

Deidvid de Abreu

**PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, USO DE DROGAS E O  
CONSULTÓRIO DE RUA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Mestrado Profissional de Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Área de Concentração: Uso e Abuso de substâncias.

Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Abreu, Deidvid de  
Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório  
de rua / Deidvid de Abreu ; orientadora, Fátima Büchele -  
Florianópolis, SC, 2013.  
168 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Drogas. 3.  
Consultório de rua. 4. Pessoas em situação de rua. I.  
Büchele, Fátima. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**Pessoas em Situação de Rua, Uso de Drogas  
e o Consultório de Rua**

**Deidvid de Abreu**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Uso e Abuso de substâncias**

Florianópolis, 21 de Agosto de 2013.

---

**Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**

Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dra. Fátima Büchele (Presidente)

---

Prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider (Membro)

---

Prof. Dra. Elza Berger Salema Coelho (Membro)

---

Prof. Dr. Herder Boska de Moraes Sarmiento (Membro)



*Dedico este trabalho a todos que  
acreditam num mundo melhor!*



## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a meu pai Adilson e minha mãe Janilza, que sempre com humildade me ensinaram o que é viver...

A minha grande irmã Monica, que mesmo sem pedir, me abraçou com suas palavras e cuidado.

As minhas lindas sobrinhas, Emilly e Sophia, vocês me inspiram a continuar.

Aos amigos, Lília, Andreia, Beto, Lucila, Fernanda Martinhago e Isa pelo apoio e escuta nas horas mais difíceis.

A minha grande amiga Fernanda de Conto, que mesmo distante, esteve sempre presente. Obrigado Fê!

A minha orientadora Fátima Büchele por acreditar nas minhas loucuras sensatas!

A Ana Paula Fonini e Marylin, que representam meus companheiros de trabalho da saúde mental, obrigado pela força e compreensão. Estamos na luta!

A coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo apoio e oportunidade de trocar saberes.



ABREU, Deidvid de. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele

## **RESUMO**

Esta pesquisa social em saúde caracterizou-se como exploratório descritiva com abordagem qualitativa. Teve como objetivos Compreender aspectos sobre a situação de estar na rua, o uso de drogas e o atendimento do Consultório de rua; Correlacionar informações colhidas em campo com o relatório final do Consultório de Rua; Conhecer as ações realizadas pelo Consultório de Rua e sua contribuição no acesso à saúde; e Identificar processos de inclusão e exclusão social vivenciados pela população em situação de rua. Os sujeitos de pesquisa foram 15 pessoas em situação de rua, 12 homens e 3 mulheres, entre 20 e 59 anos. Os dados foram coletados no período de março a junho de 2013, no centro da cidade de Florianópolis, Santa Catarina. Os encontros com os sujeitos de pesquisa foram através de abordagens no próprio espaço da rua. O principal instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, sendo esta gravada em áudio. Além da entrevista, o pesquisador também utilizou a observação participante. Foram utilizados ainda, para obtenção dos dados, o relatório final do Consultório de Rua e os diários de campo dos profissionais. Para organização e análise dos dados utilizou-se as técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (1979) e Minayo (2010). Os resultados evidenciaram uma maior presença de homens adultos em situação de rua, em geral possuem baixa escolaridade e grande parte estão afastados de suas casas há mais de 5 anos. Todos já usaram pelo menos um tipo de droga. O álcool é a droga mais consumida, seguida do tabaco, cocaína, crack e maconha. Dos 15 entrevistados, apenas 4 conheciam o Consultório de Rua, estes conheciam pouco suas atividades. As principais atividades realizadas pelo Consultório de rua foram os atendimentos individuais por meio de acolhimentos e as escutas, orientação para cuidados de saúde e encaminhamentos para a rede de saúde e assistência social. O Consultório de rua contribuiu no acesso a saúde, mas ainda de forma muito irregular. Percebeu-se uma relação próxima entre o Consultório de Rua e os serviços da Política de

Assistência social. Foram identificados diferentes processos de violências sofridos pela população em situação de rua, desde violências físicas a expulsões de lugares públicos e cidades. Por fim, podemos considerar que as pessoas em situação de rua encontram-se em processos de vulnerabilidade social, tendo em vista os diferentes fatores apresentados nesta pesquisa. Conclui-se, portanto, que o Consultório de Rua, caminha na direção de se constituir como um dispositivo de cuidado e atenção à população em situação de rua que faz uso de álcool e outras drogas, necessitando de maiores investimentos para que seja mais conhecido e difundido na cidade pesquisada.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Drogas. Consultório de rua. Pessoas em situação de rua.

ABREU, Deidvid de. **Homeless people, drug's use and the Clinic of Street**. 2013. 168 f. Dissertation (Masters in Mental Health and Psychosocial Care) – Course of Professional Masters Degree in Mental Health and Psychosocial Care, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Prof. Dr. Fátima Büchele

## **ABSTRACT**

This research social in health was characterized as an exploratory descriptive qualitative approach. The goals were: understanding aspects of the situation of being on the street; drug's use, the care of Clinic of Street and to correlate information collected in the field with the final report of Clinic of Street. In addition to this, to meet the actions taken by Clinic of Street and its contribution to access the health care, and identify processes of social inclusion and exclusion experienced by homeless people. The research subjects were 15 homeless people, 12 men and 3 women, aged between 20 to 59 years old. The data were collected from March to June 2013, in the City center of Florianópolis, Santa Catarina. The meetings between the researcher and the homeless people happened in the space of the street. The main instrument for data collection was a semi-structured interview, which were recorded on audio. Besides the interview, the researcher also used the participant observation. Furthermore, were also used to obtain the data, the final report of Clinic of Street and field diaries of professionals. After this, for to organize and analyze the data were used the techniques of content analysis of Bardin (1979) and Minayo (2010). The results showed a higher presence of men in the streets, generally they have low education and most of them are away from their homes for more than five years. All of them have used at least one type of drug. Alcohol is the most abused drug, followed by tobacco, cocaine, crack and marijuana. Of the 15 respondents, only 4 knew Clinic of Street and they knew about little activities. The main activities developed by Clinic of Street were the individual assistance through attentive listening, orientation to health care and referrals to a network of health and social care. The Clinic of Street contributed to expand the access to health care, however, still is very unequal, and it's not enough. There is a close relationship between the Clinic of Street and the services of social assistance policy. It was possible to identify different processes of violence suffered by homeless people, such as physical violence when they are expelled of public

places and cities. Finally, should be considered that the people on the streets are in processes of social vulnerability, according to the different factors presented in this research. Therefore, the conclusion is that the Clinic of Street is becoming a important strategy for homeless people, who are addict to drugs, especially because provides health care and attention for these people. However, the Clinic of Street needs more investment and divulgation, for to become better known and widespread in the city surveyed.

**Keywords:** Mental Health. Drugs. Clinic of Street. Homeless People.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de leitos psiquiátricos públicos e privados no Brasil – 1941 e 1978.....	54
Tabela 2 - Equipamentos/Estratégias implantados pelo Plano Emergencial para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS, no período de Junho de 2009 a maio de 2010.....	60
Tabela 3 - Número de CAPS por tipo de ano (Brasil. 2002-2010*) .....	61
Tabela 4 - Fatores que contribuem à ida para as ruas. ....	107
Tabela 5 - Possibilidade de estar em situação de rua e não usar drogas.....	114
Tabela 6 - Aumento ou diminuição do uso de álcool e outras drogas.....	115
Tabela 7 - Atividades desenvolvidas pelo Consultório de Rua e número de atendimentos.....	118
Tabela 8 - Distribuição de materiais educativos e insumos pelo Consultório de Rua.....	118
Tabela 9 - Encaminhamentos realizados pelo CR.....	119
Tabela 10 - Possibilidades de atenção à população em situação de rua. ....	132
Tabela 11 - Acesso as instituições de saúde.....	135
Tabela 12 - Acesso as instituições de outros setores.....	137



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede de atenção à saúde mental. ....	57
Figura 2 - 35 primeiros Consultórios de rua implantados no Brasil. ....	83
Figura 3 - Principais fatores que contribuem à ida para as ruas. ....	107
Figura 4 - Significados atribuídos ao uso de drogas na rua. ....	112
Figura 5 - Áreas de atuação do Consultório de Rua em Florianópolis (Out. 2011 a Out. 2012). ....	124



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Componentes e Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. .....	62
Quadro 2 - Classificação da entrevista em núcleos temáticos e categorias de análise. ....	99



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo .....	100
Gráfico 2 - Faixas etárias .....	100
Gráfico 3 - Grau de Escolaridade.....	101
Gráfico 4 - Tempo que saiu de casa.....	102
Gráfico 5 - Tempo que está em Florianópolis.....	103
Gráfico 6 - Uso de drogas .....	103
Gráfico 7 - Droga de escolha .....	104
Gráfico 8 - Droga que usa no momento.....	105
Gráfico 9 - Uso atual por tipo de droga .....	105



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	27
2.1 CONVERSANDO SOBRE A CASA E A RUA .....	27
2.2 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: EXPLORANDO SUA DIVERSIDADE .....	29
2.3 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E OS PROCESSOS DE EXCLUSÃO SOCIAL .....	36
2.4 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E O PROCESSO DE RUALIZAÇÃO .....	39
2.4.1 Processo de rualização e o uso/abuso de álcool e outras drogas .....	44
2.5 PROTEÇÃO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	46
2.6 ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL .....	53
2.7 POLÍTICAS NACIONAIS E SUAS AÇÕES PARA AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA BREVE INCURSÃO .....	63
2.7.1 Política Nacional para Inclusão social da população em situação de rua (2008) .....	64
2.7.2 A Política Nacional de Atenção Básica (2011) .....	66
2.7.3 Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004) .....	67
2.7.4 Política Nacional de Assistência Social (2004) .....	70
2.7.5 Quatro políticas e alguns apontamentos .....	72
2.8 CONSULTÓRIO DE RUA: ORIGEM E AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS .....	79
2.8.1 Consultório de rua: aproximações reflexivas .....	84
3 TRAÇADO METODOLÓGICO .....	91
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	91
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA .....	92
3.3 SUJEITOS DE PESQUISA .....	92
3.4 COLETA DE DADOS .....	93
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	94
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	96
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE PESQUISA ....	99

4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA .....	99
4.2 NÚCLEO TEMÁTICO (NT) 01 - USO DE DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA .....	106
4.2.1 NT (01) Categoria 01: Fatores que contribuem à ida para as ruas.....	106
4.2.2 – NT (01) Categoria 02: Significados do uso de drogas na rua .....	112
4.3 NÚCLEO TEMÁTICO (NT) 02 - CONSULTÓRIO DE RUA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	116
4.3.1 – NT (02) Categoria 01: Ações do Consultório de Rua .....	117
4.3.2 – NT (02) Categoria 02: Como e onde atua o Consultório de Rua.....	122
4.3.3 - NT (02) Categoria 03: Potencialidades e limites do Consultório de Rua .....	128
4.3.4 NT (02) Categoria 04: Possibilidades de atenção à população em situação de rua .....	131
4.4 NÚCLEO TEMÁTICO (NT) 03 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA .....	133
4.4.1 NT (03) Categoria 01: Acesso a saúde e a outros setores ....	134
4.4.2 NT (03) Categoria 02: Centro Pop como espaço de referência e inclusão para as pessoas em situação de rua .....	138
4.4.3 NT (03) Categoria 03: Higienização das cidades como processos de exclusão das pessoas em situação de rua.....	142
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERÊNCIAS.....	153
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....	165
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	166
ANEXO A – Ofício N° 08/2013 Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC .....	167
ANEXO B – Ofício N° 16/2013 Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC .....	168

## 1 INTRODUÇÃO

A rede de saúde mental vem se ampliando e se diversificando principalmente após a aprovação da lei 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta rede busca atender todos os públicos que dela possam necessitar, sempre referenciada pelo respeito a diversidade sociocultural e o compromisso com a vida humana dos sujeitos, tendo nos direitos humanos um pilar fundamental.

