, é isto o que ocorre com qualquer pessoa que mude de endereço.

### **Teodora** (Rio de Janeiro)

Há também as pessoas em situação de rua que têm como endereço de referência o endereço do Centro Pop, serviço da assistência social especializado no trabalho com essa população. Aliás, essa é uma das atribuições dos Centros Pop, segundo as normativas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: oferecer-se como endereço de referência para que pessoas em situação de rua possam ser encontradas, possam receber cartas, telegramas. . . Quanto à existência de um cadastro, de uma espécie de instrumento que servisse ao cadastramento de pessoas em situação de rua, era importante que fosse um cadastro único.

**Ana Paula** (Rio de Janeiro)

Os Centros Pop são uma grande referência, e parceiros privilegiados no trabalho com pessoas em situação de rua. O Centro Pop não é o mesmo que o Creas, e há diversas cidades nas quais esse serviço não existe. Onde ele existe, é mesmo um centro de referência, e serve de endereço, de local para guardar materiais de uso pessoal. . .

**Alexandre Trino** (DAB/MS)

Parece-me que a solução virá com o CAD-Único.<sup>6</sup> Porque dentro deste novo sistema de cadastramento que será o E-SUS, dentro desse sistema está contemplado o CAD-Único, que deverá contemplar também estes programas sociais.

**Lane** (Goiânia)

Mas, o que vamos fazer na transição? Tornar visível aquilo que é invisível é um trabalho lento e difícil. As redes não estão prontas, são extremamente diversificadas, com serviços que acolhem bem essa população, outros que acolhem mal ou mesmo nem acolhem, sem falar nas dissonâncias internas às próprias equipes, com pessoas sensíveis a esse tipo de questão, e outras que operam a partir de estigmas e preconceitos. Quanto ao cadastro, é preciso que ele seja capaz de acolher toda a complexidade dos casos acolhidos por quem trabalha com essa população, é preciso que se tenha claro que não há como marcar datas, por exemplo. Como usar instrumentos fixos para registrar dados a respeito de pessoas em movimento constante? Que indicadores? Em Goiânia, usamos o cadastro do Caps AD. Os usuários nem sempre nos dão seus nomes reais, por vezes omitem ou mentem sobre diversas informações. Então, o cadastro vai sendo construído aos poucos, vai evoluindo no cotidiano, em consonância com a qualidade dos vínculos. É como se o cadastro fosse uma espécie de prontuário, sempre em movimento. Também trabalhamos com o diário de campo, conforme as tradições da Redução de Danos. É lindo! A densidade e a

6 O Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no País (<<http://www.brasil.gov.br/>>).



qualidade das informações ali presentes impressionam. No entanto, é muito difícil de usar este tipo de registro do ponto de vista da epidemiologia. Por fim, há outra questão tão difícil de se operar em relação à produção de dados, quando falamos de pessoas em situação de rua: a regulação. Nós não conseguimos regular essa população. Por vezes, é preciso usar o RG dos próprios trabalhadores das equipes, para questões como retirada de medicamentos ou acesso à especialidades.

### **Rejane**

No Ministério da Saúde, já estudamos a possibilidade de que o cartão SUS possa ele mesmo já indicar a situação de rua do portador, ou então o fato de que se trata de pessoa que não possui documentos, tampouco endereço fixo. Não é uma coisa simples, pois precisa ser pensado em âmbito de Brasil. Hoje, já existem orientações sobre como organizar as políticas, sobre como flexibilizar exigências, mas é preciso de algum modo incluir esse tipo de informação, já no cartão.

### **Daniel (Rio de Janeiro)**

No Jacarezinho, usamos uma ficha igual a que é usada pelo Consultório na Rua de Manguinhos (Ficha E). Falta ainda incluir os tipos de drogas que são usados, bem como o tempo de uso de cada substância. Outra coisa importante de ser lembrada, e que tem relação com o que nos foi trazido pela Lane: há tipos de cadastros, como o SisReg, em que não se pode avançar quando se oculta alguma informação. É parecido com alguns tipos de vídeo-*game*, em que você só pode avançar de fase se superar todos os obstáculos da fase anterior. Nesses casos, os campos deixados em branco no formulário travam a possibilidade de se avançar enquanto estes campos sigam vazios. Para que pudéssemos pensar em um cadastro que tenha alguma semelhança com um prontuário, esse tipo de problema precisa ser superado.

### **Karine (Niterói)**

A ficha que usamos contempla dados sobre as drogas usadas. Mas uma coisa que aprendemos nesse processo, e que eu acho

importante compartilhar com todos os presentes, é o fato de que nos foi impossível coletar dados de modo mais consistente antes de estarmos presentes no território por pelo menos um ano. Não dá pra se preencher a ficha completa, não dá pra fazer todo o cadastro de uma única vez. É preciso avançar aos poucos, ir em blocos. Depois de um ano foi possível conseguir alguns cadastros completos. A ficha foi se construindo ao longo deste processo: fomos percebendo o que funcionava, o que não funcionava, o que deveria ser formulado de maneiras diversas, levando em consideração as idas e vindas de cada usuário, seus avanços e retrocessos em termos clínicos. . . Além disso, também criei uma ficha que é minha, especificamente para mim. É uma ficha que me ajuda em questões específicas de meu trabalho como médica no Consultório na Rua. O tempo pra conclusão dessa ficha também é variável, e da mesma maneira, não se consegue concluir antes de dois ou três encontros. Não se pode nem se deve tentar concluir tudo em um único encontro. E é com base nestas minhas experiências que eu digo: seja lá como for, este instrumento não pode ser muito grande.

### **Arlete (Niterói)**

Em nossa experiência cotidiana, lidamos com quatro formas de coletar dados: 1) Ficha médica; 2) Cadastro; 3) Ficha de abordagem; 4) Diário de campo. Não é muito fácil de operar com tantas e tão diferentes formas de processar o registro das atividades de trabalho, mas é a realidade que temos. Outro detalhe importante: cerca de setenta por cento das pessoas em situação de rua atendidas em Niterói são da cidade do Rio de Janeiro, e acabaram do outro lado da ponte como forma de fugir das ações de recolhimento compulsório. Há também pessoas oriundas da Baixada Fluminense. Isso tem relação com esse esforço do Rio de Janeiro em ter uma ficha unificada, capaz de compartilhar informações de uma mesma população que se move no território. Acontece que em Niterói, muitos dos nossos usuários são também oriundos do Rio de Janeiro. Ou seja: os movimentos das pessoas em situação de rua não se restringem à cidade. . . Talvez devêssemos buscar integração em um território mais amplo. Outra coisa: em Niterói, nós conseguimos construir com a rede um tipo de identificação,

que está ligado ao próprio encaminhamento feito por nós, para os serviços da rede; quando eles são encaminhados por nós, os serviços já sabem que precisam flexibilizar exigências. Isso funcionou bem por um tempo, mas agora, diante deste movimento de tornar obrigatório o porte do cartão SUS para efetuar os atendimentos, já há unidades de saúde que voltam a exigir certos dados, certas documentações, para que se possa proceder ao encaminhamento do cartão SUS.

**Vera (São Paulo)**

Gostaria de ouvir mais sobre estas questões que envolvem o movimento das pessoas em situação de rua nas cidades, ou mesmo de uma cidade para outra, e os prontuários que vão sendo construídos nos serviços. Como fica essa situação? Esses prontuários acompanham os sujeitos em seus fluxos? Isso não parece muito viável. Olhando a partir de um olhar da gestão, isso parece algo impossível de se resolver.

**Rosana**

O Consultório na Rua deve funcionar como ponte, como elo entre os sujeitos e os serviços de saúde, o SUS, e as demais políticas públicas intersetoriais. Em especial, como uma porta de entrada para a Atenção Primária. O cadastro não deve ser confundido com um prontuário, são coisas diferentes, com funções diferentes. A ficha de atendimento do Consultório na Rua deve ficar no Consultório na Rua.

**Alexandre Trino (DAB/MS)**

Há questões que ocorrem de modo diferente em cada território, e seria muito estranho se não fosse deste modo. No âmbito das redes, há informações que podem e devem ser compartilhadas entre os serviços, visando o melhor embasamento para a construção de projetos terapêuticos singulares. Na medida em que o Consultório na Rua “desmamar” esses sujeitos, torna-se mais importante que as informações produzidas estejam junto à Atenção Primária do que junto ao Consultório na Rua. Nesse sentido, seria bom se conseguíssemos fazer com que as informações acompanhassem os sujeitos.

**Vera** (São Paulo)

No caso de um documento digital, como os tão falados prontuários digitais, ou mesmo como é o exemplo do número de assistência social de que sempre ouvimos falar nos filmes americanos, em que um simples número permite acessar informações em qualquer canto dos EUA, tudo certo. Nesses casos, o compartilhamento obviamente seria muito simples, bastando para tanto haver o preenchimento de dados em uma plataforma digital compartilhada. Mas se falamos de uma ficha, de um cadastro material, feito em filhas de papel, se torna realmente muito complicado.

**Rejane**

E se usássemos xerox? Seria simples, fazer cópias do cadastro e do prontuário nas situações em que se verificasse a passagem de um sujeito de uma região para outra, de um território para outro, e conseqüentemente, de um serviço para outro.

**Christiane Sampaio** (Rio de Janeiro)

Nem sempre o cadastro eletrônico facilita a vida dos trabalhadores, ou o trabalho a ser realizado. Às vezes há uma senha à qual não se tem acesso com facilidade. E o diário de campo, algo comum dentro da tradição da Redução de Danos, e que é utilizado em diversos serviços, em diversos Consultórios na Rua. . . como algo parecido poderia ser transposto para um ambiente virtual, em formato eletrônico? Claro que essas informações são extremamente úteis e relevantes, especialmente para produção de conhecimento, para pesquisas em âmbito acadêmico, mas são de difícil utilização no cotidiano da gestão. Por fim, acho que esta ideia da Mirna, no que diz respeito ao compartilhamento de indicadores, de marcadores. . . Isso pode ajudar um trabalho desse porte.

**Luzia** (Rio de Janeiro)

Cada território possui especificidades que têm relação com sua história, com a oferta de políticas públicas, a presença ou ausência de iniciativas da sociedade civil. No local em que trabalhamos, nós não temos Consultório na Rua, e o Creas é a grande referência, até mesmo em função do papel exercido pela assistência

social na política de atenção ao uso de drogas na cidade do Rio de Janeiro. A partir da instalação do setor de triagem na ilha do Governador, pelo qual passam todas as pessoas recolhidas compulsoriamente na cidade, a região passou a ser um local de grande fluxo de pessoas em situação de rua, vindas especialmente da região da Praça da Bandeira. Não há mais a obrigatoriedade de atendimento das pessoas encaminhadas ao abrigo, e isso permitiu ampliar o processo de produção e sistematização de dados referentes a pessoas em situação de rua, especialmente no que diz respeito às suas vulnerabilidades específicas, doenças, dados familiares. . . Parece-me que a assistência social, que as informações produzidas no âmbito dos serviços da assistência social que atendem essa população, também precisam ser contempladas neste cadastramento.

### **César (Rio de Janeiro)**

Para mim, existe uma questão que ainda está confusa: o Consultório na Rua deve constituir-se em equipe de referência para o atendimento de pessoas em situação de rua, ou em simples elo entre essas pessoas e os serviços da rede intersetorial? No caso do nosso serviço, optamos pelo desafio de nos constituirmos nas duas coisas ao mesmo tempo, ou seja, somos tanto a equipe de referência para o trabalho com essa população, quanto somos também a porta de entrada dessas pessoas na rede.

### **Rejane**

Essa questão levantada pelo César vai variar muito, especialmente em função da própria configuração da equipe do Consultório na Rua. A portaria traz três possibilidades diferentes de Consultório na Rua. Se tem médico, por exemplo, fica mais fácil constituir-se enquanto referência; se não tem médico, fica mais complicado. . . Mas é claro que mesmo a equipe que tem médico é também uma equipe de articulação. Vamos supor que a equipe do centro do Rio de Janeiro passe a ser uma equipe itinerante que atende Centro e São Cristóvão. Mesmo que essa equipe tenha um médico, e que esse médico atenda na rua, ela pode e deve, em algum momento, encaminhar um ou outro usuário para um atendimento em uma unidade da atenção primária, até para que esse

usuário possa ser atendido com um pouco mais de privacidade. Se a referência para essa equipe é uma unidade que fica no centro, e atende alguém em São Cristóvão, não é preciso nem desejável que esse usuário seja trazido até o centro! A equipe deve encaminhar esse usuário até a unidade de São Cristóvão, e junto com essa equipe, vai compartilhar o cuidado desse usuário. Então, mesmo tendo médico, a equipe pode operar como porta de entrada, e não como equipe de referência.

#### Maciel (Rio de Janeiro)

Sou ligado ao Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua. Quando fui cadastrado no Bolsa Família, passei por uma situação curiosa: o atendente que registrava meus dados, em um certo momento, solicitou-me “um endereço que preste”, afirmando que isso seria fundamental para que eu pudesse seguir validando meu cadastro, especialmente nos momentos em que me deslocasse de um local para outro. Então, fica a dúvida: como fica esse cadastro, especialmente no que diz respeito a esses deslocamentos, que são tão comuns para nós que vivemos em situação de rua? Penso que esse cadastro deveria acompanhar a pessoa. O próprio benefício deveria ser essa referência, e não a fixação em um território, em um endereço. Parece-me que, para isso, seria preciso descentralizar os processos, a gestão. Criar outras amarrações, para além do território de referência. Assim, o SUS seria visto não como um conjunto de serviços, mas como um benefício (ou pelo menos o cadastramento ao SUS, como um cadastramento a um conjunto de benefícios). Penso que as referências devem ser vivas: amarradas nas pessoas. Creio que precisamos de um número qualquer, que sirva para absolutamente tudo (até mesmo para o enterro!).

#### Valeska (Rio de Janeiro)

Eu acredito que as informações de prontuários poderiam, sim, ser universalizadas mediante algum tipo de dispositivo ou plataforma *on-line*. Não vejo nenhum tipo de problema ético nisso. O Problema é outro, e está relacionado com a imensa diversidade de tipos de prontuários que temos. Agora, com esta nova realidade, em que Organizações Sociais administram serviços pú-

blicos, a diversidade de práticas de registro aumentou ainda mais, pois cada OS tem seus próprios formulários, seu próprio modelo de cadastro. . .

### **Madalena (Rio de Janeiro)**

Nos casos de prefeituras que materializam seus serviços públicos a partir de contratos com Organizações Sociais, é a própria prefeitura a responsável pela unificação destes dados, destes sistemas de produção e sistematização de informações.

### **Valeska (Rio de Janeiro)**

Hoje escrevemos em prontuários eletrônicos; está tudo lá na nuvem; só que não conseguimos acessar. Ao que parece, perdemos, aqui no Rio, a chance de construir efetivamente um prontuário unificado.

### **Rejane**

É importante que nós não nos esqueçamos de que a portaria que orienta o trabalho dos Consultórios na Rua surgiu depois de longa e tensa discussão com os movimentos sociais, e em especial, com o movimento de pessoas em situação de rua e com os trabalhadores que atuam com esta população. Foi daí que surgiu a ideia de que não se deve considerar o Consultório na Rua como serviço de referência. É por isso que a portaria não aponta para a exclusividade, para a referência exclusiva, mas sim para o trabalho complexo e articulado no território. É preciso evitar o especialismo.

### **Cláudia (Rio de Janeiro)**

Para mim isto tudo ainda está muito confuso. Acontece que existem várias formas de compartilhamento de cuidado, assim como existem também vários níveis de responsabilização. Se pensamos, por exemplo, na integração com a assistência social, isto implica a integração de procedimentos, de tratamento, escuta clínica. . . Estamos falando de muitas coisas! Então, mais do que pactuar “cadastramento”, é preciso que pactuemos “procedimentos”. Tenho a impressão de que esse tipo de pactuação é ao mesmo tempo mais simples e mais importante do que as pactuações em torno do

uso de uma ou outra ficha, de um ou outro instrumento de registro. Minha preocupação é: que nível de responsabilidade está pactuado? Que instrumentos podemos usar para pactuar essas responsabilidades? Do contrário, fica parecendo que o prontuário eletrônico vai resolver todos os nossos problemas, mas quem já o está usando sabe que ele não resolve os problemas. Temo fragmentar o cuidado de uma população cuja vida já é muito fragmentada.

**Christiane Sampaio** (Rio de Janeiro)

Quando falamos em atendimento na atenção primária, falamos de vínculo como estratégia fundamental de trabalho. E quando falamos do Consultório na Rua, hoje, falamos de atenção primária, que valoriza o vínculo. Sendo elo com uma rede, ou com apenas uma unidade de saúde, o mais importante segue sendo o vínculo, que não se desfaz se a pessoa vai para Niterói ou Caxias. Isso pode até exigir uma nova configuração destas relações de vínculo, que pode até mesmo significar que a pessoa não quer mais ser atendida pela equipe que vinha fazendo este trabalho. Podemos refazer vínculos, mas eles sempre estarão no centro das reflexões.

**Karine** (Niterói)

Nós já tivemos usuários que eram, em algum outro momento, usuários do Caps AD, ou mesmo do Consultório na Rua de Manguinhos. Nestes casos, cabe o trabalho de rede: nós ligamos para relatar esses encontros, e também para saber um pouco mais sobre a história desses sujeitos.

**Ana Carla** (Niterói)

Eu não sei se este debate em torno dos instrumentos de produção e sistematização de dados referentes ao atendimento de pessoas em situação de rua nos permitiria trazer outras questões para o debate. Eu trabalho em um serviço destinado ao atendimento de adolescentes (Erijad), e em algum momento eu gostaria de ouvir um pouco sobre as experiências dos Consultórios na Rua quanto ao atendimento dessa população. E com relação ao instrumento de registro, ao cadastro, eu gostaria de saber se vocês pensam algum instrumento específico para adolescentes. Afinal, os adolescentes



possuem algumas especificidades às quais precisamos estar atentos. Em Niterói, temos um serviço especializado para o atendimento desse público, que não é um Consultório na Rua; no entanto, nós temos o nosso modelo de ficha, e talvez ele possa oferecer alguma contribuição na reflexão sobre algumas especificidades do trabalho com esse público. Nesta ficha, incluímos questões que julgamos importantes, como saber se aquele adolescente já passou por alguma instituição de acolhimento, se já teve algum contato com o conselho tutelar. Na nossa experiência, também optamos por investir na sistematização desses dados ao longo do processo de acolhimento, não tentando preencher toda a ficha no primeiro encontro, pois também julgamos que o mais importante é investir no vínculo desses adolescentes com o serviço.

### **Alexandre Trino (DAB/MS)**

Diante da conjuntura que temos neste momento histórico, e da complexidade das tarefas que temos pela frente, é preciso que tenhamos razoabilidade para entender a flexibilidade com que precisamos operar aquilo que é preconizado pela portaria, sem jamais perder as especificidades do trabalho que já é realizado com esta população. É bem provável que, em muitos casos, os serviços acabem ficando com a mesma configuração que eles têm atualmente, ou seja, com um trabalho específico, pouco flexível, operando com base em lógicas duras de referencialidade. Mesmo em meio a esse processo de transição de que falamos aqui, pode acontecer que alguns serviços, que algumas redes acabem ficando com as mesmas configurações que têm hoje em dia. Isso também pode depender muito da configuração dos territórios em que cada equipe está inserida. Valeska traz isto muito bem: a configuração das redes em Manguinhos talvez requeira isto mesmo, e talvez vocês tenham de manter o trabalho do jeito como ele está sendo realizado hoje. É preciso respeitar a autonomia das equipes, que conhecem as realidades em cada território. É possível que a mudança radical, para adequar o trabalho àquilo que é exigido na portaria, seja desastroso em alguns casos. É preciso entender o processo como movimento.

## Regina (Rio de Janeiro)

Pareceu-me que muitas das pessoas que se manifestaram trouxeram para esta roda suas dúvidas em torno deste processo de transição dos Consultórios na Rua, ainda que o tema desta oficina fosse o trabalho de cadastramento. Talvez fosse importante que pudéssemos escutar estas falas, estabelecendo outras conversas, onde essas diferentes experiências pudessem escutar umas às outras, e para que nos seja possível entender melhor tudo o que está acontecendo; porque é muito complicado este momento em que você sai de um modelo, com o qual você já está acostumado, em direção a uma outra forma de organização do trabalho que você não conhece direito. . . “Que negócio é este agora, em que eu tenho uma equipe à minha disposição, um médico para minha dor. . .”. Essa pessoa tão fragmentada. . . Eu acho que a gente precisa escutar isto. Não sei bem como: não sei se é o estado, não sei se os municípios, mas eu sei que a gente precisa escutar isso, e depois fazer um segundo tempo dessa conversa, que não pode ser para daqui a muito tempo, para que possamos afinar nossas práticas. Aí sim, eu creio que seja possível avançarmos em alguma proposta que possa deixar todo mundo mais tranquilo. Nós não estamos tranquilos, e eu acho que vocês que estão aqui, representando o departamento de Atenção Primária do Ministério da Saúde, podem tranquilamente explicar lá em Brasília que esse grupo ainda não se sente totalmente tranquilo com vários encaminhamentos que têm sido dados. A outra coisa diz respeito ao cadastro: minha experiência diz que este tipo de instrumento deve ser simples, pequeno. Tem algumas fichas, alguns instrumentos, que têm uma quantidade tão grande de papel, que assusta! Perde-se tanto tempo. . . Isso é algo que deve ser levado em conta. Cadastro não é a mesma coisa que prontuário. . . Além disto, também precisamos nos dar conta de que já existe uma quantidade grande de cadastros. Não seria possível pensar em aproveitar os cadastros que as pessoas já têm, que os cidadãos brasileiros já têm? É preciso evitar ficar repassando mais obrigações burocráticas às equipes, evitar encaminhar às equipes novos formulários a serem preenchidos, ou novas questões nos formulários já existentes. Seria o caso de partirmos do sistema de cadastramento que a Atenção Primária já possui, e tomarmos algo em paralelo, a partir dali.

## Rejane

Esta é também uma preocupação do Ministério. Todo o sistema da Atenção Primária está sendo revisto, e nessa revisão estamos estudando como fazer para produzir informações importantes sobre diferentes populações. No entanto, é preciso ter claro que por mais que enxugemos, sempre haverá muitas questões, pois falamos de um sistema nacional.

## Ana Paula (Rio de Janeiro)

Eu apenas gostaria de trazer um informe sobre uma questão extremamente importante no que tange às políticas públicas para pessoas em situação de rua, que é o reordenamento do sistema de alta complexidade da assistência social. A alta complexidade é uma modalidade do atendimento da proteção especial, destinada ao atendimento de pessoas e famílias com rupturas sérias em seus laços sociais, e que necessitam de abrigo mais ou menos temporário. Ou seja, serão configuradas todas as políticas de abrigo, que regulam abrigos, albergues e outros serviços desse tipo. A ideia é construir um diagnóstico que possa informar um processo de ampliação de rede. Há então uma proposta de que o país possa reordenar toda esta política até 2014, incluindo também novos serviços, como por exemplo, as Repúblicas, que são um importante dispositivo, especialmente no que tange à reinserção social, também para adolescentes que estão perto de completar dezoito anos. Esses equipamentos serão custeados com recursos oriundos do Governo Federal, e também pelo estado. No caso do Rio de Janeiro, por exemplo, há toda uma preocupação em âmbito estadual, pois há uma ampliação considerável, não apenas da quantidade, mas também da diversidade de pessoas em situação de rua. Há não apenas pessoas oriundas de outros estados, mas também de outros países, como Haiti, Ucrânia. . . Estou repassando essa informação, pois me parece importante que vocês possam estar acompanhando esse processo, porque isto obviamente vai incidir no atendimento em saúde que é feito na ponta, por serviços como o Consultório na Rua. Seria importante que vocês participassem, e que pudessem inserir-se nos grupos de trabalho intersetoriais.