O fenômeno do uso e abuso de álcool e outras drogas, tem se tornado foco de ações governamentais, contribuindo para sua maior popularidade e abrindo a possibilidade de falar e intervir mais sobre essa questão. A partir de III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, as discussões sobre a incorporação de ações para usuários de álcool e outras drogas dentro da Política de Saúde Mental no Brasil se intensificam. Diante desse contexto e para responder um problema considerado amplo e com múltiplas determinações, é fortalecida esta rede de atenção. Isto se configura a partir da ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas – CAPS Ad, leitos em hospital geral, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de convivência e cultura, dentre outros serviços da rede de saúde mental.

Neste mesmo período, algumas cidades vão construindo sua rede de saúde por meio das orientações do Ministério da Saúde, mas também criando ou reformulando novos dispositivos que se adequem as suas realidades. Nesse sentido, a cidade de Salvador na Bahia, com bagagem e experiências de trabalhos de redução de danos, cria o Consultório de Rua.

O Consultório de Rua inicia seus trabalhos em 1999, com o desenvolvimento de atividades com pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas no contexto da rua. Depois de cerca de dez anos, a experiência iniciada em Salvador é incluída nas ações da área de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Assim, o Consultório de Rua, como parte da ampliação da rede de atenção em saúde mental no Brasil, é uma ação ainda em construção e pouco difundida no território nacional.

Os Consultórios de rua são serviços que oferecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de seu público alvo – a população em situação de rua que faz uso de álcool e/ou outras drogas. De acordo com o Ministério da Saúde, devem contribuir no acesso aos serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, na busca do exercício

da cidadania e alcance de seus direitos. Para preservar o respeito ao contexto sócio-cultural dessa população oferece cuidados no próprio espaço da rua (BRASIL, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, desenvolvida entre 2007 e 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), foram identificadas cerca de 31.922 pessoas em situação de rua. Estes viviam em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições como albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas. Além desta pesquisa nacional, foram desenvolvidas levantamentos em outras grandes cidades brasileiras, que não somam-se a esses dados, como em São Paulo em 2003 (10.399 pessoas), Belo Horizonte em 2005 (1.164 pessoas, incluindo crianças e adolescentes), Recife em 2005 (1.390 pessoas, incluindo crianças e adolescentes) e Porto Alegre 2007 (aproximadamente 1.203 pessoas). (BRASIL, 2008).

Os dados da pesquisa Nacional realizada em 2007-2008 apontam para a predominância de homens em situação de rua, chegando aos 82% dessa população. Do total de pessoas identificadas, cerca de 53%, possuíam idades entre 25 e 44 anos, 15,1% nunca estudou, 48,4% iniciou mas não concluiu o primeiro grau. Quase um quarto da população em situação de rua é composta por trabalhadores, 70,9% exercem alguma atividade remunerada. De todos os trabalhadores, 47,7% nunca tiveram sua carteira de trabalho assinada, e apenas cerca de 1,9% dos entrevistados estavam trabalhando no momento com registro em carteira (BRASIL, 2008).

Grande parte das pessoas em situação de rua são homens adultos, de baixa escolaridade, geralmente desenvolvem algum trabalho informal e ganham muito pouco pelo desenvolvimento dessas atividades. O uso de drogas, dentre elas o álcool, é traço marcante nas histórias de vidas antes e durante a estada nas ruas, sendo ainda associado com a ida para a rua. Esses dados, da Pesquisa Nacional sobre população em situação de rua apontam para trajetórias de fragilidades e processos de exclusão social na vida desses sujeitos.

Desta forma, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender aspectos importantes da relação entre o Consultório de Rua e seu público alvo, buscando a partir do olhar das pessoas nessa situação apreender como este tem constituído suas ações na cidade. Isto,

por que é um novo serviço, carecendo de estudos que o sustentem teoricamente, produzindo informações para sua adequação, melhora e maior alcance entre essa população. Assim, este modelo de atenção necessita que pesquisadores se aproximem desse público, com o objetivo de qualificar o atendimento das diferentes demandas presentes no cotidiano de suas ações.

Considerando a complexidade das relações presentes entre a atuação do Consultório de Rua e a vida dos sujeitos atendidos, este estudo tem como objetivos: *Compreender aspectos sobre a situação de estar na rua, o uso de drogas e o atendimento do Consultório de rua; Correlacionar informações colhidas em campo com o relatório final do Consultório de Rua; Conhecer as ações realizadas pelo Consultório de Rua e sua contribuição no acesso à saúde; e Identificar processos de inclusão e exclusão social vivenciados pela população em situação de rua.*

Para tal, este estudo está organizado em seções, que se ligam sequencialmente buscando a construção de sentido do conteúdo apresentado e discutido.

Na primeira seção realizamos uma discussão teórica sobre questões que perpassam a tríade: pessoas em situação de rua, uso de álcool e/ou outras drogas e Consultório de Rua. Iniciamos discutindo a relação casa e rua, as diferentes categorizações e nomenclaturas utilizadas para se referir a essas pessoas, o processo de qualificação e sua relação com o uso de álcool e/ou outras drogas e a exclusão social presente nas vivências dessa população. Na sequência apresentamos questões referentes a proteção social, política social, política de saúde e política de álcool e/ou outras drogas no Brasil. Finalizamos a primeira seção, contextualizando o Consultório de Rua, sua origem, ampliação e seus principais objetivos, trazendo reflexões e aproximações teóricas sobre tal dispositivo, dentre elas a clínica peripatética e clínica ampliada.

Na segunda seção, discorremos sobre metodologia utilizada para concretizar esta pesquisa e os detalhes do caminho percorrido.

Na terceira seção, apresentamos a análise dos dados, construídos em quatro núcleos temáticos, sendo: Uso de drogas e situação de rua; Consultório de rua e Atenção psicossocial; Limites, potencialidades, e possibilidades do Consultório de Rua; e Inclusão e exclusão das pessoas em situação de rua. Estes por sua vez, foram divididos em categorias de análise. Esta seção discutiu os dados colhidos em campo, junto a fundamental teórica construída.

Ao fim, construímos nossas considerações finais traçando reflexões a partir do trabalho desenvolvido do Consultório de Rua, seus

limites, possibilidades, questões que se abrem a partir desta pesquisa, bem como suas contribuições para o tema e o fazer do Consultório de Rua para a realidade brasileira.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a construção de uma base teórica que reflita sobre o fenômeno “população em situação de rua” é necessário transitar por alguns campos e/ou disciplinas, bem como por alguns elementos que o contextualizem, oferecendo mais sustentabilidade para a realização do estudo proposto. Na parte inicial deste trabalho, discutiremos sobre a relação entre casa e rua, suas similaridades e contradições; os sujeitos em situação de rua: seus processos de exclusão social e os principais fatores que contribuem para o processo de rualização. Dentre estes fatores, nos centramos no uso e/ou abuso de substâncias psicoativas considerando a referida população. Na sequência, apresentamos o projeto Consultório de Rua: história, conceito e pressupostos, discutindo-o como possibilidade de atenção à saúde das pessoas em situação de rua a partir de referenciais que rompem com a lógica da clínica tradicional, trazendo em cena a ideia de clínica em movimento, “peripatética” como proposta por Lancetti (2011) e também o conceito de clínica ampliada baseada nos estudos de Cunha (2004) e Campos (2009). Para a construção desta fundamentação foram utilizados livros, revistas, artigos, manuais institucionais, documentos do Ministério da Saúde e Assistência Social, bem como leis e portarias referentes à temática.

### 2.1 CONVERSANDO SOBRE A CASA E A RUA

Início com as palavras de Roberto Damatta (1997) que brilhantemente reflete sobre os espaços da casa e da rua, e sobre os sujeitos que se constituem a partir desses lugares, que não necessariamente antagônicos, mas que possuem na história da sociedade brasileira marcas que os diferenciam brutalmente. Assim:

Em casa somos todos, conforme tenho dito, "supercidadãos". Mas e na rua? Bem, aqui passamos sempre por indivíduos anônimos e desgarrados, somos quase sempre maltratados pelas chamadas "autoridades" e não temos nem paz, nem voz (DAMATTA, 1997, p.12).

No Brasil, conforme traz o autor, a casa e a rua são espaços diferenciados que também possibilitam atribuir características aos sujeitos, considerando que não são lugares neutros. Portanto os termos

“estar em casa”, ou ainda “sentir-se em casa” quase sempre estão relacionados às situações harmoniosas, de acolhimento, nas quais as disputas devem ser evitadas. A casa frequentemente está relacionada à familiaridade e hospitalidade, por isso “ser posto para fora de casa” é um ato violento, pois perdemos aquilo que supostamente esse espaço nos oferece de melhor, o aconchego e a proteção.

Damatta (1997) afirma que em estudo realizado por Gilberto Freire em 1936, a casa e a rua foram assinaladas como “inimigas”, mas, ao mesmo tempo observa que essa “inimizade” adquire caráter especial e complementar, pois, por serem a rua e a casa espaços gêmeos, não se pode falar de um sem mencionar o outro. São espaços opostos, mas que carregam nesta oposição traços complexos, dinâmicos e relativos, pois se reproduzem mutuamente, sendo que a rua muitas vezes pode possuir espaços fechados ou mesmo apropriados por um grupo, categoria social ou pessoas, tornando-se “sua casa” ou seu “ponto”.

A rua sempre foi habitada<sup>1</sup> e podemos afirmar que sempre será, seja para alguns como lugar de passagem (inclusive para a casa) ou para outros como lugar de referência/vivência contínua muitas vezes acompanhadas de movimentos de idas e vindas. Frangella (2009) considera que tornar-se morador de rua significa alterar o espaço urbano, bem como ser alterado por ele. Segundo a autora, ser morador de rua ou estar nas ruas, não pressupõe uma identidade fixa, estanque ou irredutível. Muitas vezes esse “estado”, se assim podemos chamar, são temporários, embora na sua grande maioria assinale um processo marcante de envelhecimento dos sujeitos. Ainda considera que dificilmente alguém hoje nasça na rua, pois as famílias moradoras deste espaço são consideradas fenômeno recente, e em geral, não permanecem muito tempo “fora de casa”, sendo recolhidas por entidades ou organizações que as levam para moradias populares.

Tratando-se de família, casa e rua, Damatta (1997) afirma que são abundantes os dramas nos quais o espaço da casa é violado, e como forma de penalização, alguém da família, habitante da casa, é atirado à rua, e somente depois de mil peripécias e sofrimentos poderá voltar ao lar e usufruir os prêmios a que faz jus. Assim, se as definições de casa associam a espaços de calma, repouso, recuperação e hospitalidade e ainda a tudo aquilo que se relaciona com a ideia de amor, carinho e calor

---

<sup>1</sup> Segundo Stoffels (1977 apud Frangella 2009) a autora descreve a presença de mendigos e indigentes já na Grécia antiga, fruto de expropriações de terras comunitárias e movimentação dos indivíduos para as cidades em formação, mostrando de forma sucinta a dimensão histórica do fenômeno do habitar a rua.

humano, a rua seria precisamente o espaço inverso. Terra pertencente “[...] ao governo ou ao povo [...]”, marcada de fluidez e de movimento. Portanto, a rua nesse sentido seria “[...] um local perigoso” (1997, p.40)

Tanto a casa, quanto a rua, são espaços físicos e simbolicamente construídos e que expressam códigos sociais que demarcam comportamentos, considerando que certas coisas só podem ser realizadas no espaço da casa e outras, na rua. Surge neste caso a ideia de espaço público e privado. Segundo D’Inção (apud Silva 1998), com o objetivo de ordenar o país, a divisão entre as categorias público e privado se tornam mais evidentes, e com o processo de modernização do Brasil, no fim do século XIX e início do século XX, se fortalecem, idealizando contribuir para tornar o país mais civilizado e com características mais próximas a Europa.

No olhar de Damatta (1997) a sociedade parece ainda fiel à visão da rua como espaço “propício à desgraças e roubos”, assim nos revela que a realidade não mudou drasticamente. A rua continua sendo vista como lugar movimentado, que pode levar a confundir qualquer pessoa com um indigente, ou mesmo ser tomado pelo que não é. O autor nos mostra o poder que este espaço possuiu, muitas vezes, o de qualificar os sujeitos a partir das construções ideológicas que foram - e que são, até hoje atribuídas ao espaço da rua.

Como apontado, foram sendo construídos no Brasil olhares diferenciados para a casa e para a rua, ambas marcadas por características que permanecem no tempo e que as configuram como espaços contraditórios do bem e do mal, do familiar e do estranho, do cuidado e da negligência, nem sempre condizentes com a configuração relacional presentes nestes, tendo em vista diferentes histórias e situações vivenciadas nas casas e nas ruas cotidianamente.

Após iniciar uma conversa reflexiva sobre as relações e olhares dos espaços da casa e da rua, a partir dos autores citados, passamos para o momento de discussão e apresentação dos sujeitos que “convivem” e/ou “sobrevivem” nas ruas. Para tanto, é necessário marcar a heterogeneidade desse grupo de pessoas, muitas vezes chamadas apenas de “moradores de rua”, categoria que não dá conta de expressar todas as riquezas contidas nas formas de ser e estar desses sujeitos.

## 2.2 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: EXPLORANDO SUA DIVERSIDADE

Neste subtítulo apresentamos algumas das principais categorias utilizadas para expressar o segmento populacional – pessoas em situação

de rua, a partir de pesquisadores imersos nesse campo. Em seguida, buscamos refletir sobre os principais fatores que contribuem para que esses sujeitos se movimentem em direção às ruas, configurando o que alguns autores chamam de processo de rualização (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011).

Considerando a heterogeneidade que abrange o ser e estar dos sujeitos nas ruas, apresentamos uma breve categorização disposta na pesquisa de Snow e Anderson (1998, p.87-120) que contribuiu para ampliação do olhar sobre fenômeno.

Segundo os autores as pessoas em situação de rua dividem-se em:

\* **Recém-deslocados;**

\* **Vacilantes:** 1- Regulares;

2- Institucionalmente adaptados;

\* **Outsiders:** 1 – Andarilhos: dentre eles: 1.1 – Tradicionais; 1.2 - Hippies;

2 – Mendigos: dentre eles: 2.1 – Tradicionais; 2.2 – Redneck;

3 - Doentes Mentais.

Os **Recém-deslocados** são indivíduos que estão recentemente e pela primeira vez nas ruas, e apresentam forte desejo de sair delas. Eles buscam de maneira mais reiterada encontrar emprego, o que os motiva a repudiar a identidade social de *pessoas de rua* e a considerar desconcertante sua situação atual.

Dentre os **Vacilantes** encontram-se os indivíduos que foram mal sucedidos nas tentativas de sair das ruas, oriundos do grupo dos recém-deslocados. Os autores os denominaram de vacilantes com base na noção de liminaridade, pois vivem a ambiguidade de status que ocupam num momento crítico de mudanças em sua vida, com um pé no mundo domiciliado do passado e outro plantado na vida da rua.

Na categoria Vacilantes, temos:

- Os *Vacilantes regulares* são indivíduos que se encontram em situação ambígua, na passagem de status descrita anteriormente.

- Os *Vacilantes institucionalmente adaptado* são indivíduos que suspendem temporariamente a passagem de um *status* para outro,

instalando-se em instituições de contenção, tais como prisões e asilos, enquadrados numa situação liminar institucionalmente estruturada.

Já os **Outsiders** são os indivíduos para quem a vida de rua se tornou um dado quase inquestionável, então, raramente falam em sair desse lugar. Para eles, o passado e o futuro se diluíram no presente. Esta categoria se divide em:

- **Andarilhos**: Se caracterizam pela migração, considerando um raio de deslocamento maior do que os demais moradores de rua; possuem forte senso de independência e autocontrole; o uso de álcool é central como suporte ao cotidiano; parecem resignados à vida nas ruas, com uma tendência a se desfazer do nome de batismo, em favor de nomes de rua. Por sua vez os Andarilhos se subdividem em:

- *Andarilhos tradicionais*: herdeiros dos antigos andarilhos emprestam deles o ciclo de trabalho, a ingestão de bebidas (os abusos tendem a ser mais programados) e a migração. Sinalizam forte impulso à viagens, mas se vêem como “irmãos de estrada”. Os mais velhos são moradores de rua há mais tempo.

- *Andarilhos hippies*: herdeiros da contracultura da década de 60 se identificam com os valores dos heróis do rock daquele tempo. Envolvem-se com artes e artesanatos, usam e vendem drogas. Apresentam como tendência perambular juntos pelas ruas, quase de modo comunitário.

- **Mendigos**: são marcados pelo desamparo, assim dependem do auxílio de outros para garantir a subsistência mínima. Este grupo se subdivide em:

- *Mendigos tradicionais*: esses indivíduos são aqueles que mais se aproximam da imagem tradicional do alcoolista da zona marginal. Em geral pouco se deslocam, com forte dependência de álcool; raramente realizam trabalhos remunerados. Sobrevivem de mendicância, resignados a esse estilo de vida, ou seja, vivem apenas no presente.

- *Mendigos redneck*: assemelham-se aos mendigos tradicionais quanto à imobilidade e o uso pesado de álcool, mas se diferenciam na subsistência que é baseada principalmente na

combinação de venda de plasma<sup>2</sup>, comércio e esmolas. Tendem a andar juntos, em semelhança com andarilhos hippies, mas preferem músicas country. São menos sociáveis e costumam ser *briguentos*.

- **Doentes mentais**<sup>3</sup>: são indivíduos que dão alguma indicação de estarem severamente prejudicados do ponto de vista psiquiátrico, no contexto de vida de rua. Três critérios foram usados: internação anterior, designação como doente mental por outros indivíduos moradores de rua e conduta tão bizarra que possa ser interpretada como sintomática de doença mental, pela maioria dos observadores. São os indivíduos que mais catam lixo e sua rotina não inclui muito uso de álcool, nem de outras drogas. Eles foram os mais reclusos e socialmente isolados. Os chamados usuários de substâncias psicoativas e os que exibem provas de depressão não foram incluídos nesta categoria.

Snow e Anderson (1998) apresentam uma categorização bastante rígida, tendo em vista a complexidade das vidas desses sujeitos. Embora façam a separação como demonstrado anteriormente, ao ouvir as histórias de vida e conhecer suas realidades percebemos que muitas categorias se misturam, se confundem e talvez não deem conta de conceituar e categorizar sujeitos constituídos de identidades tão limítrofes. Desta forma, esta separação tão quadrática serve para pensar em diferentes sujeitos, marcados por algumas características comuns ou ainda próximas, mas que como já enfatizado, não contemplam os detalhes singulares que cada vida e/ou história é capaz de armazenar.

Em estudo etnográfico realizado por Brognoli, mesmo não desejando instaurar nomenclaturas que marquem identidades fixas, contribuiu trazendo em cena características dos chamados “trecheiros” a partir dos sujeitos pesquisados, desta forma “[...] são pessoas que não tem parada, que andam de um lugar para outro[...]”, ainda para outros: “[...] são pessoas que andam nas ruas e não tem mais nada”. Trecheiro é visto com um viajante, aquele que “[...] não para muito em um mesmo lugar, nem fica muito tempo em qualquer outro”, bem como “[...]”

---

<sup>2</sup> Plasma é um componente líquido retirado do sangue para suprir bancos de coletas de clínicas e hospitais.

<sup>3</sup> A escolha do termo pelos autores se deu ao ser considerado pelos mesmos que é um traço que perpassa a imagem pública e disseminada pela mídia dos moradores de rua, sendo muito utilizado no próprio espaço da rua. Os autores reconhecem a ambiguidade do termo, bem como a consideram errônea e exagerada.

pessoas que andam de uma cidade a outra, sem se estabelecer em lugar nenhum” (1996, p.52).