## Teodora (Rio de Janeiro)

Estes fóruns ocorrem na Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde. Sou eu quem coordena esse processo. Os encontros têm sido semanais ou quinzenais: trata-se de um grupo de trabalho intersetorial, que reúne todas as áreas técnicas da saúde e assistência social, e a ideia a partir de agora é chamar diversos outros setores. Teremos em breve um primeiro seminário, no qual desejamos reunir todos os secretários municipais de assistência social e saúde, todos os coordenadores municipais de saúde mental, tuberculose, atenção primária, a assistência social com seus Creas e Cras. A ideia é ver todos os municípios elegíveis para implantação de Consultórios na Rua. Pretendemos convidar diversas experiências de diversos cantos do Brasil, para conversar sobre esse processo. Nossa ideia é cruzar os equipamentos no território. Não há como não avançar neste sentido. Creio que foi este o problema que tivemos catorze anos atrás: a ausência de investimentos intersetoriais, aliada à total ausência de participação da população com que desejávamos trabalhar. Ao que parece, as coisas não mudaram muito: temos aqui apenas serviços e gestores da área da saúde, e quanto ao movimento social, temos apenas a presença do Maciel, que conseguimos chamar apenas ontem. Ou agregamos, ou vamos morrer na praia mais uma vez, porque esse tema é de uma complexidade muito maior do que podemos imaginar. Outra coisa é que eu sinto que existe um tema muito importante, que angustia a muitos dos que estão aqui. Não sei de que maneira poderíamos construir um espaço a partir do qual pudéssemos falar também sobre isso. Refiro-me às políticas que têm sido disparadas para o dito “enfrentamento do crack”. Isso é algo que angustia a muitos de nós, e por vezes temos a impressão de que estamos todos arrastados por estas políticas, pelo modo como são implementadas. Parece-me que discutir isso, hoje em dia, implica a discussão de processos de trabalho, e tudo isto tem relação com o trabalho feito junto a pessoas em situação de rua, por mais que saibamos que nem toda pessoa em situação de rua usa drogas, muito menos o crack. Enfim, eu gostaria de saber se há possibilidade de encontrarmos espaço para essa discussão.

### **Alexandre Trino (DAB/MS)**

Particularmente, eu não vejo nenhum problema. Eu só não gostaria de abrir mão de fazer uma apresentação do Siab. Houve, do Ministério, uma solicitação para que os municípios indicassem pessoas dos serviços para alimentar o Siab, e nós gostaríamos de apresentar este sistema, projetando imagens do *site* aqui no telão. No entanto, não conseguimos conexão com internet aqui na sala. . . Mesmo assim, gostaria de falar sobre o conteúdo. Porém, se o grupo entender que é melhor que possamos ir direto para a discussão sobre outros temas, isso também pode ser feito. Como eu disse antes, isso começou a ser feito em um seminário realizado há três meses, e que deve ser concluído dentro de seis meses. Enquanto isso, estamos pensando em um formulário básico, com apenas dez perguntas, que possa contemplar questões que julgamos importantes, enquanto o Siab não fica pronto. Nossa preocupação é que não existe, hoje, nenhum dado a respeito do trabalho que já vem sendo realizado pelos Consultórios na Rua, e isso não pode ficar assim. Haverá uma pessoa responsável em cada município. Essa pessoa deve ser prioritariamente da equipe, porque se trata de informações que os serviços dominam, e não o gestor. Queremos os dados de cada equipe, de modo que precisamos de uma pessoa por equipe. Essa pessoa receberá uma senha de acesso ao formulário, para poder inserir os dados.

### **Teodora (Rio de Janeiro)**

Esse contato já foi feito. Mandamos *e-mails* para todos os coordenadores de atenção primária, e também de saúde mental, já que muitos dos Consultórios na Rua ainda estão vinculados a esta área técnica.

### **Alexandre Trino (DAB/MS)**

Bom, se os comunicados não chegaram, ou se chegaram e não foram redistribuídos, isto é uma questão local que vocês terão de resolver aqui no Rio de Janeiro. Com relação ao conteúdo:

1. Código Cnes da unidade básica de saúde à qual essa pessoa está vinculada, o código de área da equipe, e o nome da equipe, caso exista.

2. Competência (mês e ano).

3. Número atual de usuários cadastrados distribuídos por raça/cor.

4. Número atual de usuários cadastrados distribuídos por idade e sexo.

5. Número atual de usuários cadastrados distribuídos por agravos (uso prejudicial de álcool; uso prejudicial de crack; uso prejudicial de outras drogas; diabetes; aids; DST's; gestação de risco; hanseníase; hipertensão; câncer; tuberculose; transtornos mentais; distúrbios cardiovasculares). Infelizmente não existe a possibilidade de inserir questões como comorbidade, tampouco a possibilidade de cruzar dados para inferir comorbidades. Restringimos essas informações aos dados já diagnosticados.

6. Número de usuários atendidos no mês.

7. Número de atendimentos feitos no mês, distribuídos por agravos. Aqui, incluímos puericultura, que não aparece como agravo no ponto número.

8. Número de usuários em cuidado compartilhado, temporário ou prolongado, distribuídos por serviços outros que sejam utilizados além do próprio Consultório na Rua. Essa informação é importante para nos apontar dados sobre intersetorialidade. Há logo abaixo uma relação destes serviços: Caps, Caps AD, UBS, ambulatório especializado, hospital, serviços de urgência e emergência, comunidade terapêutica, Cras, Creas, Centro Pop, Nasf. Sugere-se a possibilidade de incluir o registro do cuidado compartilhado com outra equipe de Consultório na Rua. Inserir também o item "conselho tutelar". Christiane Sampaio traz outra questão, com respeito às clínicas particulares para tratamento de pessoas que usam álcool e outras drogas. No caso específico do Rio de Janeiro, esse seria um tipo de estratégia muito usada. Entretanto, a despeito das dificuldades, como se poderá construir um instrumento capaz de ir tão a fundo na abrangência de realidades regionais tão diversas? Uma possibilidade de resolver este tipo de entrave seria a inclusão da opção "outros", que não seria capaz de apontar para que tipo de questões específicas estariam sendo contempladas, mas teria a vantagem de mostrar o quanto a listagem de serviços consegue ou não abarcar a diversidade de iniciativas em todo o Brasil. Pondera-se a inclusão de um campo em que se pudesse mencionar o que seria esses "outros".

9. Número total de usuários cadastrados em cuidado compartilhado, temporário ou prolongado;

10. Número total de internações hospitalares no mês, distribuídas por agravos (decorrentes do uso de álcool e outras drogas; relacionados à transtorno mental; problemas respiratórios; causas externas; outros problemas de saúde). Genivaldo lembra que Recife possui as Casas do Meio do Caminho, e este tipo de internação pode ser incluído no item “outros”.

11. Número de atividades coletivas realizadas no mês (reunião de equipe do serviço; reunião com UBS; reunião com equipes de outros serviços de saúde; reunião intersetorial; atividades em grupo com usuários).

12. Número de usuários cadastrados que deixam o acompanhamento no mês, por óbito ou outros motivos. Pondera-se que seria importante explicitar as causas de morte, pelo menos se são por agravos à saúde ou causas externas, mas neste momento inicial não haverá informações deste tipo.

Nós sabemos que cada um desses itens poderia ser desdobrado em uma série de outras questões, mas infelizmente não será possível complexificar mais estes dados, ao menos a partir deste instrumento provisório, que é anterior ao próprio Siab. O que nos obriga a criação deste instrumento, antes mesmo do Siab estar pronto, diz respeito às necessidades manifestas pelo próprio ministro da saúde, que, por seu turno, tem sido pressionado pela Casa Civil. Como o Consultório na Rua é uma estratégia associada ao Plano de Enfrentamento ao Crack, há uma demanda que parte do próprio gabinete da Presidência da República quanto às informações de atendimento por este dispositivo. De nossa parte, nós aproveitamos esta pressão para buscar uma produção e sistematização de dados que são muito importantes para o trabalho. Havia, pois, uma série de outras informações que julgávamos importantes, mas que tiveram de ser excluídas, como foi o caso das hepatites.

**Dênis Petuco** (Rio de Janeiro)

Não se pode deixar as hepatites virais de fora. Se temos um limite de agravos que não pode ser ultrapassado, que tiremos então

alguma outra coisa, mas não as hepatites. Essa informação é importante demais para ser desprezada.

**Alexandre Trino (DAB/MS)**

Podemos então dizer que este grupo sugere a inclusão das hepatites virais na lista de agravos a serem inferidos neste formulário.

**Rejane**

Mas o que fez com que as hepatites fossem retiradas desta listagem diz respeito à informação de que seria muito complicado realizar esse tipo de testagem entre pessoas em situação de rua. Houve a sugestão de que esse agravo fosse mantido, e que se retirasse hipertensão, mas diversos técnicos disseram que este diagnóstico é muito difícil entre essa população. Isso ainda está em discussão. Há relatos de outros lugares em que esse tipo de diagnóstico é muito bem feito junto a essa população. Aliás, não apenas o diagnóstico, mas também o tratamento. E ficaria apenas hepatites em geral, sem especificidade.

**Alexandre Trino (DAB/MS)**

Outra coisa: os Consultórios na Rua que ainda não cumpriram um ano de funcionamento já podem se cadastrar no Cnes.

**Rejane**

O cadastro no Cnes nos informa inclusive a situação em que cada Consultório na Rua se encontra neste momento, em termos de transição da Saúde Mental para a Atenção Primária. Informa também em que momento está cada serviço, no que tange ao financiamento. Não é preciso que se espere o final do recurso para que só depois se dispare, de uma hora para outra, os processos de adaptação para realidade da Atenção Primária.



Segunda Parte  
CRACK É O PROBLEMA?



## Usuários de crack: perfil, estudos, cuidados



Os encontros para reflexão e troca de experiências e para o aprofundamento proporcionado pela discussão de conteúdos de pesquisa em curso atualmente, certamente são oportunidades preciosas para todos aqueles envolvidos com as questões suscitadas pelo uso do crack no Brasil e interessados em contribuir para as práticas de integralidade do cuidado.

Tendo em vista esse objetivo mais geral e a amplitude de questões políticas e sociais relacionadas ao uso de drogas e, no campo da saúde, o papel que cumprem os determinantes sociais da saúde, esta Oficina abarcou temáticas diferenciadas como a história do cuidado e das políticas públicas dirigidas aos usuários de álcool e outras drogas, política repressiva x política de cuidado, o comércio do crack e os diversos contextos de uso existentes no território nacional, o perfil epidemiológico e social de seus usuários, dados clínicos e representações sociais sobre os usuários de crack.



## Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas

DÊNIS ROBERTO DA SILVA PETUCO



**F**AZ JÁ ALGUNS ANOS que sou chamado a contribuir com processos de formação sobre uso de álcool e outras drogas dirigidos a trabalhadores de saúde ou da assistência social, de serviços como Caps AD, ESF, Consultório na Rua, Cras, Creas, Abrigos e Albergues. Há menos tempo, também para trabalhadores da segurança pública (guardas municipais, bombeiros, policiais civis e militares). Nessas atividades, gosto de reservar um tempo para uma “pequena história” do cuidado e das políticas públicas construídas para fazer frente ao uso de álcool e outras drogas. Faço isso porque me parece potente este olhar para a descontinuidade histórica das práticas relacionadas ao tema das drogas, como exercício de desnaturalização ante políticas e estratégias contemporâneas

Não obstante, os conteúdos desses encontros jamais ganharam as páginas de qualquer publicação. É que sempre me pareceu pouco prudente deitar no papel palavras sobre o tema sem a realização de estudos mais aprofundados, de pesquisas de maior fôlego. Afinal de contas, eu não sou um historiador das drogas, como o são Antonio Escohotado, Virgínia Berridge ou Henrique Carneiro: sou um rele cientista social que compartilha com Michel Foucault a noção de que a história das práticas sociais relacionadas a um determinado campo de intervenções é de extrema importância para a compreensão das lutas e dos processos que constituíram esse mesmo campo.

## Antiguidade: controle e cuidado de si

Início este percurso caminhando com Carla Mourão (2001), que invoca Foucault para falar de uma *enkrateia toxicon*. Em sua história da sexualidade, Foucault (2006, p. 61) explica que “[. . .] a *enkrateia* se caracteriza sobretudo por uma forma ativa de domínio de si que permite resistir ou lutar e garantir sua dominação no terreno dos desejos e dos prazeres”. Era considerado “virtuoso e temperante”, portanto, não o sujeito “[. . .] que não tem mais desejos, mas aquele que deseja com moderação, não mais do que convém, nem quando não convém” (Ibidem, p. 66). Emerge um cuidado de si que posiciona, no centro das preocupações, não uma moralidade avessa aos prazeres, mas uma dietética que tem por objetivo uma vida “útil e feliz” (Ibidem, p. 96). No que concerne ao uso de drogas (sobretudo o álcool), tal perspectiva se materializava na noção de temperança (*sófrósia*), que apontava na direção do controle, do uso cuidadoso dos prazeres, e não na abstinência.

Para Escohotado, a primeira experiência histórica de repressão relacionada às drogas deu-se com a perseguição aos cultos dirigidos a Baco, em Roma, por volta de 186 antes de Cristo. Sem nenhuma legislação específica, o cônsul Espúrio Postumio mandava executar sumariamente os participantes dos ritos ao deus do vinho, e negligenciando inclusive o legítimo processo jurídico a que tinham direito quaisquer cidadãos romanos. Sob tal regime, no entanto, não se conseguiu acabar com os bacanais: a chamada “peste dionisíaca” só chegou ao fim quando Baco foi oficialmente assimilado ao panteão de deuses romanos. Ao que tudo indica, havia razões políticas por trás dessa perseguição aos praticantes de ritos ligados ao vinho, como também foram políticas as razões que levaram à perseguição, séculos mais tarde, de outro grupo em cujos rituais se utilizava o vinho: os cristãos (Escohotado, 2005, pp. 33-34).

Ao que parece, foram também os romanos os primeiros a legislar sobre uso de drogas. Preocupado com a ocorrência de algumas intoxicações graves, o imperador romano Alexandre Severo (222-235) mandou proibir o uso de datura (conhecida no Brasil por diferentes nomes: trombeta, cartuxo, dama-da-noite, beladona,

flor de cemitério. . .), e também o pó de cantárida (um preparado feito à base de moscas espanholas trituradas!), ambas intensamente consumidas nos bordéis de Nápoles (Escohotado, 2005, p. 31). Eram, no entanto, drogas consumidas por poucas pessoas; os romanos preferiam o vinho, o ópio e a maconha, que não eram proibidas, estando sujeitas apenas às restrições da tradição. O vinho, por exemplo, era vedado às mulheres e aos homens com menos de trinta anos de idade (Ibidem, p. 33).

Com a cristianização do Império Romano, os ritos e saberes pagãos são jogados na ilegalidade. Valentiniano I, que governou entre 364 e 375, condenava à pena de morte quem participasse de cerimônias com vinho. Até o século X, o uso de drogas, mesmo com fins terapêuticos, era sinônimo de heresia (Escohotado, 2005, p. 40). Paralelamente, no mundo islâmico, o uso de drogas não era proibido e as propriedades medicinais das plantas seguiam sendo estudadas — estudos, aliás, que permitiram ao Ocidente resgatar uma parte dos conhecimentos sobre plantas que foram destruídos nos primeiros anos do cristianismo (Ibidem, p. 43). As coisas seguiram assim entre os muçulmanos até meados do século XIII, quando começam a surgir as primeiras sanções ao uso de algumas drogas, como o haxixe. Não demorou muito para que os usos de diversas substâncias — maconha, haxixe, vinho — fossem proibidos também no Islã (Ibidem, p. 48).

### Uma noite de mil anos

Ao longo da Idade Média, cristaliza-se a associação de drogas não alcoólicas à bruxaria, à sensualidade e às mulheres. Mesmo assim, e ainda que as pessoas acusadas de se envolverem com drogas fossem penalizadas com tortura e morte, tais práticas jamais desapareceram por completo (Escohotado, 2005, pp. 52-3). Também nas Américas, a Inquisição perseguiu os nativos, devido a práticas ancestrais de uso de drogas, ainda que não fossem encontradas ligações entre o uso dessas substâncias e o erotismo, posto que os ritos ameríndios possuíam características muito mais introspectivas que os *sabbats* europeus (Ibidem, p. 54).

As práticas inquisitoriais de controle, inclusive sobre o uso de drogas, definharam devagar antes de serem completamente revogadas. As Cruzadas aproximaram os europeus dos saberes islâmicos sobre fármacos e drogas. Lentamente, os chás e unguentos começaram a sair das trevas a que haviam sido relegados, e começou a se tornar comum que médicos da nobreza europeia prescrevessem drogas aos seus pacientes (Escohotado, 2005, p. 60). Não obstante, até que as fogueiras fossem definitivamente apagadas, muitas condenações ocorreram:

A cruzada contra as bruxas mostrará como a perseguição pode multiplicar ao infinito certo dano, real ou imaginário. Em uma Europa cuja população girava em torno dos três milhões de habitantes, inquisidores católicos e protestantes queimaram vivas a umas 500.000 pessoas entre os séculos XV e XVII, além de expropriar os bens de muitos milhões mais (Escohotado, 2005, p. 58).

Entre a alta Idade Média e o fim das Cruzadas, prolifera pela Europa um dispositivo destinado à segregação dos leprosos, que está na gênese de uma das mais importantes estratégias de manejo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (o manicômio). Inicialmente destinados a questões totalmente distintas, os leprosários foram uma presença constante por todo o território europeu, até que a lepra praticamente desaparecesse do mundo ocidental, em meados do século XV. Já no século XVI, milhares e milhares de leprosários esvaziam-se (Foucault, 2004, pp. 3-7), e permanecem em quase total abandono até serem ocupados por novos moradores: os indesejáveis das cidades, os loucos e demenciados, dentre os quais sempre haverá lugar para os bêbados miseráveis (Ibidem, p. 49).

### Luzes e sensações

Com o Renascimento, as drogas tornam-se propriedade dos homens de ciência (Escohotado, 2005, p. 60). Dentre as figuras de



destaque está Paracelso, um dos responsáveis por retirar as drogas do universo fantasmagórico em que foram situadas, explicando seus efeitos a partir dos princípios ativos das substâncias (Ibidem, p. 64). A aura mítica das drogas foi se reduzindo, permitindo o afrouxamento das legislações que levavam perigo, não apenas às pessoas que as usavam, mas também às que as preparavam, vendiam e administravam.

Ao que tudo indica, a medicalização do uso de drogas data do século XVII. Destacam-se as teorias de Felix Plater, que considerava o uso de drogas como possível causa externa de distúrbios mentais (Pessotti, 1999, p. 34). No século XVIII, nos Estados Unidos, começam a surgir os primeiros rumores de que talvez houvesse algo além da vontade pura e simples instigando as pessoas ao uso de álcool e outras drogas. Uma das referências mais antigas diz respeito a um estudo sobre os efeitos da parada súbita depois do uso longo e abusivo de ópio (Ibidem, p. 16). Com relação ao álcool, podemos citar este trecho de um artigo científico do século XVIII:

[ . . . ] aqueles de hábito leve, que tentaram superar sua fragilidade nervosa através da ajuda da bebida alcoólica, muitos deles começaram a usar este tóxico, por convicção de sua utilidade e não por uma questão de gosto; porém, como o alívio é temporário, o uso frequente, para manter seus efeitos, conduz à mesma ilusão até que, finalmente, o que era obtido por compulsão torna-se apego à bebida e um pequeno gole de brandy ou de gin com água torna-se tão necessário quanto o alimento; o sexo feminino, por sua natural fragilidade, adquire esse costume gradativamente, e o tóxico, ingerido em pequenas doses, apesar de lento em sua ação, não é menos doloroso em seus efeitos (Lettson, apud Berridge, 1994, p. 15).

Ainda que as bases para o desenvolvimento de um olhar do médico sobre o uso de álcool e drogas já estivessem presentes no século XVIII, esse processo irá realmente ganhar corpo apenas no século XIX, quando também começam a constituir-se as primeiras controvérsias. Para os pioneiros, os problemas com álcool e drogas, até então tratados na esfera religiosa e moralista, deveriam

encontrar seu devido lugar sob o olhar criterioso da medicina. Expressões como “doença” e “transtorno de vontade” tornam-se cada vez mais comuns. Na Europa, ganha corpo a ideia de que a embriaguez constante seria uma decorrência de disfunções no sistema nervoso central. Surgem também as primeiras considerações acerca de possibilidades genéticas, categorizadas como “degeneração hereditária”. O surgimento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas contribuía para reforçar ideias de insanidade moral e paralisia da vontade, reforçando as teorias sobre degenerescência, tão em voga na época (Berridge, 1994, p. 17).

No entanto, entender o surgimento de um olhar patologizante sobre o uso de álcool e drogas como sendo uma construção restrita às ciências médicas implica uma visão reducionista da questão. O desenvolvimento de diferentes perspectivas no campo da saúde articula-se às forças políticas, sociais e culturais de seu tempo. Já em fins do século XIX emergiam movimentos higienistas que começavam a defender propostas como a restrição do ópio aos usos médicos e proibição de bebidas alcoólicas (Escotado, 2005, p. 97).

### Tempos modernos

O século XIX caracterizou-se por uma verdadeira explosão de usos de uma infinidade de drogas. Liberto das amarras medievais, o sujeito moderno possui uma curiosidade insaciável, que se expressa não apenas no florescimento da ciência, mas também na busca de sensações novas, vividas inclusive com drogas que podiam ser livremente experimentadas em locais como opiórios ou clubes de fumadores de haxixe. A literatura desse período registrou esse movimento em diversos livros, dos quais o mais famoso talvez tenha sido *Paraísos artificiais*, de Baudelaire:

O homem não escapará à fatalidade de seu temperamento físico e moral, o haxixe será, para as impressões e os pensamentos familiares do homem, um espelho que aumenta, mas um simples espelho (Baudelaire, 1998, p. 23).

O ópio, cujos efeitos também são descritos por Baudelaire no mesmo livro, tornou-se uma das drogas mais consumidas pelos europeus do século XIX. Parte importante desse produto vinha da China, trazida especialmente por portugueses, holandeses e ingleses. No século XVIII, houve a primeira proibição do comércio de ópio com a Europa, resultando em forte descontentamento popular, diante do qual o governo chinês optou por endurecer ainda mais, proibindo não só o comércio, mas também o plantio de ópio, alegando que o uso da substância já havia atingido as camadas mais elevadas da sociedade chinesa na época (Escohotado, 2005, p. 83).

A escalada repressiva em torno da produção e comércio do ópio, com adoção de pena de morte e destruição de estoques armazenados, desemboca na Guerra de Ópio no século XIX, declarada pela Inglaterra contra o governo chinês. A derrota dos chineses, no entanto, não resulta em legalização do comércio, que segue nominalmente proibido, ainda que efetivamente regulado e autorizado. Pouco anos depois do fim da Guerra do Ópio, o contrabando já supera a casa dos cinco milhões de quilos anuais enviados para a Europa. Tal é a situação quando os chineses se negam a pagar as indenizações previstas no tratado de paz, e irrompe uma segunda Guerra do Ópio, vencida mais uma vez pelos ingleses (Escohotado, 2005, p. 85). A resposta do governo chinês, desta vez, foi diferente: ao invés de endurecer nas legislações restritivas como havia feito antes, os chineses optam pela legalização da produção e do comércio de ópio, não apenas internamente, mas abrindo inclusive a possibilidade de que chineses se envolvessem, direta e legalmente, com o comércio internacional de ópio. O negócio expandiu-se rapidamente, e em poucos anos a China ameaçava dominar todo o mercado asiático. Em resposta, o parlamento inglês aprovou uma declaração que tornava o comércio de ópio em larga escala como uma “empresa moralmente injustificável” (Ibidem, p. 86).

## Século XX

Na aurora do século XX surgem as teorias da adicção. O termo “adicto” vem do inglês, *addiction*, e significa “dedicação total”, mas

tem raiz no latim *adictum*, termo utilizado na Roma Antiga para descrever os que, por dívida, tornavam-se escravos de seus credores por um tempo determinado, ao fim do qual a dívida cessava. De modo geral, a medicina considerava que todos os usuários contumazes de álcool e outras drogas eram *adictos*, independente de o consumo ser moderado ou não, e a *adição* passou a ser considerada uma doença (Berridge, 1994, p. 16). Em países como a Inglaterra, pessoas que usavam morfina (problema que emergiu nesse país depois da Primeira Guerra Mundial) passaram a ter tratamento especializado à sua disposição, o que pode estar associado ao fato de ser esta uma droga costumeiramente consumida por pessoas de classes sociais mais abastadas. As pessoas com problemas ligados ao consumo de álcool, por sua vez, passam a receber um olhar mais condescendente de profissionais e serviços de saúde (Ibidem, p. 18). Não obstante, e em diversos lugares do mundo, a política pública para o tratamento de bebedores de classes desfavorecidas seguiu sendo a internação compulsória em instituições asilares, prática que em pouco ou nada se diferenciava dos modelos morais com investimento na segregação, comuns à história do tratamento para pessoas com transtornos mentais.

Ainda no início do século XX emergem os primeiros esforços para o controle internacional de drogas, contrastando com a intensa liberalidade do século XIX, quando todas as drogas conhecidas podiam ser adquiridas em farmácias e drogarias, em qualquer parte do mundo (Escohotado, 2005, p. 97). Nesse contexto, ouvem-se as primeiras vozes em defesa da proibição e controle do uso e do comércio de algumas dessas substâncias, especialmente nos EUA. Dentre essas vozes, duas se destacam: as vozes puritanas, especialmente preocupadas com os imigrantes e seus hábitos considerados “exóticos”, e as vozes embasadas cientificamente, que buscam restringir as drogas aos usos médicos (Ibidem, p. 98). Esses dois movimentos, inicialmente muito frágeis, vão se fortalecer mutuamente ao longo da primeira e da segunda décadas do século XX, resultando mais tarde na Lei Seca (1919-1934), e na restrição do comércio de certas substâncias apenas às pessoas que possuíssem receita médica (Ibidem, p. 102). Em 1937, a maconha também será colocada na ilegalidade nos EUA (Ibidem, p. 112). Os

países europeus foram bastante reticentes em apoiar tais iniciativas estadunidenses. Entre 1912 e 1914, foram realizadas três conferências internacionais sobre o tema na cidade de Haya, que tiveram a função de introduzir o tema nas esferas internacionais, mas sem maiores consequências.

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, os problemas relacionados aos ex-combatentes e suas “neuroses de guerra” provocam sérios abalos às concepções de degeneração hereditária como explicação para problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, o que contribuiu para o fortalecimento de uma vertente até então desprestigiada: a psicanálise. Textos como este, do oficial médico inglês do Hospital Real para os Abalos ao Sistema Nervoso, davam a tônica:

[. . .] a necessidade do álcool não se torna imperativa, a menos que haja uma grande discrepância entre o consciente e o inconsciente — isto é, quando há uma grande quantidade de energia psicológica alojada no inconsciente, sob um símbolo que está muito distante da possibilidade de aplicação consciente (Nicoll, apud Berridge, 1994, p. 22).

Outro importante problema relacionado às drogas na Inglaterra, nos anos subsequentes ao final da Primeira Guerra Mundial, dizia respeito às pessoas que tentavam parar com o uso de morfina, mas que padeciam de terríveis sofrimentos em decorrência de severas crises de abstinência. Surgem nesse contexto as primeiras práticas de cuidado amparadas na noção de redução de danos, que buscam a melhorias das condições gerais de saúde das pessoas envolvidas com o uso problemático de drogas, sem que a abstinência seja colocada como único e inequívoco caminho. Como forma de amenizar o mal-estar decorrente da abstinência de morfina, o Relatório Rolleston preconizava a oferta de outros opioides mais seguros e menos danosos. Hoje, essas recomendações materializam-se na administração de metadona e também na oferta de heroína para dependentes da droga (Mello & Andrade, 2001, p. 42).

Sem sombra de dúvida, o surgimento dos grupos de Alcoólicos Anônimos é uma referência importante na história das estratégias

de tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas constituídas ao longo do século XX. Segundo a própria irmandade, “a centelha que daria origem ao primeiro grupo de AA foi acesa em Akron, Ohio, em junho de 1935, durante uma conversa entre um corretor da Bolsa de Valores de New York e um médico de Akron” (Alcoólicos Anônimos, 1994, p. 11). A abordagem articula a partilha e o encontro solidário entre pares a um percurso ético-espiritual de autoanálise — o caminho de doze passos (Alcoólicos Anônimos, 1994). Hoje existem grupos de AA espalhados por todo o planeta, e os doze passos se tornaram fonte de inspiração, não apenas para o tratamento em instituições, mas para irmandades focadas em imensa variedade de outras questões, para além do uso de álcool e outras drogas.

Do outro lado do Atlântico, chama atenção que os ingleses tenham inovado no campo da saúde mental nos momentos de pós-guerra. Foi assim com as terapias de substituição recomendadas para dependentes de morfina (recomendação posteriormente estendida aos heroínômanos), e também foi assim com o desenvolvimento das primeiras comunidades terapêuticas. Ao final da Segunda Guerra Mundial, o psiquiatra Maxwell Jones estava descontente com as abordagens tradicionais da psiquiatria para uma série de problemas, dentre os quais se destacavam as neuroses de guerra. Realiza então uma pesquisa, que aponta para a inexistência de base biológica na totalidade dos casos tratados na instituição por ele dirigida. Decidido a inovar, Jones inicia todo um trabalho de reorientação do trabalho terapêutico e da totalidade das relações no interior do hospital, substituindo a tradicional hierarquia por uma maior horizontalidade na relação entre a equipe técnica e os pacientes (Jones, 1972). As comunidades terapêuticas como as conhecemos hoje, com ênfase na abordagem religiosa e voltadas ao tratamento de questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, surgiram nos Estados Unidos apenas no final dos anos 50 (De Leon, 2003).

A partir dos anos 50, as discussões sobre os problemas relacionados ao uso indevido de álcool e drogas alcançaram nível mundial, resultando na criação de comitês especializados em questões associadas ao uso de álcool e outras drogas, vinculados à Organização

Mundial de Saúde (OMS). A definição adotada pela organização para o uso problemático de álcool e outras drogas oscilou, durante muitos anos, entre problema médico e social. Em 1964, a adoção da noção de “dependência de drogas” reuniu tanto adicção quanto hábito, não lhes fazendo distinção. Nesse período, as definições levavam em conta principalmente os aspectos bioquímicos, deixando em segundo plano as dimensões sociais e psicológicas (Berridge, 1994, p. 24).

Em 1961, os países membros da Organização das Nações Unidas assinaram a Convenção Única de Entorpecentes, com diretrizes globais para o enfrentamento da *cadeia produtiva das substâncias qualificadas como ilícitas*<sup>1</sup> (Unodc, 1961). Com a convenção, o tema das drogas passou a integrar a agenda permanente das Nações Unidas, resultando na criação do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (Unodc), com a missão de articular os Estados Membros com respeito a políticas de drogas. Com o tempo, outras convenções foram se somando, o número de países envolvidos foi se ampliando, os investimentos em repressão foram aumentando. A meta da convenção de 1961 era erradicar o ópio em quinze anos, cocaína e maconha em vinte e cinco; não obstante, a produção e o consumo não apenas não diminuíram como aumentaram muito, sem falar no surgimento de novas drogas (Jelsma, 2008).

A partir do fim dos anos 70, as definições para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no âmbito da saúde continuaram provocando polêmicas intensas. Passou-se a buscar um tipo de definição que atendesse aos interesses médicos, mas que ao mesmo tempo fosse capaz de enfrentar as críticas da sociologia e da psicologia. A saída surge com a elaboração de um conceito extremamente flexível, que agrada a todos; o alcoolismo e a adicção, pela definição da OMS, passam a ser registrados como um conjunto de “problemas relacionados ao álcool e às drogas”. Desse modo, considerando que os “problemas” podem ser de qualquer ordem, em qualquer nível, a definição cai no gosto de todos,

1 Expressão criada por Jorge Atilio Silva Ilunianelli (2007) para designar tanto a amplitude da cadeia produtiva (envolvendo produção, industrialização, transporte, comercialização e consumo), quanto à historicidade da qualificação de algumas drogas como ilícitas, em detrimento de outras.

abrindo espaço, inclusive, para a conceituação de que não há tanta importância no ato de beber ou de usar drogas em si mesmo, mas sim nos problemas que eventualmente possam decorrer desse ato. Outra leitura possível é que o aumento da visibilidade do problema “droga” exige ações rápidas; tratar um “problema” é mais rápido do que uma “doença”, que pode até mesmo ser uma condição permanente (Berridge, 1994, p. 25).

Nos anos 80, um fenômeno novo e assustador emergiu: a aids. Compreendida não apenas como doença relacionada a um vírus, mas também como disparador de profundas transformações culturais, a aids não apenas permitiu, mas tornou incontornável o debate em torno de temas até então considerados tabus, como drogas e sexualidade. No que tange às drogas, a transmissão do HIV estava relacionada com o uso de seringas e outros equipamentos para injeção; esses equipamentos, quando compartilhados, permitiam que o vírus fosse transmitido de uma pessoa para outra. Para fazer frente a tal risco, disseminou-se por diversos países do mundo uma iniciativa pioneira da cidade de Amsterdam, projetada para enfrentar uma epidemia de hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis: a disponibilização de seringas esterilizadas, como forma de evitar o compartilhamento de equipamentos de injeção (Verster, 1998, p. 116).

Ainda que extremamente eficiente, essa abordagem enfrentou uma série de polêmicas. Ocorre que a troca de seringas, enquanto estratégia de prevenção da aids, surgiu em meio a um contexto de radicalização no enfrentamento da produção, industrialização, distribuição, comércio e uso de drogas qualificadas como ilícitas. Nos EUA, por exemplo, essas estratégias eram vistas com desconfiança, pois poderiam endossar discursos contrários à “tolerância zero”, adotada como filosofia oficial para o tema das drogas (Lurie, 1998, p. 76). O fato é que as práticas de redução de danos (tanto as trocas de seringas quanto as terapias de substituição) permitiram uma profunda ampliação no escopo de atuação dos profissionais que se dedicam ao trabalho com pessoas que usam drogas. Sem desconsiderar as intervenções que buscam contribuir para uma total abstinência dos usos de drogas, a redução de danos — de modo não apenas prático, mas também teórico e conceitual — permite



conceber o atendimento de situações de risco e/ou vulnerabilidade social associados ao uso de álcool e outras drogas, inclusive nos casos em que as pessoas não conseguem, ou até mesmo não querem parar de usar.

Não demorou muito para que essas concepções, construídas no campo político-reflexivo da luta contra a epidemia de HIV/aids, encontrassem acolhida junto aos grupos e pessoas envolvidos com outras questões dentro do universo da saúde pública, especificamente relacionadas com temas da Saúde Mental. A partir dos anos 50, começam a surgir, em diversos lugares do mundo, diferentes experiências práticas e teóricas que tinham como objetivo a transformação das políticas e das estratégias de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico. Não obstante, e ainda que as pessoas em situações de risco e/ou vulnerabilidade social associadas ao uso de álcool e outras drogas tenham sido sempre objeto das ciências psi, as reflexões com vistas à melhoria no atendimento dessa população demoraram a integrar a agenda da reforma psiquiátrica. O encontro entre as concepções construídas nas experiências concretas de redução de danos e as perspectivas éticas do movimento da luta antimanicomial, ampliou e potencializou ambas, contribuindo para a superação do preventivismo da redução de danos, e do vácuo da saúde mental no que diz respeito ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Hoje, há um reconhecimento relativamente consensual quanto à amplitude dos riscos e/ou vulnerabilidades associadas ao uso de álcool e outras drogas. Ainda que se possam perceber diferenças importantes entre diferentes pesquisadores e teóricos do assunto, há concordância com relação à complexidade do tema, que implica a necessidade de uma atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas, o que necessariamente inclui suas famílias e redes sociais. Percebe-se também que não se trata de problema passível de ser solucionado com intervenções unilaterais, expressas apenas em ações policiais, ou mesmo de saúde pública. As estratégias precisam ser intersetoriais, envolvendo saúde, segurança, esporte, cultura, educação, assistência social.

Claro que isso não significa que seja essa a realidade. Ao redor do mundo, experiências avançadas de políticas públicas e práticas

de cuidado convivem com o descaso, com a invisibilidade, com a violação de direitos, com o abandono, com a criminalização e com o medo. Se temos países que combinam descriminalização com garantia de amplo acesso às redes intersetoriais, temos por outro lado aqueles em que ainda se determina a pena de morte para pessoas acusadas de envolvimento com drogas. No que tange aos sistemas de tratamento, a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou recentemente uma nota conjunta, assinada por um grande número de escritórios da organização,<sup>2</sup> instando os Estados membros das Nações Unidas a fecharem centros de detenção e reabilitação obrigatórios relacionados com drogas (ONU, 2012). A existência dessa nota é um reconhecimento oficial de que as violações de direitos em centros de tratamento para usuários de drogas são uma triste realidade.

### E no Brasil. . .

Na Lei de Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro de 1830, dedicada ao tema da saúde pública, o artigo 7.º da seção de saúde traz o seguinte texto:

É proibida a venda e o uso do “pito do pango”, bem como a conservação dele em casas públicas: *os contraventores* serão multados, a saber, em 20\$000, e *os escravos, e mais pessoas que dele usarem*, em 3 dias de cadeia (Robinson, 1999, p. 116, grifo nosso).

Duas coisas chamam atenção no artigo: primeiro, a separação entre *contraventores* e *escravos*, os primeiros condenáveis à multa, os segundos passíveis de reclusão por três dias (um prenúncio da diferenciação entre traficante e usuário, com vantagem para os ven-

2 Alto Comissariado para os Direitos Humanos; Alto Comissariado para os Refugiados; Organização Internacional do Trabalho; Organização Mundial de Saúde; Entidade para a Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres; Programa sobre HIV/aids; Programa Mundial de Alimentos; Programa para o Desenvolvimento; Organização para a Educação, Ciência e Cultura; Fundo de População; Fundo para a Infância; Escritório sobre Drogas e Crime.

dedores?); segundo, o lugar reservado à figura do *escravo*, destacado com clareza das *demais pessoas* que usassem o *pito do pango*. Não resta dúvida: o objeto de preocupação é o negro escravizado no Rio de Janeiro da primeira metade de século XIX. Rio de Janeiro que à época era a cidade com maior população escravizada do mundo. É provável que as elites brasileiras julgassem perigosas aquelas reuniões de negros em torno do *pito do pango*, e a criminalização de práticas sociais associadas àqueles encontros (também foi assim com a capoeira e as religiões de matriz africana), servia como dispositivo de legitimação de intervenções repressivas. O medo tinha suas justificativas: com a Revolta de São Domingos (1791-1804), o Haiti, a um só tempo, foi a primeira colônia na América a declarar independência e a abolir a escravidão, tornando-se a primeira república dirigida por pessoas negras no continente americano. É bem possível que as notícias da América Central tenham instigado os legisladores a constituírem estratégias de controle sobre os negros escravizados, dentre as quais a criminalização do uso de maconha.

Segundo Fiore (2007, pp. 28-9), as drogas só passaram a ser percebidas como tema para a saúde pública, aqui no Brasil, a partir da primeira década do século XX. Em 1914, o Decreto Presidencial 2.861 ajusta as leis brasileiras à Convenção de Haia (1911), que buscava o controle sobre drogas como cocaína, ópio e morfina. Em 1921, é formada uma comissão para propôr mudanças na legislação sobre drogas; surge o Decreto 4.294, que tornava crime passível de prisão a venda de ópio e cocaína. Além disso, nos casos em que a embriaguez causasse danos a si mesmo ou a terceiros, o encaminhamento deveria ser a internação compulsória. Por fim, e ainda naquele mesmo ano de 1921, o Decreto 14.969 tipifica, “[. . .] pela primeira vez, a figura jurídica do toxicômano numa legislação brasileira” (Fiore, 2007, p. 30).

Avançamos no tempo: em 1932, o Decreto 30.930 (o mesmo que proíbe a maconha) cria a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), que depois viria a ser o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), e mais recentemente, o Conselho Nacional Antidrogas (que depois muda para “Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas”, mas ainda com a sigla “Conad”).

No início do século XX, os primeiros olhares para o assunto vinham embalados por ideais positivistas e higienistas, preocupados em esquadriñar, disciplinar e controlar uma série de hábitos e comportamentos que, tolerados entre as classes privilegiadas, eram condenáveis entre os pobres. Dentre estes hábitos, o uso de álcool:

O fantasma do botequim popular (a boate ou o café burgueses não são objetos de degenerescência) aparece na representação deste imaginário como instituição ameaçadora para os valores da sociedade, pois é o lugar do pecado e do vício (Rago, 1987, pp. 196-7).

Nos sonhos positivistas, o Brasil do século XX devia ser industrializado, higiênico e livre de vícios. O lema inscrito no centro da bandeira não deixava dúvidas: era preciso manter a “ordem” para garantir o “progresso”. Os trabalhadores precisavam ser física e moralmente saudáveis. Ou para citar uma socióloga brasileira ao referir-se ao mesmo momento histórico, nos Estados Unidos: “[. . .] o avanço tecnológico vivenciado nesse período exigia uma mão de obra rápida, ativa e. . . sóbria” (Carlini-Cotrim, 1998, p. 20).

No entanto, este conjunto de ideias de inspiração positivista demorou para se manifestar na forma de um construto legal minimamente sólido e organizado. Não que não houvesse formas de regulação sobre as drogas e seus usos e, principalmente, sobre as pessoas que usavam certas drogas. Nos primeiros anos da República, a Inspetoria de Entorpecentes, Tóxicos e Mistificação era responsável pela repressão às práticas religiosas de matriz africana, a capoeira e o uso de drogas (notadamente maconha), na cidade do Rio de Janeiro. A criminalização dessas três práticas penalizava sobretudo a comunidade negra, que tinha recentemente se libertado do jugo da escravidão. São desse período expressões como maconeiro e macumbeiro, de caráter pejorativo, presentes no jargão policial da época (Vidal, 2008). Assim como a expressão “capoeira”, usada para designar pessoas negras em conflito com a lei.

Os primeiros indícios de uma política sistematizada em torno da cadeia produtiva de substâncias tornadas ilícitas irão aparecer apenas no final dos anos 30. Para o Decreto-Lei 891, de 25 de

novembro de 1938, a “toxicomania” é uma “doença de notificação compulsória”, para a qual é obrigatória a internação em “hospital para psicopatas”, ou estabelecimentos privados congêneres. O comércio e o uso eram penalizados da mesma forma (Brasil, 1938).

Durante a Ditadura Militar, o Brasil ingressou definitivamente no cenário internacional de combate às drogas. Segundo a Lei 6.368 de 1976, era dever de todos “[. . .] colaborar na prevenção e repressão”, e quem se recusasse poderia ser acusado de “colaborador” (Brasil, 1976). As drogas passaram a ser tratadas como assunto de segurança nacional, e ganhou força uma sistematização em torno dos binômios dependência-tratamento e tráfico-repressão, que correspondem ao consumidor-doente e ao traficante-delinquente (Carvalho, 2007, p. 23). Assim como as leis sobre drogas nos EUA permitiram maior controle de populações consideradas “perigosas” (especialmente imigrantes), a lei de drogas de 1976 oferecia aos órgãos de repressão da Ditadura Militar um construto jurídico útil ao controle de grupos de militância política, especialmente no movimento estudantil (Vidal, 2008).

Em 1989, ocorre a primeira tentativa de implementação de estratégias de redução de danos em terras brasileiras. O pioneirismo coube à cidade de Santos, que ostentava à época não apenas um grande número de pensadores e militantes da reforma sanitária brasileira em sua secretaria municipal de saúde, mas também a triste condição de uma das cidades com o maior número de casos de aids. Diante disso, a gestão santista tentou materializar em práticas concretas o que já havia sido definido pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, ou seja: saúde como direito de todos e dever do Estado. E para garantir que este “todos” incluísse também os usuários de drogas que não queriam ou não conseguiam interromper o uso, seria preciso inventar o princípio da equidade um ano antes da aprovação da Lei 8.080 de 1990. Como parte de uma ampla política de enfrentamento à epidemia de aids, foi anunciado um programa de saúde para levar aos usuários de drogas injetáveis uma série de informações sobre os riscos associados ao compartilhamento de seringas, ensinando-os como higienizar os equipamentos de uso de drogas (nem se falava ainda na disponibilização de seringas esterilizadas). O preço do ineditismo foi alto:

o programa foi suspenso antes mesmo de começar, e os gestores foram processados criminalmente pelo crime de facilitação ao uso de drogas (Mesquita, 1998, p. 102). O Brasil precisou esperar até 1995 para ter um programa de redução de danos sustentável, que foi organizado na cidade de Salvador, como um projeto de extensão da faculdade de medicina (Andrade, 2011).

Como decorrência da política de controle de precursores imposta pelos Estados Unidos, o refino da cocaína tornou-se uma atividade deveras dispendiosa para os produtores da droga. No Brasil, a consequência dessa política foi o escasamento da cocaína refinada e o aumento da presença do crack, da merla, da pasta base e de outras formas de cocaína fumada. Esse processo começou a se verificar na virada do século, e ensejou profundas reflexões entre as pessoas e organizações envolvidas com o desenvolvimento de ações de projetos de redução de danos. De um lado, havia quem imaginasse o desaparecimento dessas estratégias, em vista da inexistência de uma ligação direta entre uso de crack e infecção por HIV ou qualquer outro vírus de transmissão sanguínea; de outro lado, havia quem percebesse que os anos de trabalho de campo junto a usuários de drogas injetáveis permitiu a construção não apenas de novas formas de abordagem, mas também de uma nova ética do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas.

Em 2003, o Ministério da Saúde lança sua política de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Particularmente, gosto de pensar nessa política como sendo o marco de um terceiro nascimento da redução de danos: num primeiro momento, as terapias de substituição; num segundo, as trocas de seringas; num terceiro, a redução de danos entendida como paradigma, como princípio ordenador, como diretriz do cuidado. Nesse documento, a redução de danos é apresentada como uma abordagem que “[. . .] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (Ibidem, p. 10). Ou seja: para muito além de um mero cardápio de procedimentos que variam conforme a droga utilizada, a redução de danos passa a ser vista como uma forma de pensar o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Passaram-se trinta anos até que fosse aprovada uma nova legislação sobre drogas no Brasil. A Lei 11.343 de 2006 trouxe como principal novidade o fim da pena de prisão para a pessoa que porta drogas ilícitas para uso pessoal. Como contrapartida, as penas para o crime de tráfico foram ampliadas. Entretanto, as diferenças entre “traficante” e “usuário”, algo que sempre foi problemático, permaneceram indefinidas na lei de 2006, ficando na dependência da interpretação dos agentes de Segurança Pública (que instruem o processo por meio da descrição do momento em que se deu o flagrante), e dos operadores do Direito (que tomam suas decisões muitas vezes a partir das informações oferecidas pelos policiais). A definição entre “traficante” e “usuário” leva em conta não apenas a quantidade de droga apreendida, mas outras questões como: o modo como essa droga estava acondicionada (em uma única embalagem ou dividida em dez embalagens?); o local em que ocorreu o flagrante (foi na saída de um ponto de venda, ou em meio à boca?); o histórico da pessoa (é réu primário ou tem fixa na polícia). Para a pesquisadora Luciana Boiteux (2009, pp. 110-1), seria preciso superar a diáde “traficante-usuário”, pois não se pode equiparar uma pessoa que revende drogas para sustentar seu consumo, com um barão do tráfico internacional.

Hoje, há um campo minado em torno do tema das drogas. Parlamentares, secretários de estado, prefeitos, ministros e a própria presidenta da República têm-se manifestado constantemente sobre o assunto. No Congresso Nacional, as polêmicas são intensas, e se foi preciso esperar trinta anos para que uma nova lei de drogas viesse substituir o construto legal organizado pelo legisladores da Ditadura Militar, a Lei de 2006 não conseguiu completar nem mesmo uma década antes de ser fortemente questionada, tanto por progressistas quanto por conservadores. Neste momento, circula entre deputados e senadores um projeto de lei complementar que modifica profundamente a atual lei de drogas brasileira, buscando adequá-la ao pânico moral construído em torno do crack. Mas a grande novidade não é esta, e sim o fato de que, pela primeira vez na história do País, há uma controvérsia pública. Pessoas e instituições dividem-se, defendendo posições muito diferentes. Hoje, há uma esfera pública constituída em torno do tema

das drogas. Do ponto de vista histórico, talvez esta seja a maior novidade. E sem dúvida, é uma boa novidade.