De acordo com a própria identificação dos sujeitos pesquisados por Brognoli (1996) o trecheiro se caracteriza por percorrer longos percursos, viaja quase sempre a pé entre cidades distantes e não costuma parar, portanto está sempre no trecho. O termo trecheiro se vincula a ideia de viajante. No estudo realizado muitos sujeitos falam do trecheiro como um sujeito que tem como característica a honestidade, aquele que pode até pedir um prato de comida, mas que geralmente consegue dinheiro por meio de trabalhos braçais, como capinar terrenos para sustentar seu modo de vida e suas necessidades diárias. A ideia de trecheiro apresentada por Brognoli (1996) aproxima-se da categoria “andarilhos tradicionais”, citada anteriormente a partir de Snow e Anderson (1998).

No mesmo estudo, diferente dos trecheiros, surgem os chamados “pardais” – aqueles que como o pássaro pardal, nunca se afastam muito do ninho. De acordo com Brognoli (1996) o termo é bastante utilizado para referir-se aos moradores de rua, em algumas ocasiões é também referência para os andarilhos que andam pequenos percursos entre cidades próximas ou mesmo dentro de uma mesma cidade. Estes sujeitos frequentemente estabelecem lugares mais ou menos fixos, são mais fáceis de encontrar, demonstram uma maior fixação nos territórios onde vivem. *O pardal fica naquela cidade e dali entra ali e deu*<sup>4</sup>. Os pardais, para alguns de seus pesquisados, foram intitulados como parasitas, o que segundo o autor relaciona-se a “[...] ausência de movimento, tanto espacial, quanto existencial” e também por geralmente não se vincular a trabalhos, sobrevivendo às custas de outras pessoas.

Aproximando da ideia de trecheiro, para Prates, Prates e Machado (2011) expressões como deambulantes ou andarilhos, dizem respeito ao movimento de deslocamento, segundo os autores, não tão comum às pessoas em situação de rua. O ser nômade presente na figura do andarilho advém muitas vezes de processos de expulsão de locais, nos quais foi aceito por um período, mas logo depois contraditoriamente rejeitado, ato motivado seja pelo acúmulo de objetos no espaço da rua, pelo uso frequente de drogas, pela apresentação de delírios ou simplesmente pelo incômodo causado por sua presença e forma de ser-estar no mundo aos moradores do bairro ou pessoas que por ali circulam.

---

<sup>4</sup> Depoimento de um sujeito entrevistado por Brognoli (1996).

Para contribuir, mesmo que de forma simplificada, Vieira et al (1992) dividem as pessoas em situação de rua em três grandes grupos: 1) pessoas que ficam na rua; 2) pessoas que estão na rua e 3) pessoas que são da rua.

O primeiro grupo é marcado por uma situação recente de desemprego e/ou outros motivos que o podem deixar sem local fixo para moradia. Outra característica desse grupo é que por sua presença recente na rua apresentam medo e insegurança para dormir neste espaço, procurando albergues, pensões e outras instituições para pernoitar até que tenham dinheiro para custear, ou ainda procuram lugares públicos de maior movimento para se proteger e quem sabe dormir. Este grupo é caracterizado assim por uma situação circunstancial, mantendo contatos com a família e um projeto de vida planejado (VIEIRA et al, 1992).

O segundo grupo, daqueles que “estão na rua”, é formado por pessoas que já não apresentam tanto medo de estar nessa condição, estabelecem relação com outras pessoas que estão na mesma situação, conseguindo se vincular a alguma atividade informal de trabalho no espaço da rua (guardadores de carro, catadores de materiais recicláveis, dentre outras atividades). Muitos ainda possuem projeto de sair dessa situação e mantém poucos contatos com seus familiares (VIEIRA et al, 1992).

Já o terceiro grupo, das pessoas que “são da rua”, tem esse espaço como seu principal lugar de referência e estabelecimento de suas relações. Por estarem nesse ambiente há um bom tempo, em geral apresentam marcas bastante visíveis dessa vivência debilitadas pela alimentação precária, falta de cuidados com a saúde física e mental, e também muitas vezes associados ao uso/abuso de álcool e outras drogas (VIEIRA et al, 1992).

Sobre este terceiro grupo, “das pessoas que são da rua”, há que se considerar a reflexão dos autores abaixo:

Considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento. Vive-se em casas, apartamentos ou, no caso do segmento analisado, no espaço da rua, e esta pode ser uma situação contingente. Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central. Estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. Vista como determinação, uma situação social pouco

apresenta em termos de perspectivas de superação (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011, p.194).

As diferentes, mas também complementares categorizações apresentadas anteriormente ampliam e ao mesmo tempo complexificam o olhar sobre esses sujeitos, pois os diferencia em algumas características a partir de suas formas de ser e estar nas ruas. Mas de acordo com a Política Nacional de Inclusão social da população em situação de rua (2008) é possível considerar que este grupo, mesmo na sua heterogeneidade, apresenta algumas características em comum, sendo definido como:

[...] um grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares quebrados ou interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2008, p.9).

O termo “população em situação de rua”, utilizado em documentos oficiais do estado brasileiro, abrange um conjunto de significados que contempla um grupo bastante heterogêneo, como os andarilhos, trecheiros, pardais, dentre outros sujeitos que fazem da rua seu principal espaço de convivência. Marcam sua relação com a rua segundo “[...] parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-à-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes”. É comum que estabeleçam “[...] no espaço público da rua seu palco de relações privadas, o que os caracteriza como ‘população em situação de rua’”(BRASIL, 2008, p.3).

Corroborando com a nomenclatura oficial brasileira, Frangella, mesmo reconhecendo a heterogeneidade desse grupo populacional, exprime que na experiência contemporânea as categorias homeless ou em situação de rua funcionam como termos guarda-chuva que ressoam politicamente como menos excludente e mais homogeneizadoras. Agrega assim, “[...] o andarilho em deslocamento contínuo, os mendigos, os ‘loucos da rua’, e ainda os desempregados que vivem temporariamente nas ruas e frequentam albergues” (2009, p. 51).

Percebe-se que algo em comum transpassa a história de vida desses sujeitos, mesmo que ambivalente para algumas discussões, todos,

independentes de suas diferentes nomenclaturas ou categorizações, vivenciam um processo de exclusão social, foco do próximo item deste marco teórico.

### 2.3 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E OS PROCESSOS DE EXCLUSÃO SOCIAL

Discutir os processos de inclusão e exclusão social torna-se bastante complexo tendo em vista uma gama de autores brasileiros<sup>5</sup> que estudam o tema, elencando cada um, diferentes condicionantes sobre esses processos. Ao reconhecer a linha tênue que separa incluídos e excluídos, podemos considerar que:

Não há como definir um limite preciso entre o “incluído” e o “excluído”. Não se trata de um conceito mensurável, mas de uma situação que envolve a informalidade, a irregularidade, a ilegalidade, a pobreza, a baixa escolaridade, o oficioso, a raça, o sexo, a origem, e principalmente, a falta de voz (MARICATO, 1994, p.51).

Já para Leal (2011), é possível dividir exclusão social, para fins analíticos, em três conjuntos, agrupados de acordo com grandes traços que se repetem das definições dos principais autores brasileiros sobre a temática.

O primeiro diz respeito à relação da exclusão social com “a fragilização e/ou ruptura dos laços sociais que integram o indivíduo à sociedade”, dentre os estudiosos brasileiros que mais se destacam nesta visão está Escorel, o qual define a exclusão social como “[...] um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até a ruptura dos vínculos em cinco dimensões da existência humana em sociedade” (1999 apud LEAL, 2011, p.13). Estas

---

<sup>5</sup> Em estudo realizado por Giuliana Franco Leal (2011), a autora analisa o debate contemporâneo sobre exclusão social e apresenta os principais autores brasileiros que discutem o tema, dentre eles estão: BRACHO (2001); ESCOREL (1999); NASCIMENTO (1994a) e (1994b); OLIVEIRA (1997); PINTO (2001); WANDERLEY (2001); ADULIS e FISCHER (1998); ARZABE (2001); SOUZA (1994); SPOSATI (2003); VÉRAS (2001); XIMENES (1999); POCHMAM (2003); SANTOS (2003); SAWAIA (2001); DEMO (1998 e 2003).

cinco dimensões se dividem em: econômico-ocupacional, sociofamiliar, da cidadania, das representações sociais e da vida humana.

A *dimensão econômico-ocupacional*, relacionada principalmente a esfera do trabalho, constitui o processo de fragilização dos laços sociais operando por meio de inserções em trabalhos precários ou mesmo nos casos de desemprego, fortalecendo a ideia de que cada vez mais as pessoas são economicamente desnecessárias. Na *dimensão sociofamiliar*, fragmentam-se e fragilizam-se as relações fundamentais entre os familiares, com a vizinhança e comunidade, contribuindo para o isolamento e à solidão do indivíduo. Na *dimensão da cidadania e da política*, o poder de ação e representação é retirado, privando o indivíduo deste direito. Já na *esfera das representações e dos relacionamentos com o outro*, o processo de exclusão se materializa por meio das discriminações e pelos estigmas, podendo para muitos chegar ao ponto da negação da humanidade do outro. E na *dimensão da vida humana*, os indivíduos, aqui chamados de “excluídos”, “[...] restringem-se à busca da sobrevivência e acabam sendo expulsos da categorização dentro da humanidade tal como idealizada pela filósofa Hanna Arendt (1999), no livro a condição humana” (LEAL, 2011, p.13).

A autora chama a atenção para o entrelaçamento entre as dimensões apresentadas, no qual umas agem sobre as outras, reforçando-se mutuamente. Este processo de exclusão social se intensifica a partir das experiências de fragilização, precarização e diversas rupturas da vida social. Leva os indivíduos muitas vezes à condições de alguém “sem lugar no mundo”, desvinculado ou ainda com vínculos muitos frágeis que não lhe permitem se ver ou mesmo, ser visto como uma unidade social de pertencimento (SCOREL apud LEAL, 2011).

O segundo conjunto, que discute a exclusão social como “alijamento de direitos ou como a não cidadania” a relaciona com a negação dos direitos humanos e sociais considerados básicos e universais na sociedade contemporânea. Esta negação ou mesmo o cerceamento de direitos, dificulta o exercício de liberdade, dos direitos políticos, da participação na comunidade, bem como seu reconhecimento como pessoa. Baseada em Souza (1994), Leal (2011) apresenta a ideia de exclusão social como “sequestro de cidadania” ao lembrar que algumas formas de privação de direitos são consideradas legais em determinados locais, nas quais a restrição do voto feminino em algumas sociedades serve como exemplo.