### Referências

- Alcoólicos Anônimos. *Alcoólicos Anônimos: a história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*. São Paulo: Junaab, 1994.
- . *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: Junaab, 1995.
- Andrade, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 16, n.º 12, pp. 4665-74, 2011.
- Baudelaire, C. *Paraísos artificiais: o ópio e poema do haxixe*. Porto Alegre: L&PM, 1998.
- Berridge, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards, Griffith & Lader, M. (orgs.). *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, pp. 13-33.
- Boiteux, L. *Tráfico de drogas e Constituição* (relatório de pesquisa). Série Pensando o Direito, n.º 1. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Direito (UFRJ); Brasília: Faculdade de Direito (UNB), 2009.
- Brasil. Decreto-Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/1937-1946/De10891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/De10891.htm)>; acessado em 17-8-2010. 1938.
- . Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm)>; acessado em 17-8-2010. 1976.
- . Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Carlini-Cotrim, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: Aquino, J. G. (org.). *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998, pp. 19-30.
- Carvalho, S. *A política criminal de drogas no Brasil (estudo criminológico e dogmático)*. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2007.
- De Leon, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Escototado, A. *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama, 2005.
- . *O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios*. São Paulo: Dynamis, 1997.
- Fiore, M. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado das Letras, 2007.



- Foucault, M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- . *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- Iulianelli, J. A. S. Maconha que se planta no Norte, Nordeste e Centro Oeste: breve análise do conjunto de notícias sobre plantio de maconha no Brasil, veiculadas pelo boletim virtual Drogas e violência no Campo entre abril de 2005 e maio de 2007. *Boletim virtual Drogas e Violência no Campo*, ano 3, n.º 7, 2007. Disponível em <[http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod\\_artigo=174](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=174)>; acessado em 24-9-2013.
- Jelsma, M. Las políticas de drogas de Naciones Unidas: una visión crítica. In: Touzé, G. D. (org.). *Visiones y actores del debate: III y IV Conferencia Nacional de Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2008, pp. 267-82.
- Jones, M. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.
- Lurie, P. Quando a ciência e a política colidem: a resposta do Governo Federal dos EUA aos Programas de Troca de Seringas. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, pp. 73-86.
- Mello, A. & Andrade, T. Redução de danos: princípios e práticas. In: Pinheiro, R.; Silveira, C. & Guerra, E. (orgs.). *Drogas e aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: Fhemig/Centro Mineiro de Toxicomania, 2001, pp. 37-53.
- Mesquita, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis — polêmica nacional. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, p. 101-12.
- Mourão, C. Enkrateia toxicon: o “combate às drogas” e a regulação dos prazeres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, ano 2, n.º 1. Rio de Janeiro: Uerj, 2002, pp. 89-102.
- Organización de las Naciones Unidas. *Declaración conjunta: centros de detención e rehabilitación obligatorios relacionados com las drogas*. ONU, 2012.
- Pessotti, I. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- Rago, L. M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Robinson, R. *O grande livro da cannabis*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- UNODC. *Single Convention on Narcotic Drugs (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)*. Disponível em <[http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)>; acessado em 21-8-2010. 1961.

- Verster, A. Os programas de troca de seringas em Amsterdã. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, p. 115-124.
- Vidal, Sérgio. Da diamba à maconha: usos e abusos da Cannabis sativa e da sua proibição no Brasil. *Boletim Virtual Drogas e Violência no Campo*, ano 4, n.º 11, 2008. Disponível em <[http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod\\_artigo=304](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=304)>; acessado em 17-8-2010.

## Uma etnografia das cenas de uso de crack no Rio de Janeiro e seus efeitos nos usuários

DANIELLE VALIM  
ALBA ZALUAR  
CHRISTIANE SAMPAIO



Se procurar bem você acaba encontrando.  
Não a explicação (duvidosa) da vida,  
Mas a poesia (inexplicável) da vida.

— CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

**P**ARA O DESENVOLVIMENTO do presente estudo foram visitadas e observadas as cenas de uso localizadas nas comunidades do Jacarezinho e Mangueiras, nos bairros da Glória e do Centro (nos arredores da Central do Brasil), tendo sido realizadas, nesses locais, as entrevistas com quarenta e cinco usuários de crack. As observações e entrevistas desta pesquisa foram feitas entre abril de 2011 a dezembro de 2012, com as dificuldades de encontrar padrões repetitivos pelo fato de que as cenas de uso são espaços dinâmicos, que se alteram a cada dia pela alternância de usuários e demais personagens, inclusive policiais encarregados da repressão, em cada uma delas.

O objetivo da pesquisa era enriquecer, com conhecimentos obtidos em campo, outras análises efetuadas por estudos epidemiológicos, sempre se atendo ao cuidado de não transpor os dados de um contexto de uso para outro, de uma situação de entrevista para outra, observando em cada uma delas a relação entre os usuários e a dos entrevistados com o entrevistador. Foi necessário, portanto, deixar evidente a descrição dos cenários socioantropológicos, dos

locais físicos onde a pesquisa foi levada a efeito assim como do *rappport* e da postura do usuário com o pesquisador presente na cena.

Na perspectiva antropológica adotada — a da complexidade dos vários processos sociais em andamento nas situações vividas em cada uma dessas cenas em particular e partilhadas por todas na cidade — procurou-se inicialmente analisar o histórico de vida de cada usuário da qual constavam sua trajetória pessoal, familiar, escolar e de trabalho até chegar à cena de uso da droga, assim como os significados do crack para ele e a sua relação com a droga.

Para isso, foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista, cada uma obtida por meio de contatos nas comunidades visitadas, procurando um *rappport* de confiança e entendimento com o entrevistado para alcançar a sua subjetividade, que alguns autores chamam de *ethos* (Elias & Dunning, 1993) e *habitus* ou *ilusio* (Bourdieu & Wacquant, 1992), a fim de conhecê-lo melhor. Fomos ao encontro dos usuários de crack sem medo e sem os preconceitos que os acompanham de serem seres abjetos, sujos, sem sentimentos, sem alma, “constituindo a realidade que a ficção de cada contador permite evidenciar” (Nery, 1999, p. 14).

### Descrição geográfica das cenas

As cenas se diferenciam visualmente em vários aspectos: no Jacarezinho e em Manguinhos ficam grandes aglomerações de usuários em torno de cento e trinta a trezentos usuários na maior parte do dia; na Glória e na Central do Brasil, um número bem menor, entre trinta e cinquenta usuários, se revezam em diferentes horas do dia.

A principal cena na comunidade de Manguinhos é conhecida como “Campo da Coreia”. Fica localizada no entorno de um campo de futebol desativado. Para chegar à cena é necessário passar por uma viela com espaço físico característico das favelas do Rio de Janeiro: ruas extremamente estreitas, ocupadas por casas de largura reduzida e de dois a três andares, algumas lanchonetes/bares e um restaurante.

O campo de futebol não tem condições de uso como tal. No centro dele pode-se ver muito lixo — grandes porcos alimentan-

do-se com resíduos — galinhas e cavalos circulando. A cena se localiza no entorno do campo, há grande movimentação de moradores circulando e muitas casas ao redor.

Os usuários de crack, em sua maioria, ficam nas extremidades do campo de futebol (lados direito e esquerdo), abrigados em barracas feitas de lona para se proteger do sol ou da chuva, observam-se alguns sofás velhos. No local o uso do crack é massivo, existem até barracas que vendem copos de água mineral (que são utensílios para o uso da droga), isqueiros e demais aparatos. Tem, inclusive, camisinha disponibilizada pelos donos de barracas. Os usuários na maioria das vezes estão interagindo um com outro.

Na outra extremidade do lado esquerdo do campo existem duas Linhas de Transmissão de Energia (LT). Na parte de baixo de cada LT foi montada uma grande tenda aproveitando-se sua estrutura para estender lonas. Há um local de venda de vários tipos de drogas em frente das citadas barracas.

A maioria dos usuários utiliza como aparato para uso da pedra o copo de água mineral descartável. Também é possível ver alguns usuários com cachimbo que, contudo, não é tão utilizado quanto o copo, apesar da campanha baseada nos preceitos da redução de danos que recomenda o cachimbo em vez do copo por ser menos passível de contaminação de doenças infectocontagiosas. É interessante ressaltar que nessa cena ocorre pouca circulação de usuários menores de idade.

A principal cena de uso do Jacarezinho fica ao longo da linha do trem numa extensão de cerca de um quilometro, reúne usuários em grupos, há algumas barracas e venda de copos de água.

A cena reúne grande quantidade de usuários, podendo encontrar uma média de duzentos a trezentos deles dependendo do horário. O comércio de drogas se encontra em uma das vielas de acesso à cena e também em outro ponto localizado na outra extremidade da linha do trem, onde há o comércio de maconha, cocaína e crack em bancas, anunciadas com as seguintes expressões: “Pó de R\$10”, “Maconha de R\$5”, “Crack de R\$2”, etc. Nesse local, o tráfico se encontra fortemente armado, com armas expostas ostensivamente.

Contudo, após uma sucessão de operações denominadas “Choque de Ordem”, promovidos pela Prefeitura Municipal do Rio de

Janeiro, para recolhimento de usuários de crack na cena de uso da linha do trem do Jacarezinho, e devido à primeira atuação do “Plano Nacional de Combate ao Crack” executado no bairro da Glória, a venda de crack na comunidade do Jacarezinho foi proibida pelo tráfico. Por essa razão, houve deslocamento dos usuários desta cena, surgindo assim, novas cenas na favela.

Uma delas fica localizada em uma das entradas da favela, embaixo do viaduto por onde passa a linha do metrô e próximo à Avenida dos Democráticos. As características são típicas de cenas de uso concentradas em comunidades: local extremamente sujo, com um córrego passando ao lado e bastante lixo espalhado pelo chão. Há uma mangueira com água escorrendo onde os usuários tomam banho e lavam roupa. Também existem barracas com um comércio de água mineral no local feito por usuários de crack. Nesta nova cena pode-se observar cerca de quarenta a sessenta usuários.<sup>1</sup>

Como fonte de renda dos usuários, tanto das cenas de Mangueiros quanto nas cenas do Jacarezinho, há relatos de alguns usuários indicando que prestam serviços informais, tais como ajudantes gerais, prostitutas(os), guardadores de carro, avião,<sup>2</sup> limpadores de para-brisas nos sinais de trânsito, entre outros. Registram também como fonte de renda os furtos e a mendicância.

Na cena de uso da Glória, os usuários, na grande maioria, são moradores de rua do bairro e se instalam notadamente na Rua Santo Amaro. Porém, a cena de uso não é explícita nem concentrada como no Jacarezinho. Para fazer uso do crack, preferem esconder-se dos moradores e das pessoas que frequentam o bairro. Para isso, deslocam-se em direção à escadaria do monumento localizado na Praça Dom Pedro I. De acordo com o relato de um grupo de usuários, eles fazem uso da droga na escadaria por considerarem o local um pouco mais afastado e com baixa movimentação de pessoas.

A droga é comprada na comunidade de Santo Amaro, também localizada no bairro da Glória. Portanto, nesta cena de uso, não há a presença de traficantes nem se faz a venda de drogas no local.

1 Com a proibição da venda do crack no Jacarezinho pelos traficantes, houve uma migração deste usuários para outras áreas, mas principalmente para a comunidade de Mangueiros.

2 Compra de drogas para outras pessoas.

## Cena da Glória

O grupo é pequeno — em torno de vinte usuários — formando alguns casais e, conforme narram nas entrevistas, passam o dia envolvidos em tarefas relacionadas à sobrevivência nas ruas. A maioria deles relata garimpar coisas usadas que ganham ou que acham quando vasculham o lixo para venderem na Rua da Glória em lonas que são estiradas no chão nas quais expõem roupas, sapatos, brinquedos, discos, CDs, utensílios domésticos e vários tipos de quinquilharias.

Na cena da Glória há pouca rotatividade de usuários. Os que se encontram nesta cena estão no local há uma média de dois a cinco anos, sendo já conhecidos dos moradores. Eles procuram manter o controle sobre o grupo como forma de garantir a tranquilidade no local.

É interessante ressaltar que entre os usuários da Glória há um discurso de manutenção da ordem e de controle do uso de crack no local como forma de estabelecer o equilíbrio com os moradores do bairro e de evitar transtornos para os usuários.

Desde maio de 2012, houve inúmeras mudanças na dinâmica do uso e venda de crack nesta cena de uso. Isso porque ocorreu uma iniciativa pioneira do Governo Federal por meio do programa “Crack, é possível vencer”, parte do “Programa Nacional de Combate ao Crack” através de uma ação integrada entre a Força Nacional, Polícia Militar, Polícia Civil e alguns órgãos governamentais e de segurança pública com o intuito de reprimir o uso de crack na Glória, eliminando, por hora, esta cena de uso.

A cena da Central do Brasil fica localizada em uma rua atrás do Quartel-General do Exército. É muito suja, com colchões e cobertores espalhados pelo chão para que os usuários possam dormir e sentar.

O local tem grande movimentação de carros, transeuntes e policiamento — tanto a Polícia Militar, quanto a do Exército — em razão de estarem concentrados no local a Secretaria de Estado de Segurança e o QG do Exército.

Por isso, a cena começa a ganhar vida no fim da tarde, quando é possível ver cerca de cinquenta usuários fazendo uso da pedra,

já que durante dia a Polícia do Exército procura manter certo controle do local e tenta evitar uso de crack pelos usuários. Apesar disso ainda é possível ver uma média de quinze usuários fumando crack.

Além disso, durante o dia, há uma dispersão dos usuários em torno da Central do Brasil. Passam o dia no comércio, catando reciclados, fazendo bicos e se prostituindo. A Central do Brasil é um local com grande circulação de pessoas que advêm de vários pontos da cidade, pelo fácil acesso ao local por ônibus, trem e metrô. Por isso, também é uma cena que atrai muitos usuários de crack oriundos do Jacarezinho e Manguinhos que relatam circular pela região da Central em busca de doações, furtos, venda de objetos roubados e para se alimentarem no restaurante popular que cobra um real por refeição.

Curiosa e dramaticamente, essa cena tem um número relevante de usuários com escoriações, fraturas e feridas pelo corpo oriundas de atropelamentos ocorridos naquela mesma região devido à intensa circulação de veículos.

Também foi possível identificar uma quantidade maior de travestis em relação às outras cenas visitadas. Nossas entrevistas na Central do Brasil foram realizadas com usuários que são travestis profissionais do sexo que ganham a vida fazendo programa.

### **Análises das diferenças entre as cenas de uso e o efeito nos usuários**

É possível perceber que há relações um pouco mais sólidas e afetivas entre os usuários nas cenas de uso. Mas estas se dão, principalmente, nas cenas de uso onde há menor concentração de usuários e nos locais onde os usuários se encontram não necessariamente fazendo uso da pedra. As cenas de uso de Manguinhos e Jacarezinho aparentam ser mais degradantes sob o ponto de vista da exposição dos usuários ao público e a ocorrência de piores condições de vida. Isso porque essas cenas fazem com que os usuários adquiram maior vulnerabilidade visto que há maior facilidade para o acesso à droga e o consumo se dá no mesmo local da compra, a condição de insalubridade é pior e a tensão emocional, gerada por



possíveis invasões policiais e pelo conflito com os traficantes, é permanente.

A cena de uso que se encontra no bairro da Glória tem características bem diferentes das de Manguinhos e Jacarezinho, acima citadas. Na Glória há um grande fluxo de pessoas circulando e ronda policial constante, além de o local de compra da droga estar afastado, ou seja, não ser exatamente no mesmo local da cena de uso, mas em uma comunidade vizinha a ela.

Por isso, ainda que essa cena de uso tenha uma concentração de pequenos grupos de usuários, não é um local voltado exclusivamente para esta finalidade. Além disso, o bairro da Glória possui uma rede de comércio, policiamento, e interferência dos moradores, o que gera um cuidado entre os usuários no sentido de impedir a expansão do número de usuários de crack e moradores de rua no local. Com isso, mesmo que ocorra a concentração em pequenos grupos de usuários, é um bairro monitorado constantemente com o intuito de controlar a concentração de usuários e o estilo de uso da droga no local que deve ser discreto.

Já a cena da Central do Brasil é um ponto intermediário que, embora não fique localizada em uma região dominada pelo tráfico, tem venda de drogas no local de forma camuflada, tem um intenso fluxo de transeuntes, comércio, transportes públicos e policiamento. É também um local onde não há grande concentração de usuários durante o dia, nem uso explícito da droga o tempo todo.

### **O crack: seus rituais, símbolos e sanções sociais**

Norman Zinberg, um dos primeiros a estudar o chamado “uso controlado” de psicoativos, caracterizado por seus baixos custos pessoais e sociais, enfatiza que os efeitos do uso dessas substâncias dependem não só das suas propriedades farmacológicas, mas igualmente das atitudes e personalidade do usuário (*set*) assim “como do meio físico e social onde ocorre o uso” (*setting*). Em relação a este último fator, ele ressalta os controles sociais que se organizam em torno do que chama de “sanções sociais” e “rituais sociais”. “Sanções sociais” seriam as normas que definem se e como determinada

droga deve ser usada. Incluiriam tanto os valores e regras de condutas compartilhadas informalmente por grupos (embora de maneira não explicitada) e as leis e políticas formais que regulamentam o uso de drogas. Vejamos a fala abaixo sobre preservação do ambiente:

Pesquisador — *Vocês mesmos querem preservar esse ambiente de vocês?*

Entrevistado — Queremos preservar o nosso ambiente. Eu sou criada aqui desde pequena, eu não gostaria de sair, aqui as pessoas do bairro ajudam, dão coisas usadas para o nosso brechó, dão comida, temos que manter a ordem para sermos aceitos por aqui, se tem uma ação violenta os moradores defendem a gente (usuário de crack morador da cena da Glória).

Já os “rituais sociais” seriam padrões estilizados de comportamento recomendado em relação ao uso de uma droga. Eles seriam aplicados aos métodos de aquisição e administração da substância, à seleção do meio físico e social para usá-la, às atividades empreendidas após o uso, e às maneiras de evitar efeitos indesejados. Dessa forma, esses rituais teriam a função mnemônica de lembrar e reforçariam as sanções sociais no plano simbólico.

Vejamos uma conversa que tivemos com os usuários de crack, também da Glória, sobre uso controlado:

Pesquisador — *Aqui tem aumentado o numero de usuários de crack?*

Entrevistado — Não. Aqui até que não tem aumentado. Tem diminuído bastante, porque as pessoas estão saindo daqui e indo para lá (Manguinho e Jacarezinho), porque o de lá é mais forte, tem mais quantidade, aqui é bem menos. Nós usamos pouco e não nos prejudicamos.

*Então vocês mesmos fazem esse controle do uso?*

É. Aqui é para quem gosta de se controlar, usar pouco. Porque quem não gosta, vai para um lugar que acha que tem mais quantidade. Também, todo o dia tem notícia ruim de um (usuário de crack morador da cena da Glória).

Os controles sociais para todas as drogas, lícitas ou ilícitas, atuam em diferentes contextos sociais, indo desde grupos muito grandes, representativos de uma cultura como um todo, até pequenos grupos específicos, sua vigência se aplicaria de maneira variada em diferentes momentos. Assim, certos tipos de uso, em ocasiões especiais, envolvendo grandes números de pessoas, apesar de sua diversidade cultural, tornar-se-iam tão aceitáveis que mesmo uma legislação restritiva poderia ser momentaneamente posta de lado. Esse é exemplo das grandes cracolândias do Rio: Jacarezinho, Manguinhos, Madureira, entre outras.

Nas cenas de Manguinhos e Jacarezinho encontramos relato de pessoas que só usam o chamado zirrê (maconha com crack), que é triturado e polvilhado no cigarro de maconha. Para tais usuários, o uso dessa substância misturada altera o comportamento deles e as relações sociais entre eles. Eles se sentem muito mais tranquilos e “cabeça”, ou seja, com as mentes sob controle, inclusive se colocando fisicamente separados dos usuários que usam o crack em copos, cachimbos e latas.

Grund (1993) enfatiza que o uso de drogas (mesmo as “pesadas”) não leva, necessariamente, a padrões de uso descontrolados ou nocivos. Embora o uso de psicoativos possa tornar-se uma atividade predominante, ela é raramente uma atividade isolada e é, geralmente, social. Padrões de uso (quem usa o que e como) estariam sujeitos a diversos determinantes como: disponibilidade, tendências e padronização cultural.

Abaixo percebe-se mais uma diferenciação estabelecida pelos usuários da cena da Glória.

A diferença é que lá você vê muita coisa que nunca pensou em ver. É muita gente, muita! A droga fica do lado, o tempo todo, não tem rotina de trabalho, a gente aqui tem, cata, monta barraca, vende. Tem pouca gente, só adulto. Os menores que tem aqui ficam mais afastados da gente, lá a gente não pode fazer isso, tem que seguir as regras dos homens [traficantes]. Aqui em baixo traficante não manda. . . (usuário de crack morador da cena da Glória).

Grund (1993) nos alerta, também, para o fato de que embora o modelo seja circular, ele não é um circuito fechado independente; os três elementos do trio (disponibilidade da droga; valores, regras, rituais e estrutura de vida) estão sujeitos a variáveis e processos externos distintos que vão desde fatores psicológicos pessoais e culturais até regulamentos oficiais e considerações mercadológicas. Grund considera que, portanto, o uso de psicoativos não pode ser isolado do seu contexto social e, concordando com Zinberg, afirma que o controle sobre o uso dessas substâncias é principalmente determinado por variáveis sociais (Grund, 1993, pp. 237-54).

Podemos confirmar isso no relato dos usuários de crack de Manguinhos e Jacarezinho que, apesar de usarem a mesma substância — o crack —, demonstram ter diferentes posturas diante do uso, atribuindo significados diversos à droga e ao local, o que vem a construir simbolicamente o contexto de uso e a droga. Abaixo é possível ver algumas falas que representam esta noção.

Pesquisador — *O que leva os usuários de crack a ficar nas ruas?*

Usuário 1 — Eu também queria saber o que leva, às vezes nem tem droga pra usar, a droga aparece e prende a gente no local, não deixa nós sair dali, é um troço muito estranho. Só não gosto de andar suja igual eles andam, mas o resto. . . Durmo em qualquer lugar, mais próximo onde está a droga.

Pesquisador — *Em vinte quatro horas, quanto desse tempo você utiliza para o consumo do crack?*

Usuário 2 — Umas três horas. Eu não uso direto. Eu dou uma “usada”, quando eu vejo que já está legal, eu ando, saio andando.

Pesquisador — *E quantas pedras você usa mais ou menos por dia?*

Usuário 3 — Depende tem dias que você está meio injuriado é ai você usa bastante, tem dias que você está mais tranquilo e quase não usa.

Pesquisador — *Qual a vantagem e desvantagem em usar o crack?*

Usuário 4 — O crack não tem vantagem, não tem vida, vive na rua, não tem casa, não tem lazer, não tem família.

Pesquisador — *O que significa o crack para você?*

Usuário 5 — É a droga do diabo. Ou mata ou leva a pessoa a virar mendigo: são dois destinos. . . Tem mais efeitos negativos.

As considerações acima mencionadas concordam com as análises feitas pelos pesquisadores nas cenas de uso observadas na pesquisa etnográfica. Os espaços físicos e os contextos sociais geram diferentes posturas e ações dos usuários, criam expectativas e controles específicos nas pessoas que ali se reúnem para consumir a droga de maneiras claramente diferenciadas.

Nas cenas de Manguinhos e Jacarezinho, usuários se misturam com dejetos corporais, com lixo e com animais, havendo a cada esquina um ponto de venda de drogas controlada por traficantes que passam a mensagem de consumir no bazar das drogas. Este é o território ou a cena social da “cracolândia”, que veio a ocupar o espaço onde, pelo menos há uma década, praticava-se futebol, faziam-se rodas de samba e brincadeiras de criança (pipa, bola de gude, taco). O atual cenário de lazer é a cracolândia, uma nova Disneylândia degradada dos desafortunados, dos perdedores, dos excluídos.

Nos últimos dois meses (agosto e setembro de 2012), ocorreram inúmeras mudanças nas cenas de uso por conta da dinâmica do tráfico que deixou de vender crack no Jacarezinho. Os usuários migraram para outros locais, mas a grande maioria, devido à proximidade entre as duas favelas, foi buscar refugio em Manguinhos que, apesar de vender crack, passou a proibir os usuários de ficarem durante o dia no campo da Coreia. Nesse local, o uso começa apenas às 16 horas, mas ficou proibido montar barracas ou usar a área de Nelson Mandela. Novas cenas surgiram e outras cresceram como é o caso da CCPL<sup>3</sup> e a linha do trem de Manguinhos, dentre outras. Os usuários ficaram localizados, em massa, nas chamadas zonas neutras,<sup>4</sup> ou seja, na Avenida

3 Cena embaixo do viaduto que corta a linha do trem próximo da antiga fábrica de leite CCPL.

4 Consideradas zonas neutras por serem lugares sem presença direta do tráfico, e também, por serem avenidas centrais de grande movimentação de carros.

Dom Hélder Câmara e Av. dos Democráticos. Em meio a esta dispersão das cenas de uso dentro das favelas de Manguinhos e Jacarezinho, uma equipe de saúde<sup>5</sup> flagrou uma média de cem usuários dormindo num campinho de futebol que teve suas grades violadas ao lado da Suipa.<sup>6</sup> Foi uma cena considerada impressionante por estes profissionais da saúde.<sup>7</sup>

### **A droga, o crack e suas novas representações**

Como ficam as representações sobre os usuários desenvolvidas pelos moradores dessas duas favelas? Eles pensam que os usuários perderam a possibilidade de construção minimamente autônoma das suas subjetividades e vivem à mercê do vício, da degradação, da perda, da abjeção? Atualmente, na opinião pública, houve uma mudança radical no significado do uso das drogas ilegais, anteriormente associadas à boêmia, à arte, à poesia, à rebeldia, passando a constituir um problema social vinculado à violência, à tomada de poder pelos traficantes armados, aos bailes funk, aos bondes formados por meninos que ali iam para brigar.

E como ficam os usuários de crack dessas cenas? Aqueles que desenvolvem práticas sociais mais desviantes, portanto, que guardam maior distância dos valores e regras socialmente aceitos pelos demais moradores da cidade, têm de enfrentar os estigmas que acompanham tais desvios. Uma das respostas, a encontrada nas cenas de Manguinhos e Jacarezinho, é a separação e confinamento do grupo de usuários em um espaço delimitado sem interação com

5 Equipe do Consultório de Rua que atende os usuários de crack da comunidade de Manguinhos.

6 Sociedade União Internacional Protetora dos Animais. Localizada na Avenida Dom Hélder Câmara, próxima à comunidade do Jacarezinho. A Suipa é uma entidade que presta assistência Veterinária, sendo particular, não eutanásia, sem fins lucrativos, e de utilidade pública. Além do abrigo, a Suipa mantém em sua sede uma Assistência Veterinária, com preços populares, para que todas as pessoas possam cuidar de seus animais de estimação, de segunda a domingo e também nos feriados.

7 A pesquisadora Christiane Sampaio é psicóloga do Consultório de Rua responsável por atender a comunidade de Manguinhos, e presenciou a cena em questão.

os moradores mais próximos. Daí resulta a marginalização que vem a reforçar as atitudes e comportamentos considerados inadequados, aumentando ainda mais os desvios, os preconceitos e a exclusão social. Na cena da Glória, entretanto, em virtude da interação com os vizinhos e a procura de um certo controle sobre os excessos tanto no uso da droga quanto nos comportamentos considerados inadequados, como a falta de asseio, o roubo, a gritaria e os palavrões, os usuários não estão excluídos do convívio social.

As relações estabelecidas em torno do universo dos usuários de crack se dão, sobretudo, em função e com o interesse do uso da droga em si. O principal objetivo é o uso do crack. Contudo, por se tratarem de usuários em situação de rua, podemos perceber algum investimento em torno da alimentação, proteção, espaço para descanso e higiene como uma forma de contornar a sobrevivência, e não como objetivo principal para garantia de uma sobrevivência considerada minimamente digna.

Entrevistamos quarenta e cinco usuários dessas localidades de uso acima mencionadas o que nos permitiu concluir que traçar o perfil dos usuários de crack entrevistados é um empreendimento complexo que não permite generalizações. Apesar de apresentarem características semelhantes do ponto de vista social, tais como a perda dos laços familiares e sociais, o curto e tumultuado vínculo com o ambiente escolar, o histórico de violência no espaço da casa e demais ambientes sociais e a precariedade do trabalho sem vínculos formais ou permanentes, os usuários entrevistados também apresentaram muitas singularidades que não são passíveis de fácil identificação e entendimento.

Por tudo isso, ao apurarmos as quarenta e cinco histórias de vida recolhidas, foi possível perceber não apenas o quanto as pessoas entrevistadas são singulares, mas também que qualquer tentativa de política repressora seria incorreta. O que se pode afirmar é que o processo de vulnerabilidade sofrido por elas vem antecedido pela vivência de problemas sociais anteriores ao consumo de crack. Esses problemas se ampliaram à medida que essas pessoas se tornaram usuários de crack, em razão do rompimento dos vínculos sociais, na maioria dos casos já enfraquecidos, que a dependência química e a vida na rua só fez ampliar na maioria dos casos analisados.

## Possíveis caminhos a serem trilhados

Um dos elementos principais deste texto é pensar as características presentes nos diversos usos do crack e as subjetividades presentes nos diferentes contextos sociais observados. Pretende-se assim, buscar outras soluções para as questões sociais que surgem em torno desse consumo que gera diferentes graus de dependência da droga.

O estudo das drogas é considerado um dos principais veículos para o entendimento do psiquismo humano, tanto pela neurociência quanto pelas ciências humanas, ou seja, oferece a possibilidade de chegar a um ponto privilegiado — o conhecimento da mente humana (Carneiro, 2002, pp. 11-3). Nas cartografias, que focalizam os aspectos sociais do uso e sua territorialização, surge também o entendimento dos seus efeitos ambivalentes: de um lado, a droga oferece uma passagem para o Éden através do comprimido da felicidade; de outro, a droga promove a dependência química, psicológica e social que pode ocasionar um processo de escravidão a um ou vários produtos, ou ao grupo a que passa a pertencer o usuário.

Dentre essas cartografias, é possível verificar que muitos, mas não todos, usuários de crack constituem guetos — característica historicamente relacionada ao uso de drogas. De fato, ao analisarmos os guetos formados pelos grupos de usuários de crack em algumas cenas de uso no Rio de Janeiro, percebemos que esses guetos são constituídos não somente com o objetivo de consumir a droga, mas também como efeito da exclusão social dos indivíduos.

Só de ninguém te aceitar, te enxergar de outra forma, já era (usuário de crack entrevistado em Mangueiras).

Mesmo assim, nos guetos que constituem as cracolândias, talvez um dos aspectos que diferem o uso de crack na cidade do Rio de Janeiro, as cenas de uso são todas acessíveis, o que permite a execução de ações enquadradas em diversos campos por diversos atores com as mais diferentes posições ideológicas.

Pode-se dizer que, hoje, atuam nestas cenas religiosos com oferta de alimentação, oração e internação; serviços especializados



em assistência social e recolhimento em abrigos; e serviços de saúde com ações de redução de danos e de amplo cuidado à saúde, oferecidas por agentes públicos e privados.

É fato que as temáticas em torno do uso do crack necessitam de atenção especial. Notadamente no que se refere ao perfil dos usuários e ao processo de vulnerabilidade a que estão submetidos. Em torno do consumo de crack, constitui-se uma tríplice complexidade: “sujeito, droga e meio”,<sup>8</sup> ou seja, personalidade, substância e contexto de uso, que gera inúmeras combinações. Algumas, de fato, envolvem violência, segregação, degradação, repressão, violação, e fatores que geram nos operadores das políticas públicas uma multiplicidade de ações equivocadas e muitas vezes contraditórias. Estamos diante de um problema ainda desconhecido, que precisa ser compreendido em suas várias dimensões, inclusive a social, a cultural, a econômica e a política que ficaram aqui denominadas “contexto social de uso” ou “cena de uso”, mas que vão para além delas, na história de vida dos indivíduos.

A política pública que venha a ser considerada estratégica, por definição deveria fazer acontecer o conjunto de ações requeridas para que se alcancem os objetivos que levem em consideração o cuidado à saúde geral do usuário, a ampliação do processo de formação e educação dele, o fomento da inclusão junto ao mercado de trabalho, entre outros. Ou seja, tornar mais dignas as condições de vida dos usuários como modo de intervir e definir estratégias para diminuir os efeitos químicos devastadores desta substância no cérebro humano bem como os efeitos igualmente devastadores da exclusão e degradação social da pessoa do usuário.

8 Oliverstein (1997) nos aponta que o fenômeno das drogas só pode ser compreendido na dinâmica relação dos vértices sujeito, droga e meio, e qualquer mudança qualitativa ou quantitativa, em qualquer um dos vértices, implicará mudanças das respostas. Por isso estamos falando de um fenômeno dinâmico sobre o qual não cabe fazer generalizações.

## Referências

- Bourdieu, P. & Wacquant, L. *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil, 1992.
- Cordeiro, H. A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina. XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), 2002, Belo Horizonte. Apud Jean-Didier Vincent, 1986, p. 199.
- Elias, N. & Dunning, E. *Quest for excitement: sport and leisure in the civilizing process*. Oxford: Blackwell, 1933.
- Grund, J.-P. C. *Drug use as a social ritual – functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam: Institut voor Vershavings-sonderzock (IVO) Erasmus Universiteit, 1993.
- Olivenstein, C. O nascimento das intuições propósito da obra de Michel Foucault. In: Inem, C. & Baptista, M. (org.). *Toxicomanias uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- Velho, G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- Zinberg, N. The social setting as a control mechanism in intoxicant use. In: Lettieri, D. J.; Mayers, M. & Pearson, H.W. (eds.). *Theories on drug abuse*. Nida Research Monograph 30. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1980, pp. 236.

## Pesquisas clínicas com usuários de crack: dados clínicos dos usuários de crack

FÉLIX KESSLER



**É** CONSENSO que os transtornos mentais possuem dimensões bio-psico-sociais, e alguns teriam mais peso na dimensão “bio”, outros na dimensão “psico”, e outros na dimensão “social”. O uso de drogas, e o uso de crack de um modo especial, é um problema com implicações importantes em cada uma dessas três esferas, e isso torna o nosso trabalho não apenas mais complexo, como também mais difícil.

Há uma série de estudos que demonstram os efeitos do uso de cocaína e crack sobre o cérebro: o Nida (National Institute on Drug Abuse, EUA), por exemplo, fala que a dependência química é uma doença do cérebro, crônica e de tratamento longo, principalmente quando este cérebro ainda não está maduro no momento do contato com a droga (durante a infância ou adolescência). Hoje, nós sabemos que a maior parte do amadurecimento cerebral ocorre até os vinte e um anos, especialmente das vias que controlam o impulso e os comportamentos de busca por recompensa; portanto, quando o uso de drogas inicia antes dessa idade, os problemas podem ser ainda mais sérios, com o comprometimento das regiões cerebrais responsáveis por planejamento, pela tomada de decisões, pelo “freio” ante os impulsos, trazendo problemas comportamentais importantes.

Há outros estudos, que se debruçam sobre o desenvolvimento da dependência química ao longo do tempo: um deles, realiza-

do nos EUA, aponta algo semelhante ao que temos visto em Porto Alegre e em outras capitais, ao nos dizer que ao longo de treze anos, apenas 5% dos usuários atinge a abstinência total durante esse período; a maior parte, cerca de 24%, continuou usando; há um terceiro grupo, de 22%, que oscila entre os momentos de abstinência e os momentos de uso; por fim, apenas 14% do total consegue parar com o uso, e apenas depois de treze anos. E isso entre aqueles que não morreram em meio ao processo; há um estudo brasileiro, feito em São Paulo, a nos dizer que um quarto, ou até mesmo um terço dos usuários de crack morre em muito pouco tempo, nos primeiros anos de uso. Contudo, as causas principais estão mais relacionadas à violência do que aos efeitos adversos das drogas. Essa situação demonstra o quanto nós ainda não sabemos, o quanto nós ainda estamos engatinhando no que tange ao tratamento de usuários de crack.

Há outro estudo que eu gostaria de compartilhar, que foi realizado em quatro capitais (Salvador, Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo). Foi um estudo transversal, com 750 pacientes internados ou em atendimento ambulatorial, distribuídos em cinco centros de pesquisa, e que verificou alta prevalência de (25%) Transtorno de Conduta e Transtorno de Personalidade Antissocial entre os usuários de crack pesquisados, quando comparados aos usuários de outras drogas na mesma pesquisa. São pessoas que sofreram muito na infância, com sérios problemas sociais, que desenvolvem Transtorno de Personalidade Antissocial, e que fazem a opção por uma droga absolutamente perigosa. São, portanto, pessoas inconsequentes, que se envolvem muito mais com atividades ilegais. De um modo geral, envolvem-se mais com o tráfico, com o roubo, pequenos furtos, invasão de domicílio, não é incomum que já tenham sido presos. Muitos relatam terem usado diferentes drogas por mais de vinte anos, sem problemas, mas bastou começar com o crack e em dois anos a vida estava devastada. Então, o que essa pesquisa sugere é que não é a droga que leva as pessoas a cometerem crimes, mas o Transtorno de Conduta ou o Transtorno de Personalidade Antissocial, que seriam anteriores ao uso.

Trago também alguns dados preliminares de um projeto de pesquisa no qual estamos envolvidos, e que desenvolve catorze es-

tudos articulados sobre diferentes questões relacionadas ao uso de drogas, em seis capitais brasileiras. Como se trata de um projeto ainda em andamento, o que vou compartilhar são as primeiras análises, ainda muito preliminares. Não poderei falar, por exemplo, sobre a questão das gestantes usuárias de crack. . . A parte da pesquisa que pretendo compartilhar diz respeito a pessoas em tratamento, em Caps AD ou em locais de internação. O universo pesquisado reúne em torno de seiscentos casos. A idade média é trinta anos, 90% são homens, 30% em relação estável, 50% brancos, 47% com ensino fundamental, e mais da metade não tinham nem o ensino fundamental. A idade média do primeiro uso foi de vinte e três anos, e o tempo até procurar algum tipo de tratamento foi de sete anos. A frequência de uso era quase diária, com um consumo médio de 16 gramas de crack por semana. A principal motivação mencionada foi a curiosidade. Vinte e cinco por cento preferem usar sozinhos, e o gasto médio relatado pelos entrevistados foi de 426 reais por mês (e esta média é prejudicada pela imensa diferença, com gastos variando de 100 a 2.000 reais). Quarenta e cinco por cento afirmam ter-se tornado dependente em menos de um mês de uso, ao passo que 20% afirmam ter levado entre dois e três meses. Cerca de 30% dos entrevistados relatam diversas situações em que usaram crack por até dois dias, sem parar, aumentando muito os riscos de lesão cerebral. Cerca de 20% já foram detidos pela polícia em função do porte de drogas, e 8% já se envolveram em acidentes de trânsito. Ter feito sexo em troca de dinheiro para usar drogas é relatado por 7,2% e 9,3% já tentaram suicídio. Noventa por cento têm clareza quanto ao tamanho do estrago que o uso de crack produz em suas vidas. Por fim, cerca de 40% dos entrevistados relatam ter vivido ao longo de suas vidas alguma forma de negligência emocional, associadas a ambientes pouco afetivos e muito autoritários. Isso nos preocupa sobremaneira, pois há uma série de estudos que vão relacionar a negligência e o abuso emocionais ao desenvolvimento de Transtorno de Conduta e Transtorno de Personalidade Antissocial.

Os usuários costumam chegar ao tratamento em situações muito graves, com danos nas “funções executivas” do cérebro (planejamento, raciocínio lógico, capacidade de pensar a longo prazo,

de conter impulsos). Isso nos ajuda a entender por que é que muitas vezes essas pessoas entram no crack e depois não conseguem sair: há um dano no sistema de recompensa cerebral, que fica mais frágil e predisposto à dependência química.

O maior problema para o tratamento é a baixíssima taxa de adesão. Como dito anteriormente pelo professor Francisco Bastos, muito poucos chegam ao tratamento, e eu poderia acrescentar: muito poucos ficam no tratamento, mesmo que a motivação seja alta (e ela é!). Qual o percurso: o sujeito chega ao serviço intoxicado, é acolhido, melhora um pouco, e abandona o tratamento. Muitas vezes ele retorna depois de uma recaída, e repete o ciclo. Na literatura, o que encontramos para fazer frente a esse tipo de problema é o oferecimento de algum tipo de “recompensa” concreta, capaz de mobilizar o usuário. Talvez seja por isso que existam algumas cidades em que os usuários frequentam mais os Creas do que os Caps AD. Nesses serviços, é muito comum que os usuários tenham acesso a alguns benefícios bastante concretos, e além disso, alguns relatam que nesses serviços eles não recebem nenhuma forma de cobrança quanto ao seu uso de drogas. No Brasil, a utilização de “recompensas” no tratamento de usuários de drogas é algo eticamente contestável; entretanto, é uma técnica que apresenta resultados, segundo a literatura, especialmente com usuários de drogas estimulantes. O objetivo é tornar o uso de drogas pouco atrativo, na comparação com a abstinência. Mas para que isso seja feito, é preciso a realização de exames toxicológicos.

Quanto ao futuro, nossa esperança é o tratamento imunológico, com o desenvolvimento de uma vacina para prevenir o uso de drogas, especialmente a cocaína e seus derivados. O princípio básico é o mesmo das vacinas que conhecemos, em que anticorpos são injetados na corrente sanguínea, que vão impedir que a cocaína consiga acessar o sistema neuronal. O problema é que tais anticorpos têm efeito curto, de poucos meses, e mesmo assim em número reduzido de pessoas. Há outras pesquisas, em que um gene é introduzido em um rato, que depois de algum tempo passa a produzir esses anticorpos, que impedem que o efeito da droga seja sentido. Nas pesquisas em questão, a droga é a nicotina, e os resultados são promissores.

Para terminar, quero compartilhar que acabamos de inaugurar o primeiro Centro Colaborador com a Senad, com o objetivo de desenvolver técnicas para o tratamento de usuário de crack, e também a formação profissional, com pós-graduação e especializações. Este é o primeiro, de cinco ou seis centros de excelência que a Senad quer criar no Brasil. O centro tem vinte vagas para pacientes masculinos, e dentro de algum tempo haverá mais vinte para pacientes femininas. Temos investido num modelo integrativo, multiprofissional, mas os resultados ainda não estão tão bons quanto imaginávamos (ainda que isso já pudesse ser esperado em função do Transtorno de Conduta). Grande parte dos usuários não completa o programa de tratamento na internação, ainda que adorem o local, que tenham só elogios. . . Uma das coisas que eles reclamam muito é da ausência de um pátio.

## Usuários de crack: escuta e clínica ampliada

MARISE RAMÔA



O PRESENTE TRABALHO tem por objetivo refletir sobre a implantação de políticas públicas na área de álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro, no que tange à proliferação da ideia de uma suposta “epidemia” de crack e do uso de outras drogas no espaço urbano.

O crack, em si, é apenas uma figura de linguagem, ou seja, uma onomatopeia, que representa quebra, ruptura. Para pensarmos em uma ruptura com as políticas repressoras, que não escutam o caso singular e não partem de uma clínica ampliada, apresentaremos o fragmento de um caso, que foi acompanhado por um Caps AD da cidade do Rio de Janeiro, mediante um trabalho baseado no cuidado territorial e intersetorial. Trabalharemos com a categoria de reabilitação psicossocial (Saraceno, 1999), com o conceito de desfiliação (Castel, 1994) e com a discussão acerca dos paradigmas asilar e psicossocial presentes nas práticas com usuários de drogas.

A questão que aqui se faz presente é o que as políticas públicas para pessoas em situação de rua, ou seja, em vulnerabilidade social associada ao uso de drogas, tem como direção ética, pois em sua maioria não se aproximam do fenômeno droga. Afirmam concepções moralistas, que tendem a promover exclusão social, pois enfatizam o olhar sobre a substância. Partem de movimentos proibicionistas, baseados na concepção demonizante do objeto droga, mas esquecem que as drogas variam de veneno a remédio



(*pharmakon*), de acordo com interesses políticos, econômicos e sociais. As drogas são objetos produzidos historicamente como legais ou ilegais. E, no momento atual, que a cidade é palco de inúmeras festividades, vemos ações desastrosas em relação à população em situação de rua. A princípio, o discurso apresentado refere-se à retirada de crianças, adolescentes e adultos das ruas da cidade, para tratamento, mas a oferta de tratamento é quase que exclusivamente referenciada aos modelos de internação e, equivocadamente, aos modelos de abrigamento, visto que o conceito de tratamento é bem diferenciado do de abrigamento. Não há, com isso, uma discussão sobre outros modelos de tratamento existentes e sobre a deficiência numérica de serviços implantados na cidade. Contamos, hoje, na cidade do Rio de Janeiro, com cinco (em 2015 – 7 Caps AD) Caps AD (sendo um de iniciativa estadual), além de poucos leitos em hospital geral e três CRs (3 ou 5 em 2015) para uma população estimada em 6.390.290 (*D.O.U.*, 31-8-2012). Diante de tal falta de implantação de política pública de qualidade, opta-se por movimentos de repressão ao uso de drogas que vão na direção dos próprios usuários, ou seja, na direção de controle de vidas, com a inclusão, pela Justiça, de proposta de internação compulsória.

É por isso que, ao invés de criarmos pura e simplesmente medidas repressivas em relação ao uso, devemos acolher esse fenômeno social, de tamanha magnitude. Entendemos que uma política não repressiva baseia-se em uma construção de cuidado, sendo o usuário de drogas quem vai nortear essa construção. Dessa forma, não há priorização da abstinência total de drogas, mas a compreensão do lugar que a droga ocupa na vida do usuário. Com tal ética de cuidado é que pensamos os Caps, serviços sustentados a partir do paradigma psicossocial.

Os Caps são serviços que se apoiam na comunidade. Para sustentar tal proposta, toma-se de empréstimo da sociologia urbana a noção de “território” (Santos & Silveira, 1997) e propõe-se a integração total do usuário de saúde mental à cidade, à sua comunidade de origem, ao bairro onde vivem seus entes mais chegados, para que sinta que conserva suas raízes, que não é um eterno estrangeiro, aquele que, onde quer que esteja, está sempre de passagem.

O termo *território* passou a ser usado no campo da saúde mental para substituir a noção de base comunitária, pois o comunitário sempre esteve associado à ideia de ações intervencionistas, com a suposta pretensão de prevenção. O movimento da psiquiatria democrática italiana usa o termo *território* no sentido de designar o espaço extrainstitucional, entendido como topologia e não como topografia, ou seja, uma “unidade geográfica de referência” na qual os limites são afetivos, históricos, culturais, socioeconômicos.

A fertilidade da noção de território potencializa a reflexão em torno da reforma psiquiátrica. Ela não apenas propicia o rompimento com a ideia de serviços circunscritos ao eixo hospital-comunidade, como dá subsídios importantes para a reflexão de sua dimensão epistemológica.

Pensar num serviço de rede nessa perspectiva exige sintonia com a realidade local, com sua cultura de organização social, bem como uma sociedade civil forte e organizada, capaz de se fazer ativa e participativa diante da administração pública.

O termo *rede* sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal.

Alves (2001) em seu texto *Integralidade nas políticas de saúde mental* aborda o termo *integralidade* no contexto dos novos paradigmas da atenção em saúde mental. Para tal, trabalha a natureza do cuidar e com ele traz à tona duas questões: oferta/seleção e inclusão/exclusão. Afirma que a prática usual a ser superada é aquela em que a seleção é o critério básico da oferta dos programas. Entende que a saúde mental é o primeiro campo de cuidado em saúde, em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Ainda segundo Alves (2001), até a década de 1970 a assistência psiquiátrica tinha como pressupostos o preventivismo e a especialização; de 1970-1980 passam a ser a especialização e a setorização; de 1980-1990 surgem como princípios a racionalidade, a regionalização, a hierarquização e a intensidade; na década de 1990, passam a ser o território, a diversificação e a complexidade.