Por fim, no terceiro conjunto a autora apresenta a exclusão social como “conjunto de privações e vulnerabilidades relacionais, em

processos de contradição<sup>7</sup>. Nesta dimensão são incluídas a pauperização e desigualdade social, resultantes das transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas nos últimos 30 anos, conformando-as entre as principais manifestações da questão social contemporânea. Assim, exclusão social está relacionada à temática da pobreza, da desestabilização dos trabalhadores antes estáveis, e da perda dos padrões de proteção social (PASTORINI apud LEAL, 2011).

No conjunto de privações que contribuem para o processo de exclusão social, a pobreza aparece como fator preponderante, e no olhar de Demo (2003) não está relacionada somente com a pobreza econômica. O autor enfatiza a questão política da pobreza, afirmando:

[...] o cerne mais duro da pobreza é político. Exclusão social mais dramática não é só não dispor de bens essenciais. É sobretudo não conseguir alçar-se à condição de sujeito capaz de comandar seu destino. Nega-se não só acesso material, mas principalmente a autonomia emancipatória (DEMO, 2003, p.36).

No mesmo sentido Sposati (2003) contribui ao afirmar que exclusão social é mais do que puramente a pobreza, considerando-a como o estado de não ter, sendo que se trata de um processo de não inclusão, de apartação, e negação como decisão histórica e culturalmente humana de criar interdições. A autora em outro estudo, aponta que a exclusão social se refere também à discriminação e estigmatização, podendo estar relacionada a questões de sexo, cor, opção sexual e outras características e atribuições dos sujeitos, não estando necessariamente relacionadas com a pobreza (SPOSATI, 1999).

A noção de exclusão social apresentada pelos autores não demarca pontos fixos e rígidos para inclusão ou exclusão de sujeitos no mundo contemporâneo, grande parte delas se estreitam com o tema da cidadania, da participação, dos direitos sociais, econômicos e políticos.

Segundo Velho (2003) na própria dinâmica das sociedades complexas<sup>6</sup> há espaço para a coexistência de diferentes mundos. São as

---

<sup>6</sup> Para Velho (1999) a expressão “sociedade complexa” refere-se a noção de sociedade na qual a divisão social do trabalho e a distribuição de riquezas delineiam categorias sociais distinguíveis com continuidade histórica, sejam classes sociais, estratos, castas. Por outro lado a noção de complexidade traz também a ideia de uma heterogeneidade cultural que deve ser entendida como a

metrópoles o *locus*, por excelência, da diversidade, lugar onde os sujeitos encontram mais espaço para expressar suas singularidades, mesmo com elevado preço a pagar<sup>7</sup>. Assim, é nas cidades, nas metrópoles, que os indivíduos transitam com maior intensidade entre papéis e domínios.

Podemos dizer, assim, que na sociedade moderno-contemporânea os indivíduos transitam não entre dois *sistemas* mas entre *n* domínios e/ou níveis socioculturais. Por outro lado, quando se fala em ajustamento, sabemos que é altamente problemático pensarmos tendo apenas *um* sistema como referência, desde que por definição os indivíduos transitam entre mundos e esferas diferenciados, cujas relações não só são lineares como não são regulares, aproximando-se, em sua extrema complexidade, de modelos caóticos (VELHO, 2003, p.80).

É nas grandes cidades e metrópoles que o fenômeno do habitar a rua acontece com mais intensidade e diversidade, isso considerando o exposto pelos autores discutidos. São nestes grandes emaranhados de situações, pessoas, organizações dos mais diferentes tipos, que os sujeitos encontram mais espaços, não somente físico, mas também de ordem social e cultural para exercício desta condição, de “com-viver” nas ruas.

Por que e como se dá a ida para as ruas? Quais os fatores que levam, ou até mesmo empurram, estes sujeitos para a rua? Algumas reflexões sobre estas questões na sequência.

## 2.4 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E O PROCESSO DE RUALIZAÇÃO

O que alguns autores chamam de processo de rualização, parte de uma concepção oposta de achar que os sujeitos “são da rua”, desta forma o entende como um processo social que se configura a partir de múltiplos condicionantes, e num espaço de tempo. Para ser interrompido, este processo necessita de ações preventivas ou ainda

---

coexistência, harmoniosa ou não, de uma pluralidade de tradições cujas bases podem ser ocupacionais, étnicas, religiosas, etc.

<sup>7</sup> Influenciados por Simmel, esta era a visão dos sociólogos de Chicago, a cerca da metrópole. Ideia presente em Velho (2003).

intervenções quando o tempo de estada na rua dos sujeitos é ainda curto, potencializando assim a efetividade das ações para sua reversão (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011).

Para discutir alguns condicionantes que contribuem para o processo de rualização, iniciaremos apresentando dados de pesquisas brasileiras que caracterizam esses sujeitos e algumas especificidades deste segmento populacional, dentre elas o uso e abuso de álcool e outras drogas.

Fruto de acordo entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foi realizada entre o período de agosto de 2007 a março de 2008, sendo considerado o maior e mais atual levantamento de informações com este grupo populacional no Brasil até o momento. O público alvo foram pessoas a partir de 18 anos, residentes em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e mais 23 capitais, independente de seu porte populacional<sup>8</sup>. Foram identificadas cerca de 31.922 (BRASIL, 2008). Nesta pesquisa desenvolvida não foram analisadas todas as cidades brasileiras e o número acima não conta com os resultados das pesquisas realizadas em São Paulo em 2003 (10.399 pessoas), Belo Horizonte em 2005 (1.164 pessoas, incluindo crianças e adolescentes), Recife em 2005 (1.390 pessoas, incluindo crianças e adolescentes) e Porto Alegre 2007 (aproximadamente 1.203 pessoas)<sup>9</sup>. Considerando esses aspectos, não é possível, e talvez nem importante, contabilizar um número fixo e confiável dessas pessoas somando todas as pesquisas, devido suas diferentes metodologias e critérios etários diferenciados.

Em relação ao estar em situação de rua, o maior índice, cerca de 35,5%, afirmam que passaram a viver e morar na rua por problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, 29,8% justificam pela situação de desemprego, e 29,1% por desavenças com pai/mãe/irmãos, sendo que 71,3% do total de entrevistados citaram pelo menos um dos três motivos, e a possibilidade de alguns momentos contribuem como o desencadeamento de outro. Grande maioria, 69,6%, costuma dormir na

---

<sup>8</sup> Entre as capitais brasileiras não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte e Recife, que haviam realizado pesquisas semelhantes em anos recentes, e ainda Porto Alegre por estar realizando outra pesquisa com o mesmo público naquele momento.

<sup>9</sup> Os dados da pesquisa de Porto Alegre – RS foram encontrados no trabalho de Graziola (2011).

rua, 22,1% dormem geralmente em albergues e outras instituições, e somente 8,3% alternam entre a rua e essas instituições acolhedoras. Aproximadamente 48,4% está há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue (BRASIL, 2008).

Apenas 27,7% deles afirmaram ter algum problema de saúde, e nos mais citados estão: hipertensão (10,1%), psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%), visão/cegueira (4,6%). Geralmente quando adoecem, 43,8% procuram o hospital/emergência em primeiro lugar e apenas 27,4% procuram o posto/centro de saúde inicialmente. A grande maioria desta população não é atingida pela cobertura de benefícios de programas governamentais, somando em 88,5% aqueles que afirmam não receber nenhum tipo de benefício de órgão governamental. E por fim, a grande maioria, 95,5%, não participa de qualquer movimento social ou atividade de associativismo, sendo que apenas 2,9% afirmaram participar de algum movimento ou associação (BRASIL, 2008).

Ferreira e Machado (2007) identificam quatro grandes grupos de fatores que levam esses sujeitos a fazer da rua seu principal local de referência, contribuindo para ampliação e entendimento do fenômeno, assim podem ser divididos em: experiências de violências, uso e abuso de drogas, o desemprego e problemas de saúde. Reflete que estes fatores podem ser identificados de forma isolada ou ainda de forma combinada, nem sempre muito fáceis de identificar e separar, revestidos de determinados períodos de tempo ou permanentemente.

Para cada um desses grupos de fatores Ferreira e Machado (2007) citam exemplos. No caso das experiências de violências, dentre elas a violência doméstica em suas várias formas (psicológicas, física, sexual, dentre outras), direcionadas principalmente às mulheres, idosos, crianças deficientes é um dos fatores que incidem sobre os rompimentos familiares, que por sua vez intensificam as saídas de casa por longos períodos, ou mesmo para nunca mais retornarem. Relativo ao uso e abuso de drogas, acreditam que este seja um dos determinantes da “desagregação familiar”, e que os dependentes de álcool e outras drogas encontram nos logradouros públicos mais liberdade para “manter o vício”, diferentes do ambiente familiar, ou mesmo dos albergues e abrigos que possuem regras talvez menos acolhedoras para exercício desse tipo de prática.

Dos fatores relacionados ao desemprego, consideram que muitas pessoas ao não conseguirem gerar renda o suficiente para suas necessidades de moradia, ocasionado pela não ocupação de um posto de trabalho, ou mesmo pela realização de trabalhos informais e/ou

precários, muitos acabam por morar nas ruas, não tendo condições de retornar para suas casas devido as distâncias, quando ainda as têm. Afirmam que muitos ao procurar trabalho, chegam as grandes cidades e se deparam com a falta de oportunidades, assim, mesmo não conseguindo uma ocupação não retornam imediatamente as suas casas, para não lidar com o fracasso perante seus familiares. Ainda referente aos quadros de desemprego, muitos outros grupos populacionais, como ex-detentos, indivíduos provenientes de orfanatos, hospitais psiquiátricos, dentre outros, encontram muitas dificuldades de integração social, tendo maiores possibilidades de não conquistarem um posto de trabalho e gerarem renda, no qual segundo os autores, a vida nas ruas acaba por se constituir como única ou mesmo a saída mais viável (FERREIRA; MACHADO, 2007).

O quarto grupo, inclui pessoas que sofrem com doenças de difícil aceitação social por parte das famílias como a Aids, hanseníase e os diversos transtornos mentais, e mesmo as deficiências físicas e/ou mentais. Em geral as famílias não possuem muitos recursos para lidar com essas situações, considerando os equipamentos muitas vezes necessários ou mesmo os tratamentos dispendiosos de algumas doenças, as instituições públicas ou mesmo a rua são, portanto, os possíveis destinos de muitos (FERREIRA; MACHADO, 2007).

No olhar dos autores, estes quatro grupos apresentados não abrangem todas as situações possivelmente encontradas no espaço das ruas, e também não podem ser vistas como determinantes absolutos *per si*, muitas vezes isolados ou combinados, contribuem para a intensificação de processos de exclusão social, nem sempre levando os indivíduos a ocuparem as ruas. Chamam atenção para o reconhecimento das histórias de vida individuais, nas quais há de se perceber um processo – temporal e de situações, que marcam a vida desses sujeitos.

Silva (1998) em pesquisa realizada junto a crianças de camadas populares em Florianópolis identifica os principais motivos que levaram crianças e adolescentes a passar grande parte do dia ou mesmo a morar nas ruas da cidade. Segundo seu estudo os principais fatores que contribuíram para o fenômeno estavam entrelaçados com experiências de ter visto ou sofrido violência dentro de casa, muitas vezes na relação com os “novos maridos das mães”, a morte de pais e familiares que gostavam muito, no qual a ida para as ruas se constitui como uma forma de lidar com o sofrimento fora do espaço da casa. Aparece também neste contexto, as dificuldades de se relacionar com as regras da casa, considerando que na rua possuíam mais liberdade, inclusive para o uso

de drogas. Outro fator segundo a autora é o uso e abuso de drogas, principalmente álcool, por parte dos pais, o que contribuiu com situações de violências contra as crianças e adolescentes.

Ao abordar os possíveis motivos que os andarilhos apontam como responsáveis para a ida para o trecho, Brognoli reflete considerando a possível “[...] sobredeterminação de fatores que escapam ao entendimento dos sujeitos[...]”, isso quando interrogados ou mesmo quando contam suas histórias sobre a ida para a rua, “[...] sendo destacados aqueles que mais fazem sentido” (1996, p.87-88). Mesmo apontando as dificuldades de reconhecer os verdadeiros motivos, que também não se apresentam de forma estaque e podem se constituir no próprio trecho, muitas vezes sobrepostos por motivos convencionais como o desemprego ou desavenças familiares, estão entre eles a possibilidade de “[...] viver sem compromissos e sem patrão, a necessidade de apagar os rastros de sua existência e a vontade de ‘ser vagabundo’” (1996, p.89).

Em sua pesquisa, o autor considera que certas narrativas dos sujeitos entrevistados buscam dar conta da possibilidade de legitimação de sua condição, já que em geral a sociedade não vê a condição de trecheiro como algo “normal”. Assim, os sujeitos colocam-se como alguém que sofre uma ação, redirecionando para outros a responsabilidade da situação em que se encontram, no trecho.

Trecheiros e pardais, como intitulados por Brognoli (1996), rompem:

[...] os marcos referenciais que circunscrevem territórios relativamente estáveis na vida sedentária (um círculo que se expressa na tríade casa-família-trabalho), produzem um territorialidade que se apoia na constância da desterritorialização e que, ao mesmo tempo, cria um compromisso com esta ao ponto de torná-la um fim em si mesma. Não estabelece novos territórios para deles partir novamente a qualquer momento, mas fixa-se na mobilidade (1996, p.93).

O autor assinala uma marca central deste grupo formado pelos trecheiros e pardais, o signo da desterritorialização, não somente no sentido de terra-lugar-propriedade-território, que para além disso, rompe os sentidos com a “vida normal”, nas quais grande parte dos sujeitos modernos vivenciam principalmente na relação com a casa, família e trabalho. A mobilidade apontada pelo autor se transfere para todas as

esferas da vida desses sujeitos, nos fazendo muitas vezes estranhar essas formas de ser e estar, que em alguns momentos parece-nos “não ser e não estar”.

Assim, a partir das ideias e constatações dos diferentes autores apresentados, reconhecemos a diversidade de fatores que levam ou contribuem para que os sujeitos se constituam como pessoas em situação de rua, sendo que discutiremos na sequência a relação situação de rua e uso e/ou abuso de álcool e outras drogas.

#### **2.4.1 Processo de rualização e o uso/abuso de álcool e outras drogas**

Velho (2003) nos alerta que é fundamental compreender que o uso de drogas não deve ser examinado isoladamente, fazendo parte de um conjunto ao qual pode estar integrado de modos distintos. Considera que na antropologia e na história, conhecemos e compreendemos como diferentes culturas criaram um espaço próprio para o consumo dos mais variados tipos de drogas, sendo utilizadas em diferentes contextos, nos quais se incluem cerimônias religiosas, rituais de passagem, dentre outras atividades cotidianas. Segundo o autor, registram-se diversos casos em que a droga é um veículo privilegiado para a comunicação com o mundo dos espíritos e com o sobrenatural.

Tratando-se do segmento pessoas em situação de rua, observa-se um grande número de usuários de álcool e/ou outras drogas que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Considerando os diferentes fatores que levam os sujeitos a rua, muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, ao permanecer neste contexto, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua. O que na sequência contribuiu para que os sujeitos vivam na rua como forma de continuidade do uso das substâncias (BRASIL, 2010).

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na sociedade brasileira realizado pela SENAD (2007), o consumo de bebidas alcoólicas poder ser considerado um comportamento adaptado à maioria das culturas. A ingestão de bebidas alcoólicas está associada à vida cotidiana presente nas celebrações, situações de negócio e sociais, cerimônias religiosas e eventos culturais. Por outro lado, “[...] o consumo nocivo de álcool é responsável por cerca de 3% de todas as mortes que ocorrem no planeta, incluindo desde cirrose e câncer hepáticos até acidentes, quedas, intoxicações e homicídios” (MELONI; LARANJEIRA, 2004 apud BRASIL, 2007, p.32). No caso dos países em estágios de desenvolvimento, no qual o

Brasil se inclui, as bebidas alcoólicas são um dos principais fatores de doença e mortalidade, sendo que chega a alcançar índices entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde dessas nações (MELONI; LARANJEIRA, 2004; WORLD HEALTH REPORT, 2002 apud BRASIL, 2007).

Como já apontado anteriormente, o uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, é traço marcante nas histórias de vidas antes e durante a estada nas ruas, como nos aponta a pesquisa Nacional sobre população em situação de rua realizada no Brasil nos anos de 2007-2008, na qual cerca de 35, 5% dos sujeitos participantes relacionaram sua ida para as ruas com uso e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas, apontado-o na pesquisa como o principal motivo de deixar suas casas.

O consumo de álcool e outras drogas pode ser considerado bastante alto na população em situação de rua se comparados aos dados disponíveis no levantamento realizado pelo CEBRIB em 2005, no qual mostra índices de dependência entre a população brasileira, identificando 12,3% de pessoas dependentes em álcool, 10,1% em tabaco e 1,2% em maconha. A pesquisa anterior aponta dados proporcionalmente menores, se comparados aos revelados em outra pesquisa na capital paulista, na qual cerca de 70% da população de rua entrevistada consumia álcool de forma abusiva e 60,3% tabaco. O uso de maconha foi em média de 27%, cocaína inalada 17,5% e crack 12,4% (BRITO et al, 2007).

Dado importante para exemplificar o alto índice de consumo de álcool e outras drogas é a afirmação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 no qual 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentes de condições sociais, econômicas e culturais. Esta constatação mostra o quanto o uso e/ou abuso de drogas é um fenômeno mundial, e que vem se agravando na população em situação de rua, considerando as pesquisas disponíveis específicas para este segmento (BRASIL, 2004).

Snow e Anderson (1998) refletem que há muito tempo o uso e/ou abuso de álcool e outras drogas nos espaços das ruas é parte de dimensões culturais que compõem o estilo de vida de quem vive nas ruas. No olhar dos autores, o uso de drogas, dentre elas o álcool, está para além de um hábito vivenciado e adquirido na história de vida, é anterior, está marcado na cultura das sociedades.

O álcool, bem como as outras drogas, está sempre presente na realidade de grande parte das pessoas, utilizadas frequentemente entre os

sujeitos em situação de rua, que para além dos números, se constitui como forma de socialização entre os sujeitos, ou mesmo como forma de minimizar a fome, o frio, contribuindo também para o embotamento emocional dos sujeitos (COSTA, 2005; CARNEIRO JUNIOR et al, 1998).

Brognoli ao relatar sobre as histórias de vida de pessoas em situação de rua, no subtítulo “Goró”, afirma que o uso de álcool nas ruas não apenas responde a necessidade de dependência dos sujeitos, como serve também de suporte para o desenrolar da vida cotidiana reduzindo a inibição, bem como “[...] anestesiante das condições duras da vida na rua – o frio, a fome e as lembranças ruins – e, novamente dos laços interpessoais, sempre flutuantes e que, por sua vez, refletem a dinâmica ciclotímica dos efeitos da bebida” (1996, p.163).

O uso do álcool na vida dos sujeitos em situação de rua aparece rodeado de significados, desde a necessidade física dos dependentes dessa substância, até como forma de conseguir lidar com as dificuldades diárias da vida, considerando os processos de exclusão social vivenciados por este segmento.

Sendo o consumo e abuso de álcool e outras drogas uma característica marcante e muitas vezes determinante das condições de vida dos sujeitos, torna-se necessário refletir sobre ações e políticas direcionadas a esse público tão desprovido de proteção e atenção pelos órgãos públicos. Neste contexto, discutiremos o Consultório de rua como um dispositivo de atenção a saúde as pessoas em situação de rua, retomando sua história na escassa literatura, buscando refletir sobre seu surgimento e inserção na rede de atenção a saúde e saúde mental no Brasil, bem como seus pressupostos e concepções que se aproximam de um novo pensar a clínica em saúde.

## 2.5 PROTEÇÃO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Com o fenômeno da industrialização e o rompimento das relações tradicionais do feudalismo, surge a necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial que contribua nas regulações das condições de trabalho e também no sentido de minorar os sofrimentos decorrentes da situação de miséria e pobreza, agora vistas como problemas sociais intensificados a partir desse período (FLEURY; OUVENEY, 2008).

O surgimento dos sistemas de proteção social na Europa, datados do final no século XIX, ocorreu em sociedades nacionais diferentes,

tendo características próprias, tendo em vista a estrutura e dinâmica social de cada uma delas. Mesmos considerando as diferenças nacionais, segundo Fleury e Ouverney (2008) é possível distinguir três tipos ideais de modelos de proteção social: assistência social, seguro social e a seguridade social. Estes três modelos se diferenciam na concepção de suas políticas sociais e na organização de suas instituições, impactando a construção da própria sociedade da qual faz parte.