Nos anos 2000, temos como princípios a inversão de modelo e a cidade saudável, com os serviços atuando mais diretamente na comunidade, como na ação do PSF/Pacs. Atualmente temos como proposta a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cuja Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Porém, os Caps ocupam um lugar que pode ser bastante perigoso, pois em seu artigo 5.º situa os Caps como atenção psicossocial especializada e como tal pode passar a ocupar um lugar de especialismo, para onde são encaminhados casos; de tal maneira, corremos o risco de voltarmos à década de 1970-1980, como apontado por Alves, onde os princípios eram a especialização e a setorização. Entendemos que rede não tem centro e que deve haver uma responsabilização compartilhada dos casos, o que exclui a lógica do encaminhamento, estimulando, inclusive, a intersetorialidade.

Outro ponto da Raps bastante questionável é o que se refere à atenção residencial de caráter transitório, pois aí são incluídas comunidades terapêuticas, cuja permanência do usuário pode ser de até nove meses. Desmontamos manicômios e sustentamos, hoje, a partir de uma portaria, um modelo contraditório com o paradigma psicossocial. É possível pensarmos nos modelos atuais de comunidades terapêuticas para dependentes de drogas, dentro de uma perspectiva de metodologia de alta exigência e que não deve estar como componente da rede de atenção psicossocial, mas no máximo, como dispositivo suplementar à rede. É muito contraditório citarmos como componente da rede de atenção psicossocial as comunidades terapêuticas, que têm como condição de tratamento a abstinência total e a longa permanência. O que sustenta a diretriz do cuidado, em termos da atenção psicossocial, é a redução de danos, segundo a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2003).

Os manicômios é que produziram a concepção de isolamento como instrumento terapêutico. A negação do papel do isolamento aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o

sujeito e não somente a doença, enquanto produção sintomática, é que determina um olhar “integral” da situação.

A Lei 8.080/90, em seu art. 7, § II, afirma que o SUS deve seguir o referente princípio: “Integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, p. 4).

No dicionário *O SUS de A a Z*, a integralidade é apresentada como princípio que pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (Brasil, 2005, p. 192).

É com esse olhar da integralidade que pensamos as práticas dos Caps.

Trabalhamos de forma integrada entre Saúde Mental e Atenção Básica, pois entendemos que o que norteia tais práticas tem sido a Reforma Sanitária brasileira, com a construção do SUS e o conceito de saúde, de forma ampliada. Dessa forma, faz-se necessária a desinstitucionalização de saberes que aprisionam sujeitos em nome de categorias nosográficas ou sociais. Portanto, propomos uma discussão sobre a desinstitucionalização do espaço urbano, pois da mesma forma que os manicômios foram criados para excluir a loucura do espaço urbano, existe, atualmente, um movimento de promover exclusão social em alguns espaços da cidade, com ordenamentos sociais vindos da milícia, do tráfico de drogas e do próprio poder público, quando vemos, por exemplo, pedras pontiagudas colocadas embaixo dos viadutos da cidade do Rio de Janeiro ou ações de recolhimento para suposto tratamento.

Para pensarmos na desinstitucionalização do espaço urbano recorreremos a Saraceno (1999). O autor acena para o fato de que o manicômio e sua lógica não estão nas arquiteturas dos espaços ou em lugares abertos ou fechados, mas, sim, na forma como os sujeitos se posicionam. Portanto, é necessário que estejamos atentos à lógica manicomial, aquela que institui a negação do uso da palavra, do próprio corpo, dos objetos pessoais, do direito ao uso do espaço doméstico e da casa, de ir e vir. . . A rua hoje passa a ser um espaço de clausura para muitos que não podem mais circular em seus territórios de origem ou não podem mais sair de “aprisionamentos

simbólicos”. Ainda segundo o autor, a reabilitação psicossocial está estreitamente relacionada à ideia de casa ou do morar e diferencia o estar e o morar. Segundo ele um dos elementos fundamentais na qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto “estar” em determinado lugar transforma-se em “habitar” esse lugar. O estar refere-se a uma mera ocupação do espaço pelo indivíduo. Já o habitar refere-se à capacidade de se ampliar a contratualidade tanto em relação à organização material, como simbólica dos espaços, dos objetos e das relações afetivas. Segundo Saraceno (1999), reabilitação seria:

[. . .] um conjunto de estratégias adotadas com o objetivo de aumentar as possibilidades de trocas de recursos e de afetos e que só a partir de uma dinâmica de trocas que se cria um efeito “habilitador” (Saraceno, 1999, p. 112).

Muitos usuários de drogas são expulsos de suas comunidades por regras estabelecidas pelo tráfico de drogas ou pela milícia. Dessa forma, a rua passa a se constituir em espaço para os “desfilia-dos”. Não contam mais com estruturas sociais como família, comunidade, pátria. . .

A desfiliação (Castel, 1988) surge como uma ruptura em relação às normas de reprodução social hegemônicas, que controlam a inscrição social. Ainda segundo o autor (1993) o trabalho sustentável e a sociabilidade sociofamiliar são os principais responsáveis pela integração e inserção. A ausência desses dois elementos caracteriza a situação de desfiliação — “um modo particular de dissociação do vínculo social”. A zona de integração seria aquela em que o sujeito dispõe de garantias de um trabalho permanente e que conta com suportes relacionais sólidos; a zona de vulnerabilidade “associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional”, e a zona de desfiliação “conjuga ausência de trabalho e isolamento social” (Castel, 1994, p. 30).

A desfiliação denota a não inscrição nas regras da filiação e da reprodução, bem como nas relações sociais hegemônicas, que pode se dar pela negação dos indivíduos ou pela falta de oportunidade desse acesso. Isso ocorre quando crianças e adolescentes em

situação de rua chegam a espaços ditos de cuidado e sequer são recebidos ou são expulsos de forma simbólica, com alegações de que não se adequaram ao modelo estabelecido. A criminalização das pessoas que usam drogas tornadas ilícitas gera dificuldade para sua chegada e permanência nos serviços de saúde, de educação, de assistência, entre outros, mesmo de caráter comunitário. Quando o pertencimento social é negado ou abandonado, a violência pode se constituir como uma alternativa de vida. Ela evidencia-se no aniquilamento, exclusão ou abuso do outro, seja ele um indivíduo, um grupo ou uma comunidade. Assim, a violência não envolve apenas o uso de força física, mas também a negação de direitos sociais (Minayo, 1994).

### Caso R.

Para exemplificarmos a concepção de cuidado oferecida aos sujeitos que fazem uso de drogas, de forma prejudicial, apresentaremos fragmentos de um caso acompanhado por um Caps AD da cidade do Rio de Janeiro: o Caps AD Mané Garrincha, situado no bairro do Maracanã, que pode ser trabalhado de forma integral, interseccional, ou seja, a partir da escuta desse sujeito e não somente da substância cocaína.

Encaminhada pelo Nepad/Uerj em agosto de 2008, R. encontrava-se em situação de rua/prostituição/uso de crack, cocaína aspirada, maconha e tabaco/tosse produtiva e abscesso renal.

Desde 2006 fez uso mais intenso de drogas associado às mortes do marido e do irmão, quando havia retornado de uma cidade do nordeste brasileiro.

Passou por acolhimento, pois qualquer pessoa que chega de forma espontânea, na unidade, é acolhida e caso esteja em situação de rua é vista como caso prioritário para o serviço, devido à grave situação de vulnerabilidade social associada ao uso de drogas. Após o Grupo de Recepção passou por avaliação de médico clínico, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional e enfermeiro e foi indicada para participar de forma intensiva/diária do serviço. Foram feitos exames laboratoriais e R. passou, também, a frequentar diversas

oficinas no Caps. Houve várias internações devido a quadro de tuberculose, durante tal período.

Apesar de solicitar abrigo, não conseguia sustentar a saída da rua.

Ficou fora do Caps por algum tempo e a terapeuta ocupacional foi à “cracolândia” à sua procura, na companhia de um usuário do serviço. Tal profissional começou um trabalho de reconstrução de sua história de vida, saindo com R. pela cidade do Rio de Janeiro e comprando com R. material para a oficina de trabalhos manuais, pois ela era artesã.

R. ficava em situação de rua pela área do Centro da cidade e pode contar com a ESF de população em situação de rua/consultório na rua. Devido a quadro de tuberculose, foi internada, por via do Caps AD em hospital especializado em doenças respiratórias e também foi internada, por via da ESF de população em situação de rua, em hospital geral. Fizemos reuniões conjuntas para refletirmos sobre o caso.

Apoiada na contribuição fenomenológica de Husserl, Basaglia nos ajuda a pensar a clínica psicossocial na área A/D, pois, da mesma forma que colocou o conceito de doença entre parênteses, colocamos o conceito de droga entre parênteses, no sentido de questionar seu lugar na relação com o sujeito e no contexto cultural.

A relação transferencial com a terapeuta ocupacional do Caps é vivida de forma maternal e quando esta sai do serviço, para voltar à sua terra natal, R. vive a dor da separação e é nesse momento que resolve olhar suas fotos de família, que se encontravam no Caps e que nem sequer olhava. Há abertura para contato com ela. Após contato com a família de R., que é feito por meio de uma pesquisa a partir do recurso da informática, fazemos contato com a madrastra de R. e descobrimos que seu pai havia falecido, mas, ao mesmo tempo, conseguimos contactar suas filhas, em uma cidade do nordeste brasileiro, pois seu pai morava no Rio e R. havia voltado da cidade onde se encontravam suas filhas, com o intuito de falar com seu pai, o que nunca aconteceu.

Após quatro anos de trabalho, R. aceita abrigo e fica em tal estabelecimento, por meses. Nesse período o Caps já havia

conseguido a emissão de alguns documentos e, em parceria com equipe de saúde que fazia matriciamento no abrigo, conseguimos que fosse obtida certidão de nascimento, pois o Caps já havia feito articulação com a Secretaria Municipal de Habitação, para que, através de projeto de inclusão de tal secretaria, fosse garantida casa própria para a usuária. Realizamos visitas domiciliares para acompanhamento e devido às suas habilidades manuais foi oferecida bolsa-usuário, para que ela pudesse acompanhar os profissionais que desenvolvem as oficinas. R. passou a fabricar brincos confeccionados com garrafas *pet* e, a partir dos contatos com suas filhas, recebeu a filha mais nova, que não via há pelo menos quatro anos, em sua casa, para morar. Passou a viver os conflitos a respeito da maternidade, mas contava com atendimento psicoterápico no Caps. Além disso, verificamos que R. seria beneficiada pelo inventário de seu pai, o que lhe conferiu reconhecimento legal de pertencimento à família.

R. diz: “Se não fosse o Caps eu estaria morta” e, mais recentemente reconhece sua potência de vida: “tem muita coisa para acontecer”. Essa passagem no discurso de R. é fundamental para pensarmos o Caps como estratégia de cuidado, pois no modo psicossocial o que temos como objetivo da assistência é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos de seus conflitos, passe a se reconhecer também como um dos agentes implicados tanto nesse sofrimento quanto na possibilidade de mudanças.

### Referências

- Alves, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Cepesc-Abrasco, 2006.
- Bauman, Z. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- Bucher, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.º 28,



- vol. I. Brasília, 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- . Ministério da Saúde. *Saúde Mental, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n.º 34).
- . Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e Aids. *A política do Ministério da Saúde para a ação integral a usuários de álcool e outras drogas* (Série Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2003.
- Castel, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, A (org.). *Saudeloucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- . *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- Costa, J. F. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- Giddens, A. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Ed. Unesp, 1997.
- Guattari, F. & Rolnik, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- Merhy, E. E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, pp. 71-112.
- Ramôa, M. *O grupo de autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental*. Mestrado. Rio de Janeiro: PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 1999.
- . *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps AD*. Doutorado. Rio de Janeiro: PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2005.
- Santos, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2002.
- Santos, M. & Silveira, M. *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1997.
- Saraceno, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível* da Rio de Janeiro: Te Corá/IFB, 1999.

## Apresentação do perfil epidemiológico dos usuários de crack: pesquisa social com a apresentação do recorte do perfil de Manguinhos

FRANCISCO INÁCIO BASTOS



**G**OSTARIA DE PARTILHAR com vocês algumas impressões e achados preliminares a respeito da pesquisa que estou coordenando, sobre o uso de crack no Brasil, que se refere a um inquérito de âmbito nacional sobre o perfil dos usuários de crack e similares (como a pasta base e a merla), implementado nas próprias cenas de uso.

Inicialmente, quero dizer que a pesquisa se mostrou muito mais complexa do que havíamos imaginado de início. A pesquisa foi iniciada, em janeiro de 2011, por encomenda do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ocasião em que a Senad (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) era parte integrante do Gabinete da Presidência da República. No governo da presidenta Dilma Rousseff, a Senad passou a fazer parte da estrutura do Ministério da Justiça.

Independentemente das questões específicas da pesquisa, cabe observar que o tema “Drogas” é profundamente polarizado e polêmico, não apenas na sociedade brasileira, mas em todo o mundo. Temos assistido a uma crescente radicalização do debate, com um incremento, simultâneo e paradoxal, do movimento internacional de reforma das leis de drogas, no sentido de uma postura menos agressiva, centrada na saúde pública, e da força da vertente

conservadora, com características bastante diferentes das posições conservadoras no campo das drogas até bem recentemente. Uma das expressões desse neoconservadorismo são as ações de recolhimento compulsório de crianças e adolescentes, que do ponto de vista do ordenamento jurídico, são nitidamente contrárias, por exemplo, ao Estatuto da Criança e do Adolescente (e não será de estranhar que tais ações acabem sendo objeto de apreciação pelo Supremo Tribunal Federal). Com tal polarização, as ações no campo das drogas terminam por ser formuladas e reguladas (talvez fosse melhor dizer, “desreguladas”) por forças distintas, quando não opostas.

Esse cenário torna o trabalho de pesquisa muito mais difícil, e mesmo perigoso, com situações de confronto constantes. Por diversas vezes, realizamos nossas atividades com enormes dificuldades e, frequentemente, tivemos de interrompê-las, para não colocar as equipes atuando no campo em risco, especialmente nos violentos conflitos entre polícia e facções criminosas.

Os constantes confrontos impõem uma dificuldade muito grande não apenas para a realização da nossa pesquisa (ou de qualquer outra pesquisa nesses contextos), como também para qualquer tipo de trabalho preventivo ou assistencial a ser realizado nas cenas de drogas, e, mais amplamente, no território onde elas estão situadas e no seu entorno.

Há diversas questões relevantes a serem discutidas a respeito da questão do território. Tive a oportunidade de debatê-las com diversos integrantes da cúpula da segurança do estado do Rio de Janeiro, e pude constatar que a maioria deles possui uma visão abrangente e não sectária acerca da questão do território. Um dos problemas a ressaltar aqui é o fato de as propostas teóricas não se traduzirem, necessariamente, em ações coerentes. As determinações iniciais são sempre diferentes daquilo que é implementado no cotidiano da vida das comunidades, ao sabor das decisões tomadas no calor da hora e da eventual cooptação ou intimidação de servidores públicos pelas facções criminosas (os inúmeros inquéritos instaurados pelas corregedorias e os erros de procedimentos que têm levados à vitimização de crianças em incursões policiais testemunham claramente a enorme dificuldade de traduzir propostas em ações coerentes).

A respeito dessa questão do território, li com muito interesse o livro denominado *Vida sob cerco*,<sup>1</sup> lançado em 2008. Trata-se de uma investigação socioantropológica que combina a pesquisa etnográfica clássica a métodos inovadores, como a realização de grupos focais fora do contexto investigado. Os grupos focais que nortearam a análise tiveram lugar fora dos locais de moradia das pessoas, de modo que as pessoas pudessem falar à vontade, livres de constrangimentos. Esse tipo de trabalho que combina etnografia clássica nos locais em situação de conflito com grupos focais realizados em locais distantes do território estudado sinalizam para a necessidade de renovar as metodologias de pesquisa em relação a uma temática tão complexa e a uma prática de pesquisa tão desafiadora. Estes grupos focais “desterritorializados” foram denominados “coletivos de confiança”, justamente porque as pessoas só aceitavam participar desses grupos depois de terem certeza de que as informações iriam ser protegidas de qualquer possível constrangimento ou ação violenta, e que seria garantida confidencialidade das informações fornecidas.

Uma das coisas que temos verificado no cotidiano da pesquisa é que não existem, no Brasil como um todo, as chamadas “crackolândias” (ou “cracolândias”). Essa estrutura macrosocial, que congrega em uma dada localidade e período de tempo centenas de pessoas, definindo um aglomerado urbano em meio ao tecido urbano mais abrangente, é uma estrutura característica de alguns locais do Brasil, mas está inteiramente ausente de inúmeros outros. Essa heterogeneidade guarda relação estreita com duas questões. Em primeiro lugar, com a própria densidade populacional (no Rio e em São Paulo, existem aglomerados urbanos que não encontramos no Norte do Brasil ou no interior do Centro-Oeste, por exemplo); em segundo lugar, com questões relacionadas ao fluxo, e é interessante perceber que essa questão não é jamais discutida. Imagine duzentas pessoas reunidas em uma mesma região da cidade, consumindo uma substância cujo efeito dura poucos minutos, exigindo administração constante (sob a forma de uma nova “pedra” fumada). Essa realidade demanda uma logística de distribuição

1 Machado da Silva, L. A. (org.). *Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

consistente, não muito diferente da logística exigida por um mercado hortifrutigranjeiro. O aporte contínuo de produtos, a regularidade de suprimento, é fundamental para que este tipo de aglomerado possa existir.

É curioso, pois fala-se muito da “ausência do Estado”, mas na verdade a questão é bastante mais complexa. Pode-se falar de uma ausência do Estado no que tange à disponibilização de serviços e políticas de saúde, de assistência social, mas não se pode pensar que o Estado está inteiramente apartado destas dinâmicas, até porque essa logística de que falei seria impossível sem a presença perversa/omissão do Estado. O Estado está presente com sua conivência. Não há como pensar em centenas de pessoas reunidas em um mesmo lugar, consumindo milhares de pedras de crack por dia, sem pensar no papel do Estado. Não existe fluxo possível de uma substância cuja produção é inteiramente irrelevante em território brasileiro (a pasta de coca, de onde é obtido o crack) sem que o Estado exista, seja como facilitador, direto ou indireto, ou ao menos interstício. O necessário, portanto, é resgatar uma presença positiva do Estado, nesses territórios, pois ele já está lá, de forma perversa, imbricado com o crime e as redes de distribuição.

A única forma de o Estado se fazer presente nesses territórios no que se refere a saúde pública é com serviços de “baixo limiar de exigência” (uma tradução não muito adequada da expressão inglesa “low-threshold”, ou seja, serviços amigáveis, flexíveis e desburocratizados), como os Consultórios na Rua, ao modo do que é feito pelo Projeto Teias e por diversos outros projetos desse tipo em todo o Brasil. Primeiro, porque para resgatar essa presença positiva do Estado, você tem de oferecer alguma coisa: saúde, documentos (muitas pessoas da comunidade de Manguinhos e outras comunidades descrevem que seus documentos são inutilizados durante as operações policiais, a tal ponto que elas não podem nem mesmo entrar na Fiocruz, que, no caso dos moradores de Manguinhos é vizinha das suas residências). Essa questão da documentação demonstra a importância da baixa exigência, pois apenas os serviços que não os exigem serão capazes de acolher pessoas que não têm documentos. Daí a importância da mediação entre as cenas de uso de crack e a “cidade formal” e sua rede de

serviços padrão, sem essa mediação, não é possível construir um trabalho efetivo junto a essa população.

Para termos uma ideia dessa defasagem, em Curitiba, menos de cinco por cento dos usuários de drogas identificados em pesquisa piloto anterior já haviam frequentado um Caps AD.<sup>2</sup> Então, não me parece factível a construção de uma rede de atenção a tais pessoas, que não tenha como ponto estratégico esse trabalho de mediação, feito diretamente nos territórios, junto às pessoas que usam crack.

Uma segunda questão: não há um simples esvaziamento de lideranças nos territórios, mas complexos processos de cooptação. Isso aparece já nas etnografias de Alba Zaluar,<sup>3</sup> feitas nos anos 1980/início dos anos 1990, e persiste nos trabalhos mais recentes (como no já mencionado *Vida sob cerco*). As lideranças não evaporaram da noite para o dia. Elas ainda estão lá, silenciadas ou cooptadas. Então, da mesma forma que é preciso recompor o Estado a partir de uma presença positiva, também é preciso que as lideranças locais possam (re)emergir de modo igualmente frutífero. Em diversos lugares, o movimento popular e comunitário vive sob uma pressão que iniciou com a Ditadura Militar, mas que não foi interrompida com a redemocratização. Para essas comunidades, a pressão e a censura se mantiveram por meio do terror exercido pelo tráfico de drogas, pelas incursões abusivas das forças de segurança, pelas milícias.

Outro aspecto importante do crack é sua dimensão mercadológica diferenciada. Como produto, o crack foi uma droga muito utilizada por grupos minoritários nos EUA nos anos 80, em praticamente todas as grandes cidades onde havia forte desigualdade social e racial (como Nova York ou Baltimore). O crack foi um fenômeno explosivo, e isto que vivenciamos hoje no Brasil, de certa forma já foi vivenciado pelos EUA, ainda que o fenômeno americano tenha diferenças claras, como o componente étnico e linguístico, como elemento definidor de territórios, muito mais

2 Esses e outros dados do estudo referente a Curitiba estão disponíveis para download em <<http://opr.princeton.edu/archive/NSUM/>>.

3 Por exemplo, *Condomínio do diabo*, publicado em 1994 pela Revan/Ed. UFRJ, Rio de Janeiro.

acentuado do que no caso brasileiro. E, em ambos os casos, como o crack se materializa? Em um mercado essencialmente varejista, que não depende de grandes refinarias, de operações de maior porte e cartelizadas. Eventualmente, um ou outro destes pequenos ambientes explode, em função dos produtos químicos utilizados, e nestes casos é comum que morram três ou quatro pessoas, que é o número necessário para que esse tipo de pequena refinaria opere. Então, todo aquele processo que ficou famoso nos anos 80, com os cartéis colombianos e as megaoperações militares de guerra declarada aos grandes cartéis. Nada disso está vigente na realidade contemporânea do crack no Brasil. As novas redes de tráfico não assumem a estrutura dos antigos cartéis, sendo muito mais dinâmicas e flexíveis, e o mercado atacadista se capilariza em uma ampla rede de distribuidores varejistas, as “formigas”, que vão e vêm das e para as cenas de crack, cada uma delas carregando um suprimento modesto de pedras. Obviamente, existe um ou mais atacadistas, mas eles não estão nas cenas, mas sim na sua interface com o tráfico internacional e o mercado financeiro e imobiliário, onde o dinheiro é lavado e reciclado.

Outra característica importante do crack é que ele não é rastreável a partir de seus precursores químicos, que são muito variados e sempre adquiridos de forma descontínua e mesmo errática. No caso do refino da cocaína em pó, é possível rastreá-la em função de grandes movimentações de acetona ou éter. Mas no caso do crack esse tipo de controle é inviável. A pasta base é comercializada em volumes grandes, no atacado, mas a operação de produção do crack é pequena e descentralizada.

Com respeito às pessoas que se têm envolvido com o comércio de crack, percebe-se que são adultos jovens e alguns adolescentes, contingente que se recicla muito rapidamente, para substituir os mortos, feridos e detidos. São jovens, em sua ampla maioria homens, bastante afeitos às demonstrações de virilidade e violência. Em alguns lugares, pude ouvir moradores referindo-se a esses jovens como “juventude Bin Laden”, talibãs ou similares, uma vez que não preservam os vínculos tradicionais do antigo tráfico, mais territorializado e inserido em uma dada comunidade. O que temos visto agora é uma migração progressiva dos traficantes, das

áreas ocupadas por UPP's, para bairros da periferia e cidades vizinhas. Não é outra a explicação do recente massacre ocorrido em 2012, na Chatuba; são exatamente adolescentes e jovens adultos (o mais velho devia ter vinte anos), mortos por um grupo de jovens mais ou menos da mesma faixa etária. Além disso, merece menção o agravante de que uma liderança religiosa foi assassinada, o que é algo extremamente raro, pois ao longo de todos esses anos de domínio do tráfico de drogas em certas comunidades, as lideranças religiosas sempre foram respeitadas e valorizadas como elos entre as comunidades e a sociedade abrangente.