O modelo de Assistência social privilegia a capacidade do mercado como viabilizador dos serviços sociais, minimizando o papel do estado, fortalecendo valores como a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades, capazes de gerar condições diferenciadas de competição no mercado. Neste modelo as ações públicas são focalizadas, residuais e complementares, assumindo caráter compensatório e discriminatório sobre os grupos que necessitam de tal proteção social. Essa relação foi denominada por Fleury (1994) como cidadania invertida, tendo em vista que os indivíduos transformam-se em objetos da política como consequência de seus próprios fracassos sociais.

O modelo de Seguro social, implantado por Bismark na Alemanha, se relaciona por meio das relações contratuais, já que depende de contribuições dos patrões e trabalhadores formais que junto ao incentivo financeiro estatal, objetiva a manutenção das condições socioeconômicas dos beneficiários. Este modelo diferencia seus beneficiários de acordo com seu nível de contribuição e suas necessidades, sendo o vínculo com o mercado de trabalho, e sua consequente contribuição, critérios indiscutíveis para ser considerado beneficiário. Por essa condição de inserção na esfera produtiva, Santos (1979) caracterizou esse modelo como cidadania regulada.

O terceiro modelo, intitulado como Seguridade social, rompe a necessidade dos sujeitos realizarem alguma forma de contribuição para que sejam possuidores de uma proteção social. Aqui as ações, nas diferentes áreas: saúde, educação, assistência social, dentre outras, são efetivadas pelo estado através de um conjunto de políticas públicas, que garantem a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. O estado desempenha um papel central na organização, execução e financiamento do sistema, que se caracteriza como universal e igualitário, dependendo apenas da necessidade dos indivíduos (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

A Política social pode ser considerada como o conjunto de ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social. É ela que

dá materialidade aos sistemas de proteção social e envolve a concretização e o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. Como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver as responsabilidades públicas, estatais ou não, na promoção da seguridade social e do bem-estar da coletividade. Segundo Fleury e Ouverney (2008) tradicionalmente as políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, campos clássicos do bem-estar social, podendo comportar outras áreas como educação e habitação.

A política social de saúde no Brasil passou por diferentes momentos. Antes da década de 1920, não se observava nenhuma política de saúde estruturada por parte do estado brasileiro, portanto quem necessitava de assistência médica pagava por esses serviços ou estava nas mãos das instituições religiosas e de caridades, como era o caso das famílias pobre e menos abastadas. Segundo Borba (1997) as únicas ações de saúde coletiva por parte do estado neste período estavam voltadas para as áreas portuárias focos de endemias e moléstias infectocontagiosas, que colocavam em risco as atividades agroexportadoras brasileiras.

A partir de 1923, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), é instituída então a primeira modalidade de seguro para os trabalhadores do setor privado. Os CAPs organizados por empresas, financiados então com a contribuição compulsória dos próprios trabalhadores, tinham como objetivo assegurar as pensões e aposentadorias, bem como a assistência médica aos trabalhadores e seus dependentes (COHN, 2001). Percebemos aqui um modelo de proteção social na modalidade seguro social, no qual só torna-se beneficiário dos serviços aqueles que contribuem financeiramente para a manutenção das ações prestadas, portanto focalizado e contributivo.

O modelo de CAPs, que atendia três principais categorias profissionais naquele momento, os ferroviários, portuários e marítimos, perdurou até o fim da década de 1920. Por volta de 1933, segundo Escorel e Texeira (2008), o governo Getúlio Vargas iniciou um movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que agora ampliam os benefícios para outras profissões, sendo que os Institutos a partir deste momento foram organizados por categorias profissionais e não mais por empresas. Assim foram criados os Institutos de Aposentadorias dos Marítimos (1933), dos bancários e comerciários (1934), dos Industriários,

transportadores de carga, estivadores e servidores do estado (1938), dentre outros.

Ainda na década de 1930, com a crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, deixando a saúde de ser responsabilidade do Ministério da Justiça e negócios de interiores, campanhas sanitárias e ações no campo materno-infantil. Com o estado novo, e a partir de algumas reformulações no Ministério, foram criados serviços com equipe especializadas para atuação sobre determinadas doenças como Febre Amarela, Malária, Peste, Tuberculose, câncer, de doenças mentais, bem como Serviços Nacionais de Educação Sanitária, de Saúde dos Portos, de bioestatística e de água e esgoto (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública que representava naquele momento, uma ampliação das ações médico-sanitárias no Brasil, chegando à áreas estratégicas do ponto de vista econômico e militar, locais de produção de borracha na região amazônica (BORBA, 1997).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), financiados pelos trabalhadores, eram de gestão exclusiva do estado, mesmo com a luta dos trabalhadores para que participassem do seu controle. Estes institutos considerados o berço da previdência social brasileira, em decorrência do golpe militar, foram unificados no então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Com a criação do INPS em 1966, aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência social brasileira, ainda responsável pela assistência médica aos trabalhadores, sendo que estes serviços passam a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as tão importantes aposentadorias e pensões, foco principal dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (COHN, 2001).

De acordo com Magajewski (1994), as políticas governamentais a partir da criação do INPS, enfatizaram o tratamento médico hospitalar com infra-estrutura sofisticada e centralizada, e ainda amparadas por medicamentos modernos. Tendiam a desenvolver um padrão de organização de prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, contribuindo para a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor de serviços médicos e medicamentos privados. O número de hospitais vinculados aos IAPs no Brasil, agora unificados no INPS, cresceu de 5 em 1948 para 32 em 1978, mostrando a importância e investimento neste tipo de aparato de saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Mesmo com a criação do Ministério da Saúde em 1953, desvinculado da área da Educação e marcado pela troca frequente de ministros, permaneceu sem uma direção clara até o golpe militar de 1964, evidenciando ser objeto de intensa e frequente barganha política. Como nos assinala Teixeira et al (1988) o Ministério da Saúde estava em segundo plano, já que era considerado disfuncional à modernização, tendo em vista que sua atuação era no âmbito coletivo e financiado pela união. Assim, a assistência médica individual e curativa continuava vinculada à área da Previdência Social, às instituições filantrópicas e à medicina privada.

Na década de 1970, a criação do Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS), em substituição ao antigo INPS, conferiu um novo impulso no modelo de assistência já em curso, o modelo Liberal Privatista, ou médico assistencial privatista. Neste momento o setor público na prática é responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação deste modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e apoios diagnósticos são comprados diretamente do setor privado. No período cresceu enormemente a prestação de serviços privados, devido à facilidade das condições ofertadas pelo Estado: capital fixo subsidiado pelo governo, quase sem risco empresarial e nenhuma competitividade. Com a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, a dicotomia preventivo/curativa foi cristalizada formalmente, as questões assistenciais ficam a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde (MENRY; MALTA; SANTOS, 2004).

Em 1974 o estado brasileiro ao assumir um novo arranjo institucional para a área da previdência social, cria o Ministério da Previdência e Assistência social, mas que ainda continua responsável pelas atribuições médico-assistenciais, afirmando a chancela pelas ações rentáveis de saúde para a iniciativa privada, intermediado então pela previdência social brasileira (BORBA, 1997).

Por volta de 1979, vem a público por meio da Secretaria de Planejamento, um enorme rombo financeiro da Previdência social brasileira que não conseguia naquele momento arcar com todos os custos daquilo que oferecia e “partilhava” com o setor privado. Em meio à crise econômica do período, e as transformações dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, aparece em cena uma insatisfação dos trabalhadores da saúde e prestadores de serviço em

relação ao próprio sistema de saúde, que segundo Borba (1997) torna-se inevitável sua reestruturação.

Em resumo, desde o início do século XX até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da luta da Reforma Sanitária Brasileira, o Brasil passou por dois diferentes modelos de atenção a saúde que ainda marcam sua história atual. O *Sanitarismo Campanhista* foi o primeiro, estava ligado ao modelo econômico agroexportador, que direcionava as ações do sistema para uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias da exportação brasileira e erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar os trabalhos de exportação. Após, o modelo *Liberal Privatista*, ou *médico assistencial privatista*, teve início no Brasil com o surgimento da Assistência Médica Previdenciária, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. O que estava em cena neste momento, já não era o cuidado propriamente com os espaços, mas com os trabalhadores no intuito de manter sua capacidade produtiva. Este modelo se expande com a criação do INPS, INAMPS, e a atenção médica suplementar por meio dos convênios-empresas incentivados pelo investimento público e execução pelo setor privado (MENRY; MALTA; SANTOS, 2004).

De acordo com Borba (1997), desde o início do processo de abertura política, datado do final da década de 1970, duas diferentes correntes político-ideológicas delineavam-se em relação ao setor saúde. Enquanto uma representada principalmente pelos representantes das indústrias farmacêuticas, de laboratórios e hospitais – o que Da Ros (1995) chamou de complexo médico-industrial, defendia a privatização do setor saúde; a outra corrente formada por intelectuais e profissionais de saúde e pelo movimento estudantil, foi denominada Movimento da Reforma Sanitária.

Os anos 70 são ricos em mobilização e férteis no sentido de conformar na saúde um movimento, a Reforma Sanitária Brasileira, que segundo Fleury (1997) portava um modelo de democracia e igualdade de direitos, no qual a saúde seria um direito individual, onde todos teriam direitos garantidos, portanto propunha uma utopia igualitária e a construção de um poder local fortalecido pela gestão democrática.

Escorel (1988) define o movimento da Reforma Sanitária como um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto. A autora identifica três tipos de práticas que caracterizam este movimento: prática teórica (a construção

do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais).

Nesta conjuntura amplia-se o debate sobre estratégias de transformação social, no qual os programas de medicina comunitária em diferentes universidades do país contribuíram para formação de profissionais com olhares mais ampliados sobre o processo saúde-doença, conseguindo propiciar a estes uma visão mais integral sobre a saúde dos sujeitos, diferente da prática médica hegemônica prestada naquele momento no Brasil (SCOREL, 2008).

Todo este movimento em torno do projeto contra hegemônico, desde suas primeiras ações nos anos 70, culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se constituiu como um alicerce para o texto constitucional de 1988. Segundo Menry, Malta e Santos (2004), o relatório final da VIII Conferência, apontou três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (lei 8080 de 1990), o estado passa a ser o responsável direto pelas ações de saúde, tendo esta, uma nova amplitude e reorganizada com política social do tripé da seguridade social brasileira (Saúde, Previdência e Assistência Social), orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Além da universalização das ações, estas passam a fazer parte das responsabilidades dos municípios, que a partir de 1990, passam pelo processo de descentralização.