Sintetizando: o mercado que informa a cena de uso é varejista; o crime é menos organizado e mais dinâmico e renovável do que se supõe; o Estado e as lideranças não estão propriamente ausentes, mas precisam objetivar-se de modo positivo. A única possibilidade de controle da oferta de crack é cortar a conexão entre o mercado varejista e os grandes fornecedores; a lavagem de dinheiro não é feita necessariamente em paraísos fiscais (com exceção de operações de enorme envergadura, raras no cotidiano), mas por dentro do próprio sistema financeiro nacional.

Na área da saúde, é preciso valorizar a pesquisa clínica, pois pouco se sabe ainda de como tratar de forma adequada usuários dependentes de crack, além de investir em serviços que façam a mediação entre as cenas de uso e a rede formal de assistência à saúde.



## Debate

O debate que se segue apresenta temas e questionamentos diversos: sobre as políticas de drogas e ações policiais, o tratamento judicial empregado em relação ao crack e o lugar do Poder Judiciário, o modelo proibicionista, entre outros. Abordou também a diferenciação de métodos e o tratamento de dados e questões nas diferentes modalidades de pesquisa, o acesso dos usuários aos serviços, acolhimento incondicional, diagnósticos estigmatizantes, os efeitos das drogas nas pessoas.



**Denise** (Rio de Janeiro)

Há muita interferência do Poder Judiciário, muitos leitos ocupados por meio de medidas judiciais. Isso seria um retorno aos processos de manicomialização? Na Atenção Básica, esses sujeitos são vistos como perigosos, e parece-me que esta insistência no tratamento judicial dessas questões amplia e reifica esse sentimento. Então, que cuidado queremos? Qual o lugar do Poder Judiciário em nosso trabalho?

**Flávia** (Rio de Janeiro)

O que é adesão? Quais as condições de acesso destas pessoas aos serviços? Será que nossos paradigmas de cuidado não terminam por fechar portas a esses usuários? Seria preciso observar, nessas equações, variáveis que se situam para além dos sujeitos, ou seja: se não há adesão, isso não significa simplesmente que os sujeitos não aderem, mas que pode haver algo de errado com nossas práticas. Que tal estudar os sujeitos que aderem? O que será que eles têm? Creio que precisamos investir em dinâmicas de acolhimento incondicional. Outra questão: a respeito das altas taxas de Transtorno de Personalidade Antissocial, o que isso produz em termos de estigma? Quais os efeitos desse diagnóstico para a clínica, e mesmo na vida dos sujeitos assim diagnosticados?

**Rita** (Rio de Janeiro)

Não podemos nunca esquecer as dinâmicas determinadas pelo modelo proibicionista no trato com as drogas. Que perspectivas temos hoje? Em que medida podemos construir formas de cuidado que apontem para outras direções? Será que temos algo que pudesse mediar a relação entre usuários e serviços, de modo que melhore a adesão? O que poderia ser feito? Existe algo sendo feito nesse sentido, aqui no Brasil? Outra questão: gostaria de ouvir do professor Kessler a respeito das mães do crack, dos bebês.

**Cláudia** (Rio de Janeiro)

Há práticas de uso de drogas que nos expulsam e convocam, tanto nas ruas quanto no ambiente privado. Eu sigo achando que

o consultório é um lugar importante para nossas reflexões, e acho que esse espaço permite avançar em alguns níveis diferenciados de reflexão. É preciso falar do uso, dos efeitos. No consultório ouvi: “Esta droga me faz parar de pensar”. Outra coisa que ouvi: “O crack me dá o gozo, sem que eu precise negociar com outra pessoa”. Essas dimensões nos convocam à reflexão. Como nos posicionamos diante disso?

### **Francisco Inácio Bastos** (Rio de Janeiro)

Os recortes e métodos das pesquisas epidemiológicas e qualitativas são distintos e complementares. De minha parte, mostrei dado sobre acesso a serviços de saúde por usuários de crack, que estão nas cenas de uso, e que é diferente do trazido pelo Félix Kessler sobre adesão. No caso dos dados apresentados por ele, trata-se de uma análise de pacientes que estão em atendimento em uma clínica. Uma pesquisa domiciliar, por exemplo, como as que são realizadas pelo Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) da Unifesp, nos trazem informações e dados que jamais poderão ser extrapolados para as modalidades de uso de drogas vigentes nas ditas crackolândias (e demais cenas de consumo de crack de menor porte), pois os fenômenos que têm lugar em cenas abertas, no tecido urbano, não podem ser apreendidos por meio de uma pesquisa domiciliar, que avalia populações domiciliadas ou que ao menos têm o domicílio como uma referência estável, em horários compatíveis com as normas éticas de tais pesquisas (por exemplo, se um dado indivíduo retorna à sua casa apenas de madrugada, ele, obviamente, não estará acessível em horário compatível com as visitas dos entrevistadores). No entanto, essa estratégia de pesquisa nos oferece dados que apenas dessa maneira poderiam ser apreendidos, por exemplo, em relação ao padrão de consumo de psicotrópicos ou álcool por idosos, que pouco se locomovem, portanto, apenas acessíveis em seus domicílios. Pesquisas que nos falam das dificuldades de acesso e de adesão nos põem diante de desafios imensos para os serviços (afinal, eles jamais serão capazes de proporcionar algo comparável ao imediatismo e intensidade proporcionados pela droga, ao menos na fase que Claude Olivenstein denominou, com propriedade, “a lua de mel

entre o usuário e a droga”). No entanto, creio que somos capazes (e não nos resta outra opção) de tornar os serviços mais atraentes e menos exigentes. Isso é fundamental para aproximarmos dos serviços os usuários que estão nas cenas de uso. Além disso, precisamos muito investir em serviços que estabeleçam e reforcem estas pontes entre as cenas de uso e as redes de cuidado.

### Félix Kessler (Porto Alegre)

A visão do psiquiatra é diferente da visão do pesquisador. Os dados são frios, e é importante que eles sejam assim, pois dessa forma eles podem nos trazer informações úteis para o trabalho clínico. Então, os dados são frios, mas o uso que fazemos deles, não. A respeito das comorbidades, eu diria que o Transtorno de Personalidade Antissocial emerge de problemas familiares e sociais. Os assim chamados “psicopatas” são, na verdade, muito mais “vítimas” do que “vilões”. Afinal, apenas 2% deles nascem assim, e os outros 98% desenvolvem este tipo de transtorno ao longo da vida, em função de negligência e/ou abuso emocionais. Ou seja: tal dado aponta para a importância da prevenção. Além disso, o que fazer nos casos em que este tipo de transtorno já se instalou? São pessoas que têm muito mais dificuldades quanto à vinculação. O que fazer? No Brasil, eu não conheço nenhum serviço que saiba. Nos EUA, há bons serviços, tanto abertos quanto fechados. Há serviços semelhantes a um Residencial Terapêutico, mas com muito mais estrutura, semelhantes a vilas, algo no meio do caminho entre o aberto e o fechado. Sobre os bebês, é importante que pensemos no tema da gestação entre mulheres em situação de rua: se elas já são, por si mesmas, gestações de risco, imagine então quando há o uso de crack por parte das mães. Depois que nascem, esses bebês são muito mais agitados do que os bebês de mães que não usaram crack durante a gestação, inclusive nos momentos de amamentação, o que contribui para que as mães, que muitas vezes já trazem consigo um sentimento de culpa, se sintam rejeitadas pelos filhos. É preciso investir nessas mães, contra as quais há muito ódio. É preciso educar a sociedade, e especialmente os profissionais de saúde, no sentido contrário.

**Christiane Sampaio** (Rio de Janeiro)

É preciso, sim, falar das políticas de drogas. Este debate vem ganhando força, mas simultaneamente a isto, as ações policiais se tornam ainda mais violentas. Sinceramente, eu não sei onde isso vai dar. Eu não vejo um sentimento de apoio à repressão, e muito menos práticas repressivas, pelos profissionais da Atenção Básica: vejo flexibilidade, carinho, atenção, complexidade. . . Parece-me um campo privilegiado, constituído por profissionais realmente diferenciados. Essa é a minha experiência. Quanto à adesão, acho que é importante que os serviços possam criar instrumentos para mensurar a qualidade da adesão e as razões que fazem com que ela aconteça ou não aconteça. Talvez estejamos perdendo uma oportunidade importante de construir conhecimento a respeito disso. Quanto à verbalização dos efeitos, é como se o crack produzisse uma espécie de embotamento que dificulta a descrição dos efeitos, a problematização. Mas isso é só no primeiro momento; quando ultrapassamos isso, coisas fantásticas emergem nos relatos. Coisas que podem nos ajudar a pensar sobre o tipo de abordagem, sobre os modos de organização dos serviços.

**Marise Ramôa** (Rio de Janeiro)

Precisamos nos aproximar de outros discursos, de outros campos de saber, de outros territórios de práticas institucionais. Precisamos nos aproximar, por exemplo, dos operadores do Direito, dos juízes, dos promotores públicos, pois isso pode permitir que eles também se aproximem dos nossos discursos, dos discursos e práticas da saúde, da saúde mental. Isso produz efeitos, desconstrói preconceitos. Eu já vi um segurança de Caps AD mudar sua visão, e também suas práticas para com usuários de drogas. Por outro lado, a Justiça também nos provoca muito, não é? Como pensar na direção do trabalho, a partir dessas inquietações?

O que pensar a respeito da direção do trabalho, quando lidamos com a descontinuidade inerente ao processo democrático? É difícil. . . Precisamos investir no vínculo com as comunidades, mesmo quando não temos a certeza se vamos continuar nos serviços, em função dos processos de precarização das relações de trabalho. E mesmo fora, temos de fiscalizar, de acompanhar.



## Rodas de Conversa

As rodas de conversa abordaram três eixos de discussão: os determinantes sociais e vulnerabilidades dos usuários de crack; a rede de cuidados aos usuários de crack e a abordagem da redução de danos.

As rodas suscitaram a participação dos presentes, a partir das seguintes questões disparadoras propostas pelos mediadores: 1) Quais os limites e possibilidades de acesso e adesão dos usuários de crack? 2) Experiências de redes de cuidados — estratégias e desafios.

O debate buscou compreensão acerca da expressão *determinantes sociais* e trouxe algumas questões como: os determinantes sociais apontam para as relações entre os processos macropolíticos e macroeconômicos na vida cotidiana dos sujeitos, para nossas escolhas enquanto sociedade. São questões atinentes à coletividade, à nossa vida em sociedade; o ponto comum que leva as pessoas a algo. Aquilo que determina, que faz acontecer. Tudo o que aumenta o risco, o que contribui para as condições de emergência de determinados processos, para fazer emergir. O que expõe a riscos e vulnerabilidades, o que fragiliza.

Importante salientar: os “determinantes” não podem ser confundidos com “determinismos” e não é um sinônimo de “questões sociais”. Refere-se a políticas de Estado e de governo; ao planejamento urbano, ao modelo de desenvolvimento econômico que pode implicar falta de oportunidades, desemprego, especulação imobiliária e processos de gentrificação.<sup>4</sup>

Os determinantes sociais estão referidos às questões macroeconômicas, relacionadas ao espírito de competitividade impresso pelo capitalismo contemporâneo, com as frustrações que se expressam na experiência pessoal diante desses processos. A terceira revolução

<sup>4</sup> Processos de transformação do espaço urbano que ocorrem, geralmente com apoio governamental, que revitalizam a área e atraem investimentos e moradores de poder aquisitivo mais alto, implicando a retirada de moradias que pertencem às classes sociais menos favorecidas.

industrial e seus processos de automação, precarização e flexibilização das relações de trabalho. As políticas internacionais sobre drogas, com o controle de precursores químicos para produção de cocaína, relacionam-se ao surgimento do crack como mercadoria.

Os determinantes sociais expressam a história coletiva de um povo, nas histórias pessoais dos sujeitos — histórias de vidas marcadas pela classe social, escolaridade, desavenças familiares; questões de gênero, raça, geração, orientação sexual, escolaridade, opção religiosa; diminuição dos repertórios de escolha; acesso às políticas públicas; ausência do Estado de políticas socioassistenciais e presença forte do Estado nas políticas de segurança pública.

As vulnerabilidades dos usuários e usuárias de crack abarcam, segundo os participantes, um leque abrangente de questões localizadas no nível da macropolítica e da micropolítica, compreendendo desde a política proibicionista de drogas, choque de ordem; disputas entre facções rivais de traficantes; a especulação imobiliária e processos de gentrificação; violação de direitos; silenciamento e assujeitamento dos usuários de crack; criminalização dos usuários de crack; discurso midiático em torno do uso de crack; produção imagética do zumbi, na mídia e nas campanhas de prevenção; furor eleitoral; homogeneização e desprezo à diversidade de usos e usuários; preconceito da população, dos gestores e dos trabalhadores de saúde; estigmatização. Além da ausência e/ou desarticulação de políticas dirigidas a usuários de drogas; desprezo à integralidade; dificuldade de acesso à saúde, educação, lazer e cultura; glamourização do crack, apresentado como grande problema das pessoas que o usam, com consequente assujeitamento dos usuários; diminuição do repertório sociocultural dos usuários de crack; noção de “dependência química” que prevê equivocadamente a anulação dos sujeitos diante da droga; doenças como sífilis, aids, hepatites e tuberculose; higienismo; alta exigência sobre os usuários, pelos serviços de saúde; excessiva individualização, expressa na culpabilização dos usuários de crack.

## **Luiza**

Rede de cuidados: montar rede de apoio — ajudar o usuário a se encontrar no mundo. No mestrado pretende pesquisar intervenção breve para os usuários.

### **Zilma**

Rede de Cuidados: para além dos serviços existentes. População de rua que perdeu vínculos familiares. Buscar outras possibilidades — rede de amizades, relação com a comunidade.

### **Jorgina (Maceió)**

As melhores experiências são quando se amplia a rede. Ponte entre serviço e território. Articular diferentes dispositivos. Exemplo: o caso em que a equipe do Consultório de Rua acionou apoio de um centro de candomblé para acolher adolescente em situação de vulnerabilidade (abuso sexual, moradora de rua, violência física).

### **Mirna (Rio de Janeiro)**

Como mapear essas redes?

### **Jorgina (Maceió)**

A partir do usuário, o que ele já tem, o que reconhece como apoio. Dispositivos também são mapeados no campo de prática. E quando a Atenção Básica não dá conta? É complicado porque a rede com outros níveis de atenção muitas vezes depende de vínculos pessoais.

### **Ana Cristina**

De que rede estamos falando? Rede de cuidados é diferente de Rede de serviços. A questão do limite de adesão tem relação com o quadro do uso; a não adesão faz parte do movimento do usuário. Não podemos colocar expectativas nossas do que é melhor para o usuário; devemos fazer apostas.

### **Ana**

Como construir uma rede viva; devemos cutucar a gestão. Rede de serviços. Conhecer a proposta da rede. Sociedade conhece o que tem de oferta? Conhece pouco da nossa lógica de cuidado.

### **Bárbara**

Em sua experiência, vê serviços montados mas com carência de profissionais e de propostas. As redes de cuidado estão muito

distantes umas das outras. As redes de serviços não dão conta. A proposta do novo Degease<sup>5</sup> não é conhecida pela sociedade. O mesmo conta com boas propostas de oferta de cuidados.

### **Miriam** (Rio de Janeiro)

Considerar a rede das pessoas que estão na rua, entre os usuários. Essa rede pode ser trabalhada enquanto rede social.

### **Jorgina** (Maceió)

Existem vínculos e redes construídos entre usuários, com quem eles se identificam e confiam. Há usuários que pedem ajuda aos redutores de danos para outros usuários. Caso: “Casa da Noia” — proposta de levar jogos e cartazes educativos para casa que é ponto de encontro para uso de drogas.

### **Alda** (Rio de Janeiro)

Redes técnicas *vs.* Redes de apoio dos usuários. Usuários constroem essas redes como estratégias de sobrevivência. Pensar o que pode ser feito no Rio a partir de experiências relatadas de outros lugares. Pesquisa Fiocruz: mapear redes dos usuários; redes de solidariedade. Como estabelecer longitudinalidade do cuidado. Construir propostas mais sólidas.

### **Ingrid**

Questão da não adesão. Levar em conta o sujeito que recusa o tratamento. A singularidade; a relação de cada um com a substância.

### **Lídia**

Rede de cuidados. Qual o posicionamento em relação ao “Recolhimento compulsório” da Assistência Social?

### **Mirna** (Rio de Janeiro)

A Saúde não pactua com a proposta da Assistência Social. São políticas distintas, o que atrapalha a atuação da saúde.

<sup>5</sup> Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) é um órgão do Governo do estado do Rio de Janeiro, que executa as medidas judiciais aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei.



### **Bárbara**

Na cidade do interior de Minas Gerais os profissionais não são capacitados para a realidade do crack, que chegou devastando. Como promover uma mudança de diretriz no tratamento?

### **Participante não identificado**

Não somos contrários à abstinência; ela só não pode ser a única possibilidade no tratamento.

### **Vivian**

A política da Assistência Social também é contrária ao Recolhimento Compulsório que está sendo realizado pela própria Secretaria. Houve uma pactuação da Saúde e Assistência Social contrária a essa política, em janeiro desse ano, que não foi respeitada.

### **Participante não identificado**

A política da Assistência Social do Rio não tem a mesma diretriz que o Suas. A atual gestão na prefeitura faz um atravessamento — relacionado ao contexto atual da cidade (Copa e Olimpíadas). Essa política de recolhimento foi pactuada com a Vara da Infância e Juventude para o ajustamento de conduta.

### **Alda (Rio de Janeiro)**

Estamos em uma luta contra-hegemônica.

### **Graciela**

O Movimento Nacional de População de Rua está muito fortalecido. Apoiado pelo Ministério Público, conseguiu fazer com que o prefeito assinasse a política, desde que excluísse o item referente ao controle social. Importância de contribuir com os movimentos sociais; nossa participação enquanto potência organizadora dos movimentos.

### **Ana Cristina**

A Rede de Cuidados depende do trabalho dos profissionais. Ter o serviço Caps por si só não significa nada, a questão é ter pessoas mobilizadas com a construção de redes de cuidados. A

lógica do “isso não é meu” (encaminhamento) mostra como a rede não funciona.

### **Jorgina (Maceió)**

Em Maceió a prefeitura quis copiar o modelo de recolhimento do Rio. O Ministério Público solicitou ao Consultório de Rua uma lista de usuários para determinar internação compulsória. Em Maceió os movimentos populares são fracos. A política de Redução de Danos partiu da Secretaria, não existiam movimentos organizados ou ONGs que pensassem a Redução de Danos.

### **Participante não identificado**

Como dar visibilidade a essas discussões? Precisamos definir diretrizes ao final desse encontro e pensar em articulações de rede.

### **Alda (Rio de Janeiro)**

Para a reinserção dos usuários na sociedade, o que podemos ofertar de verdade? Todos queremos alguma coisa em troca; estamos em uma sociedade de trocas. O que a sociedade tem para ofertar? Só a Saúde não dá conta; deve ser intersetorial.

### **Participante não identificado**

Há redes funcionais e redes não funcionais — que mantêm vínculos familiares ou não.

### **Alda (Rio de Janeiro)**

Há Rede de apoio e Rede Social. Nem toda Rede é boa; algumas precisam ser desconstruídas.

### **Ana Cristina**

A classificação em redes funcionais e redes não funcionais limita a oferta de cuidados para usuários que construíram outras famílias na rua.

### **Jorgina (Maceió)**

O contexto de Maceió mostra a cidade como a mais violenta do Brasil. É feita revista na entrada do Caps AD e trabalham na lógica da abstinência.

**Alda** (Rio de Janeiro)

Uma palestra do Luiz Eduardo Soares — “Drogas, políticas públicas e saúde” — aborda várias dessas questões e está disponível no *site* da Ensp.

**Lídia**

As práticas, as redes, os profissionais são formados em outra lógica. Como capacitar a rede?

**Graciela**

A capacitação que grande parte recebeu foi da área da Saúde Mental.

**Mirna** (Rio de Janeiro)

São importantes os espaços de Educação Permanente na rede.

**Alda** (Rio de Janeiro)

Qualificação formal e qualificação no cotidiano implicam mudanças no nível da macropolítica e da micropolítica.

O grupo definiu os seguintes encaminhamentos:

- ◆ encontros para ampliar as redes de cuidado;
- ◆ trocas de experiências de diferentes locais;
- ◆ fóruns;
- ◆ ocupação de espaços.
- ◆ criar espaços virtuais de encontros (*blog*);
- ◆ fortalecer movimentos sociais;
- ◆ divulgação de material;
- ◆ estimular a intersetorialidade;
- ◆ olhar e dar lugar aos vários lados da rede.



## Bibliografia Referenciada

- Alcoólicos Anônimos. *Alcoólicos Anônimos: a história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*. São Paulo: Junaab, 1994.
- . Os doze passos e as doze tradições. São Paulo: JUNAAB, 1995.
- Amaral, A. L. Pertencimento, in *Dicionário de direitos humanos*. <[www.esmpu.gov.br/dicionario](http://www.esmpu.gov.br/dicionario)>; acesso em 31-3-2013.
- Andrade, T. M, Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 16, n.º 12, 2011, pp. 4665-74.
- Ayres, J. R. C. M. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Programa de DST/Aids. *Bol Epidemiol.*, vol. 15, n.º 3, pp. 2-4, 1997.
- Baudelaire, Charles. *Paraísos artificiais: o ópio e poema do haxixe*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1998.
- Bauman, Z. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- Bertolozzi, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*, vol. 43 (Esp 2), pp. 1326-30 <[www.ee.usp.br/reecusp/2009](http://www.ee.usp.br/reecusp/2009)>.
- Berridge, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards, G. & Lader, M. (orgs.). *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, pp. 13-33.
- Biehl, J. Antropologia do devir: psicofármacos-abandono social-desejo. *Revista de Antropologia*, vol. 51, n.º 2, pp. 413-49, 2008.

- Boiteux, L. *Tráfico de drogas e constituição (relatório de pesquisa)*. Série Pensando o Direito, n.º 1. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Direito (UFRJ); Brasília: Faculdade de Direito (UNB), 2009.
- Brasil. Decreto-Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm)>; acessado em 17-8-2010, 1938.
- . Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm)>; acessado em 17-8-2010, 1976.
- . Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.º 28, vol. I. Brasília, 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- . Ministério da Saúde. *Consultórios de Rua do SUS*. MS/EPSJV-Fiocruz. Brasília, 2010.
- . Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- . Ministério da Saúde. *Saúde Mental*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n.º 34, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada: equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008c. 60 pp. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clíni-

- ca ampliada e compartilhada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de Produção de Saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
  - . Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2.<sup>a</sup> ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 64 pp. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
  - . Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.190/GM de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (Pead 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
  - . Ministério da Saúde. I Oficina Nacional dos projetos de consultórios de rua. *Normas gerais para o funcionamento: esboço de um protocolo de funcionamento*. Brasília: SAS/Dape/MS, 2010.
  - . Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Presidencial n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1, 24-12-2009.
  - . Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Presidencial n.º 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.
  - . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2.º Censo da População em Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte: meta 10 — realização de ações de atendimento socioassistencial, de

- inclusão produtiva e capacitação para população de rua. Belo Horizonte: MDS, 2006.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf)>; acesso em jan. 2012.
- Bucher, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Campos, G. W. S. Paideia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, vol. 10, n.º 2, pp. 7-14, Londrina, 2003.
- . *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Carlini-Cotrim, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: Aquino, J. G. (org.). *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998, pp. 19-30.
- Carvalho, S. *A política criminal de drogas no Brasil (estudo criminológico e dogmático)*. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2007.
- Castel, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, A. (org.). *Saudeloucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- . *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- Costa, J. F. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- Cruz, M. S. & Barbeito, M. M. Estratégias de redução de danos e assistência comunitária à saúde: uma integração necessária. In: *Encaminhamentos de pessoas dependentes de substâncias psicoativas*, vol. 5. Brasília: Senad, 2006.
- Cunha, G. T. & Dantas, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos balint-paideia. In: Campos, G. W. S. & Guerrero, A. V. P. (org.). *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010, pp. 34-60.



- De Leon, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Escotado, A. *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama, 2005.
- . *O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios*. São Paulo: Dynamis, 1997.
- Fiore, M. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado das Letras, 2007.
- Fipe. *Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Assistência Social (SAS)/Fundação e Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). São Paulo, 2000.
- Fonseca, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, vol. 1, n.º 1, pp. 11-36, 2012.
- Foucault, M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- . *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- Franco, T. B. *Integralidade na assistência à saúde: organização das linhas de cuidado*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Giddens, A. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Ed. Unesp, 1997.
- Guattari, F. & Rolnik, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- Iulianelli, J. A. S. Maconha que se planta no Norte, Nordeste e Centro-Oeste: breve análise do conjunto de notícias sobre plantio de maconha no Brasil, veiculadas pelo boletim virtual Drogas e violência no Campo entre abril de 2005 e maio de 2007. *Boletim virtual Drogas e Violência no Campo*, ano 3, n.º 7, 2007. Disponível em <[http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod\\_artigo=174](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=174)>; acessado em 24-9-2013.
- Jelsma, M. Las políticas de drogas de Naciones Unidas: una visión crítica. In: Touzé, G. D. (org.). *Visiones y actores del debate: III y IV Conferencia Nacional de Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2008, pp. 267-82.
- Jones, M. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

- Jorge, J. S. & Brêda, M. Z. Consultório de rua: novo espaço, novo dispositivo, inovadora forma de cuidado. In: Soares, H. & Bueno, S. M. V. *Saúde mental: novas perspectivas*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011, pp. 77-86.
- Jorge, J. S. & Corradi-Webster, C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Revista Saúde e Transformação Social*, Florianópolis, vol. 3, n.º 1, pp. 39-48, 2012.
- Lancetti, A. *Clínica peripatética*. 4.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- Lurie, Peter. Quando a ciência e a política colidem: a resposta do Governo Federal dos EUA aos Programas de Troca de Seringas. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, 1998, pp. 73-86.
- Malfitano, A. P. S. Juventudes e contemporaneidade: entre a autonomia e a tutela, *Etnográfica* [on-line], vol. 15, n.º 3, 2011, posto on-line no dia 23-10-2011, consultado no dia 11-10-2012. URL <[http:// etnografica.revues.org/1060](http://etnografica.revues.org/1060); DOI: 10.4000/etnografica.1060
- Medeiros, P. F. & Albuquerque, R. C. Modelo de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas da cidade do Recife: diretrizes em discussão. In: Uchoa, R. *Ensaios sobre drogas: necessidades humanas e políticas públicas*. Série Extensão, vol. 12. Recife: Editora Universitária, UFPE, 2011.
- Mello, A. & Andrade, T. Redução de danos: princípios e práticas. In: Pinheiro, R.; Silveira, C. & Guerra, E. (orgs.). *Drogas e aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: Fhemig/Centro Mineiro de Toxicomania, 2001, pp. 37-53.
- Merhy, E. E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. *Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira*, Campinas, 1998.
- Merhy, E. E. & Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, pp. 71-112.

- Mesquita, Fábio. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis — polêmica nacional. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, 1998, pp. 101-12.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- Mourão, C. Enkrateia toxicon: o “combate às drogas” e a regulação dos prazeres. In: *Estudos e pesquisas em psicologia*, ano 2, n.º 1. Rio de Janeiro: Uerj, 2002, pp. 89-102.
- Muñoz-Sanches, A. I. & Bertolozzi, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Cienc Saúde Coletiva*, vol. 12, n.º 2, pp. 319-24, 2007.
- Oliveira, M. G. P. N. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. Mestrado. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2009.
- Organización de las Naciones Unidas. *Declaración conjunta: centros de detención e rehabilitación obligatorios relacionados com las drogas*. ONU, 2012.
- Pequeno, M. J. P. O sujeito dos direitos humanos. In: Pequeno, M.; Guerra, L. F. & Zenaide, M. N. (orgs.). *Direitos humanos na educação superior: subsídios para a Educação em Direitos Humanos na Filosofia*. João Pessoa: Editora da UFPB, vol. 1, pp. 153-67, 2011.
- Pessotti, Isaias. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- Prefeitura do Recife. *Atlas do desenvolvimento humano no Recife (atlas municipal)*. Prefeitura do Recife/Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (Pnud)/Ministério da Integração Nacional/Fundação João Pinheiro 2010. Disponível em <<http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/aspectos-gerais>>; acessado em 6-9-2012.
- Rago, L. M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Ramôa, M. *O grupo de autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental*. Mestrado. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, PUC-Rio, 1999.

- Ramôa, M. *A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto Caps AD*. Doutorado. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, PUC-Rio, 2005.
- Robinson, R. *O grande livro da cannabis*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- Santos, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2002.
- Santos, M. & Silveira, M. L. (orgs.). *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1997.
- Saraceno, B. *Libertando identidades*. Rio de Janeiro: Te Corá/IFB, 1999.
- Silveira, D. X. & Moreira, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: Silveira D. X. Moreira, F. G. (orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- Unodc. *Single Convention on Narcotic Drugs (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)*. Disponível em <[http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)>; acessado em 21-8-2010, 1961.
- Verster, Annette. Os programas de troca de seringas em Amsterdam. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, pp. 115-24.
- Vidal, S. Da diamba à maconha: usos e abusos da *Cannabis sativa* e da sua proibição no Brasil. *Boletim Virtual Drogas e Violência no Campo*, ano 4, n.º 11, 2008. Disponível em <[http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod\\_artigo=304](http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=304)>; acessado em 17-8-2010.
- Whitaker, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Mutações Sociais*, ano 2, n.º 3, Rio de Janeiro: Cedac, 1993.

## Os organizadores



### **Mirna Teixeira**

Psicóloga-sanitarista. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Analista de Gestão em Saúde da Ensp/Fiocruz. Apoiadora institucional da Equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, Rio de Janeiro de setembro de 2011 a maio de 2013. Email: <mirnateixeira@fiocruz.br> ou <mirna.teixeira@gmail.com>.

### **Zilma Fonseca**

Psicóloga e sanitarista. Mestre em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/Fiocruz. Consultora no campo da redução de danos, na área de drogas e aids, junto a populações socialmente vulneráveis. Ex-assessora do Programa Teias-Escola Manguinhos, vinculado à Ensp/Fiocruz. Atualmente, assessora da Vice-Direção de Pesquisa da EPSJV/Fiocruz.

## Os autores



### **Alba Zaluar**

Cientista social, doutora em Antropologia pela USP, professora livre-docente pela Unicamp, professora titular de Antropologia

pela Uerj, professora visitante no Iesp/Uerj, bolsista 1A do CNPq, coordenadora do Nupevi/Iesp/Uerj.

**Alexandre Teixeira Trino**

Odontólogo-sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva. Coordenador adjunto de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Email: <alexandre.trino@saude.gov.br> ou <alextrino@hotmail.com>.

**Anderson Araújo**

Agente social da Equipe de Consultorio na Rua de Manginhos, Rio de Janeiro.

**Carla Lima**

Assistente social da Equipe de Consultorio na Rua de Manginhos, Rio de Janeiro.

**Christiane Sampaio**

Psicóloga, sanitarista. Mestre em Educação. Equipe Consultório na Rua de Manginhos. Assessora de Álcool e Drogas da Superintendência de Saúde Mental, Secretária Municipal de Saúde. Email: <chrisampayo@gmail.com>.

**Cláudia Gomes de Paula e Silva**

Psicóloga, mestre em Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Equipe Saúde e Movimento nas Ruas da CAP 1.0, Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro/SMS-RJ. E-mail: <claudia1964.paula@gmail.com>.

**Daniel de Souza**

Articulador do Consultorio na Rua do Jacarezinho, Rio de Janeiro. Ator, Redutor de Danos e Oficineiro do Caps AD Raul Seixas. Coordenador do RAP da Saude (Rede de Adolescentes e Jovens Promotores de Saúde). Email: <danieldesouza.dos@gmail.com>.

**Daniele Lopes**

Técnica de Enfermagem da Equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, Rio de Janeiro.

**Danielle C. Vallim**

Cientista social. Mestre em Ciência Política. Doutoranda em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade Estado do Rio de Janeiro/Uerj.

**Dênis Roberto da Silva Petuco**

Redutor de danos e cientista social, Mestre em Educação, doutorando em Ciências Sociais. Professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). E-mail: <denis.petuco@fiocruz.br>.

**Elyne Engstrom**

Médica. Doutora em Saúde Pública. Coordenadora do Programa Teias-Escola Manguinhos no período de dezembro de 2009 a maio de 2013. Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz. Email: <engstrom@ensp.fiocruz.br>.

**Felix Henrique Paim Kessler**

Psiquiatra, PhD, professor do Departamento de Psiquiatria da UFRGS, vice-diretor do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Francisco Inacio Bastos**

Médico, com residência em psiquiatria, doutor em saúde pública. Pesquisador titular do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz). E-mail: <francisco.inacio@icict.fiocruz.br>.

**Genivaldo Francisco**

Arte educador e agente redutor de Danos. Coordenador do Consultório de Rua do Recife e do Projeto Fábrica da Prefeitura do Recife.

**Isabel Munaretti**

Médica da Equipe de Saude da Família (ESF) Sem Domicílio, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

**Jorgina Sales Jorge**

Enfermeira e redutora de danos, especialista em Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas Psicoativas (Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP), Especialista em Enfermagem em Urgências e Emergências (Universidade de Santo Amaro), Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. Coordenadora das equipes de Consultório na Rua de Maceió/Secretaria Municipal de Saúde. Professora da Escola de Enfermagem e Farmácia/Universidade Federal de Alagoas. E-mail: <jorginajorge@hotmail.com>.

**José Dellaney Lima**

Dentista da Equipe de Consultorio na Rua de Manguinhos, Rio de Janeiro.

**Luciana Espíndola**

Assistente social e técnica de referência do Consultorio de Rua de Recife.

**Marcelo Pedra Martins Machado**

Psicólogo sanitarista (Ensp/Fiocruz), Especialista em Arte & Cultura na Saúde (IOC/Fiocruz), especialista em apoio em saúde (Unicamp). Consultor técnico & apoiador institucional do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Email: <marcelo.pedra@saude.gov.br> ou <marcelopedra@bol.com.br>.

**Marcelo Soares**

Enfermeiro da Equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, Rio de Janeiro.

**Marise Ramôa**

Doutora em Psicologia Clínica. Diretora do Caps AD Mané Garrincha, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.



**Rejane Mello**

Agente social da Equipe de Consultório na Rua de Mangueiros, Rio de Janeiro.

**Roberta Dorvillé Moreira**

Psicóloga da equipe de Consultório na Rua de Maceió/Secretaria Municipal de Saúde, especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de Alagoas. E-mail: <robertadorville@gmail.com>.

**Rodrigo Silva Simas**

Psicólogo da equipe de consultório na rua DO Jacarezinho, Rio de Janeiro no período 2011/2012. Atualmente coordenador técnico Caps AD III Miriam Makeba da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

**Rosana Ballesterro Rodrigues**

Psicóloga, especialista em Apoio em Saúde. Analista em Atenção Primária em Saúde do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Email: <rosana.rodrigues@saude.gov.br> ou <rosana.ballesterro@gmail.com>.

**Valeska Antunes**

Médica da Equipe de Consultório na Rua de Mangueiros, Rio de Janeiro.

**Vera Lucia Martinez Manchini**

Médica, especialista em Gestão Pública, assistente técnica dos Consultórios na Rua na Coordenação da Atenção Básica do município de São Paulo. E-mail: <vmanchini@prefeitura.sp.gov.br>.

**Wagner Mendonça**

Agente social da Equipe de Consultório na Rua de Mangueiros, Rio de Janeiro.



TÍTULOS PUBLICADOS NA COLEÇÃO “SAÚDE EM DEBATE” ATÉ DEZEMBRO DE 2012

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello  
*Ensaio Médico-Sociais*, Samuel Pessoa  
*Medicina e Política*, Giovanni Berlinguer  
*O Sistema de Saúde em Crise*, Carlos Gentile de Mello  
*Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula  
*Saúde nas Fábricas*, Giovanni Berlinguer  
*Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente*, Laura Conti  
*Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde*, Ivar Oddone et al  
*Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru*, David Capistrano Filho (org.)  
*Os Médicos e a Política de Saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Desigualdade*, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan  
*Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*, Carlos Augusto Monteiro  
*Saúde do Trabalhador*, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho  
*A Doença*, Giovanni Berlinguer  
*Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Educação Popular nos Serviços de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Processo de Produção e Saúde*, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega  
*Trabalho em Turnos e Noturno*, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer  
*Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública)*, Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi & Ubiratan de Paula Santos  
*A Saúde das Cidades*, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida  
*Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social*, Cristina Possas  
*Saúde Não se Dá, Conquista-se*, Demócrito Moura  
*Planejamento sem Normas*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes  
*Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*, Cristina Possas  
*Tópicos de Saúde do Trabalhador*, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colacioppo  
*Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais*, Joan-Ramon Laporte et al.  
*Educação Médica e Capitalismo*, Lília Blima Schraiber  
*Saúde Loucura 1*, Antonio Lancetti et al.  
*Desinstitucionalização*, Franco Rotelli et al.  
*Programação em Saúde Hoje*, Lília Blima Schraiber (org.)  
*Saúde Loucura 2*, Félix Guatarrí, Gilles Deleuze et al.  
*Epidemiologia: Teoria e Objeto*, Dina Czeresnia Costa (org.)  
*Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*, John Snow  
*Hospital, Dor e Morte Como Ofício*, Ana Pitta  
*A Multiplicação Dramática*, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky  
*Cinco Lições Sobre a Transferência*, Gregorio Baremlitt  
*A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Saúde Infantil*, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora  
*Juqueri, o Espinho Adormecido*, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel  
*O Marketing da Fertilidade*, Yvan Wolffers et al.  
*Lacantroças*, Gregorio Baremlitt  
*Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital?* Lea Beatriz Teixeira Soares  
*Mimbas Pulgas*, Giovanni Berlinguer  
*Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços*, Nelsina Mello de Oliveira Dias  
*Epidemiologia — Economia, Política e Saúde*, Jaime Breilh  
*O Desafio do Conhecimento*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*Saúde Loucura 3*, Herbert Daniel et al.  
*Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Maria do Carmo Leal et al.  
*Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde*, Emanuel de Kadt & Renato Tasca  
*A Saúde Pública Como Política*, Emerson Elias Merhy  
*Sistema Único de Saúde*, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos  
*Reforma da Reforma*, Gastão Wagner S. Campos  
*O Município e a Saúde*, Luiza S. Heimann et al.  
*Epidemiologia Para Municípios*, J. P. Vaughan  
*Distrito Sanitário*, Eugênio Vilaça Mendes  
*Psicologia e Saúde*, Florianita Braga Campos (org.)  
*Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde*, Giovanni Berlinguer

*Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, Maria E. X. Kalil (org.)  
*Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical*, Franca Ongaro Basaglia  
*Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico*, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarrodo  
*O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*, Lília Blima Schraiber  
*O Limite da Exclusão Social. Memórias e Meninas de Rua no Brasil*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus*, Neiry Primo Alessi et al.  
*Ruído: Riscos e Prevenção*, Ubiratan de Paula Santos (org.)  
*Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes  
*Saúde Loucura 4*, Gregorio Barenblitt et al  
*Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*, Paulo Capel Narvai  
*Manual de Saúde Mental*, Benedetto Saraceno et al.  
*Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida*, Maria Inês Nogueira  
*Saber Preparar Uma Pesquisa*, André-Pierre Contandriopoulos et al.  
*Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Mario Testa  
*Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*, Sueli G. Dallari  
*Inventando a Mudança na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al.  
*Uma História da Saúde Pública*, George Rosen  
*Drogas e Aids*, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos  
*Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves  
*Epidemiologia e Emancipação*, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres  
*Razão e Planejamento*, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy  
*Os Muitos Brasís: Saúde e População na Década de 80*, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)  
*Da Saúde e das Cidades*, David Capistrano Filho  
*Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra  
*Aids: Ética, Medicina e Tecnologia*, Dina Czeresnia et al.  
*Aids: Pesquisa Social e Educação*, Dina Czeresnia et al.  
*Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte*, Ana Cristina d'Andretta Tanaka  
*Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)  
*Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha*, Maria da Penha C. Vasconcellos (coord.)  
*Medicamentos, Drogas e Saúde*, E. A. Carlini  
*Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez  
*Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde?* José Augusto Cabral de Barros  
*Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, Regina Giffoni Marsiglia  
*Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*, Carlos Augusto Monteiro (org.)  
*Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*, Ana Maria Canesqui  
*O "Mito" da Atividade Física e Saúde*, Yara Maria de Carvalho  
*Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios*, Aurea M. da Rocha Pitta  
*Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão*, Maria Lúcia Magalhães Bosi  
*Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptistela Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)  
*Nutrição, Trabalho e Sociedade*, Solange Veloso Viana  
*Uma Agenda para a Saúde*, Eugênio Vilaça Mendes  
*A Construção da Política Nacional de Medicamentos*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)  
*Ética da Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde*, Sílvio Fernandes da Silva  
*Reabilitação Psicossocial no Brasil*, Ana Pitta (org.)  
*Saúde Loucura 5*, Gregorio Barenblitt (org.)  
*Saúde Loucura 6*, Eduardo Passos Guimarães (org.)  
*Assistência Social e Cidadania*, Antonio Lancetti (org.)  
*Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia*, José Ricardo de Mesquita Aires  
*Ciências Sociais e Saúde*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Agir em Saúde*, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)  
*Contra a Maré à Beira-Mar*, Florianita Braga Campos & Cláudio Maiero-vitch  
*Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial*, Ana Marta Lobosque  
*Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva*, Aluísio G. da Silva Junior  
*Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social*, Nilson do Rosário Costa  
*A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*, Gilberto Hochman  
*O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*, Ines Lessa (org.)  
*Malária e Seu Controle*, Rita Barradas Barata

*O Dengue no Espaço Habitado*, Maria Rita de Camargo Donalísio  
*A Organização da Saúde no Nível Local*, Eugênio Vilaça Mendes (org.)  
*Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco*, Alice Itani  
*Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*, Laura Feuerwerker  
*A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo*, Luis Jacintho da Silva  
*Malária em São Paulo: Epidemiologia e História*, Marina Ruiz de Matos  
*Civilização e Doença*, Henry Sigerist  
*Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)  
*A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho*, Eleonora Menicucci de Oliveira  
*Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, Loren Galvão & Juan Díaz (orgs.)  
*A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 “Um Olhar Analítico” — Tomo 2 “As Vozes dos Protagonistas”*, Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)  
*Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde*, Ediná Alves Costa  
*Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento*, Everardo Duarte Nunes  
*Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*A Ciência da Saúde*, Naomar de Almeida Filho  
*A Educação do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril*, José Carlos “Cacau” Lopes  
*Da Arte Dentária*, Carlos Botazzo  
*Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó*, Aparecida Linhares Pimenta (org.)  
*Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas*, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel  
*Saúde Loucura 7*, Antonio Lancetti (org.)  
*Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil*, José Serra  
*SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
*A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)  
*Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas*, Silvio Fernandes da Silva  
*A Cor-Agem do PSF*, Maria Fátima de Souza  
*Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*, Maria Fátima de Souza  
*A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)  
*Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*, Emerson Elias Merhy  
*Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados*, Laura Feuerwerker  
*Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas*, Jadete Barbosa Lampert  
*Os Sinais Vermelhos do PSF*, Maria Fátima de Sousa (org.)  
*O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica*, Rosana Onocko Campos  
*Saúde Paidéia*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica*, Kenneth R. de Camargo Jr.  
*Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas*, Marcos Drumond Júnior  
*A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*, Arthur Hyppólito de Moura  
*Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica*, Djalma Agripino de Melo Filho  
*O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*, Emerson Elias Merhy et al.  
*Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica*, Madel T. Luz  
*Acolher Chapecó: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho*, Túlio Batista Franco et al.  
*Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*, João José Neves Marins  
*Proteção Social. Dilemas e Desafios*, Ana Luíza d’Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)  
*O Público e o Privado na Saúde*, Luíza Sterman Heilmann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)  
*O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade*, Maria Solange Gomes Dellaroza & Marli Terezinha Oliveira Vanucchi (orgs.)  
*A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*, Gustavo Tenório Cunha  
*Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*, Sérgio Resende Carvalho  
*Saúde e Desenvolvimento Local*, Marco Akerman  
*Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro*, Maria Maeno & José Carlos do Carmo  
*A Espiritualidade do Trabalho em Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)  
*Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva*, Rogério Carvalho Santos  
*As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura*, Marilene Cabral do Nascimento  
*Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon  
*Tratado de Saúde Coletiva*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman,

Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)  
*Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática*, Paulo Rosenbaum  
*A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
*Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas*, Ana Luísa Zaniboni Gomes  
*SUS: Resignificando a Promoção da Saúde*, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)  
*SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública*, Vânia Barbosa do Nascimento  
*Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre...*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral*, Anamaria Cavalcante Silva  
*A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde*, Nelson Filice de Barros  
*O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde*, Gustavo Nunes de Oliveira  
*As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP*, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)  
*Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP*, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)  
*O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise*, Lília Blima Schraiber  
*Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde*, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luísa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)  
*Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações*, Sandra Abrahão Chaim Salles  
*Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero (orgs.)  
*Saúde Comunitária: Pensar e Fazer*, Cezar Wagner de Lima Góis  
*Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade*, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides  
*Saúde, Desenvolvimento e Território*, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)  
*Educação e Saúde*, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)  
*Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS*, Solange L'Abbate  
*Infância e Saúde: Perspectivas Históricas*, André Mota e Lília Blima Schraiber (orgs.)  
*Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)  
*Medicina e Sociedade*, Cecília Donnangelo  
*Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva*, Eduardo L. Menéndez  
*Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira  
*A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família*, Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)  
*Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS*, Charles D. Tesser (org.)  
*Saúde e História*, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria  
*Violência e Juventude*, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski  
*Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Silvia Bastos (orgs.)  
*Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)  
*Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bábia) 1997-2008*, Jorge José Santos Pereira Solla  
*Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde*, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos  
*Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares*, Marcelo Castellanos  
*Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana*, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena  
*Política e Gestão Pública em Saúde*, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)  
*Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência*, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)  
*O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções*, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)  
*Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde*, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)  
*Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família*, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind  
*Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS*, Maria Lucia Frizon Rizzotto  
*Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência*, Silmara Conchão

*Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação*, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)  
*Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática*, Maria Inês Nogueira  
*Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica*, Raimunda Magalhães da Silva, Luíza Jane Eyre  
de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)  
*Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde*, Nelson Filice de Barros (org.)  
*Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado*,  
Áquilas Mendes  
*A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde*, Georges Maguerez

SÉRIE “LINHA DE FRENTE”

*Ciências Sociais e Saúde no Brasil*, Ana Maria Canesqui  
*Avaliação Econômica em Saúde*, Leila Sancho  
*Promoção da Saúde e Gestão Local*, Juan Carlos Anciros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)  
*Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento*, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros  
*Clínica e a Atenção Básica: o Desafio da Ampliação*, Rubens Bedrikow & Gastão Wagner de Sousa Campos









## **Organizadoras**

### **Mirna Teixeira**

Psicóloga e sanitarista. Mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz. Doutoranda em Saúde Pública e pesquisadora da Ensp/Fiocruz. Ex-assessora do Programa Teias-Escola Manguinhos e apoiadora institucional da Equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, vinculado à Ensp/ Fiocruz.

### **Zilma Fonseca**

Psicóloga e sanitarista. Mestre em Educação Profissional em Saúde pela EPSJV/Fiocruz. Consultora durante anos no campo da redução de danos, na área de drogas e aids, junto a populações socialmente vulneráveis. Ex-assessora do Programa Teias-Escola Manguinhos, vinculado à Ensp/ Fiocruz. Atualmente, assessora da vice-direção de Pesquisa da EPSJV/ Fiocruz.

AS PESSOAS EM SITUAÇÃO de vulnerabilidade social, assim como o fenômeno do crack são questões que a saúde pública precisa enfrentar. Como compreender e lidar com o desafio de cuidar e não reprimir? Pensamos que a sistematização das práticas das equipes Consultórios na Rua de cidades de diferentes regiões brasileiras, imersas no caldeirão mais amplo das políticas públicas sociais, e o debate aberto e franco suscitado por essas experiências no atendimento à população de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas certamente poderá nos ajudar a responder a esse desafio.



**FIOCRUZ**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
**Fundação Oswaldo Cruz**

Vice-Presidência de Ambiente,  
Atenção e Promoção da Saúde

**GTPACD  
/FIOCRUZ**

**HUCITEC EDITORA**  
PARA VOCÊ LER E RELER



ISBN: 978-85-8404-043-8



9 78 85 8404 043 8