O Sistema Único de Saúde (SUS), então instituído pela Constituição Federal de 1988, é o que compreende atualmente o conjunto de ações e serviços públicos de saúde no Brasil. O SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde, sendo papel a garantia desse direito, sua implantação tem início na década de 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8080 de 1990) e da Lei 8.142 de 1990 que define formas de participação da sociedade na gestão do sistema.

A lei 8080 de 1990 define o SUS como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. A iniciativa privada aparece nesse novo modelo apenas quando as disponibilidades de ações públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, portanto é complementar, sendo efetivada por meio de contratos e convênios que devem respeitar os princípios éticos e outras normas expedidas pelos órgãos de direção do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

De acordo com a Lei 8080/90, os principais princípios e diretrizes do SUS são: Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Integralidade na assistência; participação da comunidade; e Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

## 2.6 ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

A assistência às pessoas com problemas mentais no Brasil data de 1852, quando é inaugurado o primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, destinado aqueles considerados alienados mentais<sup>10</sup>. Vinculado a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não era considerado instituição médica, e sim de caridade, alvo de muitas críticas da classe médica brasileira. A criação desta instituição abriu caminho para surgimento de muitas outras instituições similares no Brasil, nas quais as colônias agrícolas foram expressão desse movimento, sendo que a Colônia de Juquery em São Paulo chegou a ter 15 mil internos e a Colônia de Jacarepaguá no Rio de Janeiro, alcançou um número próximo dos 8 mil internos (AMARANTE, 2008).

A ideia de colônias, segundo Amarante (2008), já era suficiente para identificar uma modalidade única de cultura para com as pessoas chamadas então de alienadas, uma prática de segregação e exclusão, de um determinado tipo de pessoas por apresentar características

---

<sup>10</sup> O conceito de alienação mental foi utilizado por Philippe Pinel, médico Francês considerado o pai da psiquiatria, em seu clássico tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental ou mania. Tal conceito se refere à ideia de um distúrbio das paixões que ocasiona um distúrbio moral (AMARANTE, 2008).

diferenciadas, mas comum entre elas, deveriam permanecer em espaços fechados e sem contatos com o mundo externo. Conforme o autor, falava-se até mesmo na criação de cidades destinadas a moradia dessas pessoas, as cidades manicômios.

O Brasil foi observando o crescimento de instituições totais, como as colônias agrícolas e os Hospitais psiquiátricos, que durante muito tempo foram as referências principais para atenção – diga-se exclusão e segregação, das pessoas consideradas alienadas – os loucos, os portadores de alguma doença contagiosa ou considerada grave, os sujeitos com comportamento diferenciados da “normalidade”, dentre eles os que usavam drogas.

Desde a abertura do primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro, no século XIX, até a década de 1980, o que dominou no Brasil foram os tratamentos dos sujeitos em colônias, hospitais psiquiátricos, que acompanhavam o crescimento dos grandes complexos hospitalares incentivados pela assistência médica da Previdência Social, principal responsável pela assistência médica no Brasil no período. Como nos mostra Cerqueira (1984) o número de leitos cresceu exorbitantemente na esfera privada e manteve-se sem muitas alterações no público, conforme tabela que segue:

Tabela 1 - Número de leitos psiquiátricos públicos e privados no Brasil – 1941 e 1978.

<b>Ano</b>	<b>1941</b>	<b>1978</b>
<b>Leitos públicos</b>	21.079	22.603
<b>Leitos privados</b>	3.034	55.670
<b>TOTAL</b>	24.113	78.273

Fonte: Cerqueira (1984).

De acordo com Machado e Miranda (2007), as primeiras intervenções do governo Brasileiro relativas ao uso e abuso de drogas, ocorreram no início do século XX, após a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas, buscando preservar a segurança e a saúde pública no país. Segundo os autores, nesse período o consumo de drogas ilícitas ainda era considerado incipiente não chamando a atenção dos governantes para essa questão, já a questão do uso de álcool embora com proporções bem maiores, era tolerada pelos próprios governantes e pela sociedade brasileira.

Tendo em vista a falta de ações governamentais perante o problema do abuso de álcool, a iniciativa privada se mobilizou para a

criação de sociedades como a Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança, espaços privados que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MUSUMESCI, 1994).

Corroborando com as ideias de Musumesci (1994), o Ministério da saúde do Brasil, em texto publicado no ano de 2005 reconhece que a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente das questões relacionadas à prevenção e ao tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Assim, abriu-se uma lacuna histórica na política de saúde que relegou os cuidados com os usuários de drogas para outras instituições, desde a justiça, segurança pública, pedagogia, associações religiosas, bem como para a iniciativa privada. Aprofunda-se então, em todo o país, alternativas de atenção de caráter total, fechado, baseados em práticas psiquiátricas ou médicas, ou de cunho religioso, moral, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado (BRASIL, 2005).

Para além das ações encampadas por instituições privadas e de cunho religioso com vistas a oferecer atenção aos usuários de álcool e drogas, há por parte do estado brasileiro, ao longo do século XX a criação de um aparato jurídico-institucional com o objetivo de controlar o consumo de drogas ilícitas. Constituído por uma série de leis e decretos, estes proibiam e criminalizavam o uso e comércio de drogas no país, previam, portanto, ações de exclusão dos usuários do convívio social, sendo que poderiam ser enviados para prisões, sanatórios e a partir da década de 1970 para os Hospitais psiquiátricos. As medidas de repressão eram incentivadas e aprovadas em grandes Encontros internacionais, como a Convenção de Haia (1911), que propôs o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Outros espaços importantes eram as reuniões realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos anos de 1961, 1971 e 1988 que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas no mundo (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Um dos exemplos de legislação que seguiam nessa direção era o próprio Código Penal Brasileiro da época, o qual, por meio do decreto 4.294 de 1921, propôs pena de prisão para aqueles que comercializassem ópio, seus derivados e cocaína. Para aqueles que embriagados acarretassem qualquer tipo de ato nocivo a si próprio ou para a ordem pública, deveria ser penalizados através da internação compulsória em estabelecimento “correcional adequado”, no qual

também foram criados os sanatórios para toxicômanos (BITTENCOURT, 1986; FIORE, 2005).

De acordo com Fiore (2005) a medicina também teve sua contribuição nesse movimento, quando na década de 1970 influenciou com subsídios tecnocientíficos a legitimação na legislação brasileira do controle do uso de drogas, no qual os usuários de drogas passaram a ser considerados doentes e/ou criminosos. Então nesse momento foram reforçados os modelos de atenção a esses sujeitos, através dos hospitais psiquiátricos e centros especializados de tratamento, que propunham salvar, recuperar, tratar e punir. O que no olhar de Machado e Miranda (2007) influenciam as ações direcionadas a esse público até os dias atuais.

Assim, historicamente, no Brasil, o tema do uso de álcool e outras drogas foi sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de formas de tratamento baseadas em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social, e longe do lugar onde sempre viveram. Portanto, não havia antes dos anos 2000 uma política no âmbito da saúde pública que tivesse um alcance nacional e reconhecesse a questão como uma questão social e de saúde (BRASIL, 2005).

A transição do modelo de atenção acontece pós as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, apoiados pelas discussões e proposições da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, que se iniciam com a implantação por parte do Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Atenção Comunitária integrada aos usuários de álcool e outras drogas no ano de 2002. Nesse momento o problema do uso e abuso de álcool e outras drogas é reconhecido oficialmente como um problema de saúde pública, sendo que é constituída uma política pública específica para atenção a essas pessoas, com lugar reservado dentro da estrutura da saúde mental no Ministério da Saúde. Esta política, mais conectada com os preceitos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, define como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, uma compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem da redução de danos (BRASIL, 2005).

A partir deste momento, se fortalece no Brasil uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, a qual, tem ênfase na reabilitação e reinserção social, fundada na abordagem da redução de danos, em que os Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras

drogas - CAPS ad são os dispositivos estratégicos e centrais, como nos mostra a figura 1, que simboliza a rede de atenção psicossocial apresentada pelo Ministério da saúde na época.

Figura 1 - Rede de atenção à saúde mental.



Fonte: Brasil (2004a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), nesse momento, pós III Conferência e aprovação da Lei 10.216/2001, a rede de atenção à saúde mental vai se fortalecendo e sendo ampliada em todo o território nacional, no qual seus principais dispositivos e serviços são:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - Estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, são serviços municipais que oferecem atendimento diário às pessoas com sofrimento psíquico intenso e contínuo, prestam atendimento clínico e buscam a reinserção social, é um serviço considerado com substitutivo aos hospitais psiquiátricos.

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – são moradias localizadas no espaço urbano construídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com sofrimento psíquico grave, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

- Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais – hospitais gerais que prestam o acolhimento integral ao sujeito em crise, articulados com outros dispositivos de referência da rede de saúde mental;

- Centros de Convivência e Cultura – são dispositivos públicos que oferecem às pessoas em sofrimento psíquico espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, desta forma são espaços muito ligados a área da cultura e da arte, que por meio destas ações visam a inclusão dos sujeitos na vida em sociedade;

- Programa de Volta para Casa (PVC) Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 – O PVC é um dos instrumentos mais efetivos para reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização. São incentivos financeiros através de um auxílio-reabilitação mensal, para os sujeitos que passaram por um longo período internados em hospitais psiquiátricos antes do ano de 2003.

- Atendimento à Saúde Mental na Atenção Básica – Através principalmente das Equipes de Saúde da Família – ESF, profissionais de saúde mental trabalham nas Unidades Básicas de Saúde realizando atendimento clínico e ações de prevenção e/ou promoção de saúde, podem ser assessorados pelas Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental ou pelos próprios CAPS do território.

Outro serviço importante que vem se ampliando são as iniciativas de geração de trabalho e renda para os usuários da rede de atenção à saúde mental, na lógica da economia solidária, com o objetivo de produção da autonomia e inclusão social dos sujeitos com sofrimento psíquicos. A economia solidária é hoje uma Política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, sendo um movimento organizado de resposta à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho. Estas iniciativas são apoiadas pelo Programa Nacional de Inclusão pelo Trabalho, fruto da parceria entre os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Saúde (BRASIL, 2005).

Em 2009, foi instituído o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS - PEAD<sup>11</sup> (2009 -2010), com as seguintes finalidades:

---

<sup>11</sup> O PEAD foi instituído pela Portaria/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009.

I – ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS);

II – diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas;

III – construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

O PEAD teve como principais eixos de intervenção:

1 - Ampliação do acesso ao tratamento: expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e do atendimento pela Rede de Urgência e Emergência; expansão das ações de saúde mental na atenção básica; articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social;

2 - Qualificação da Atenção - Formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento: qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento;

3 - Articulação intra e intersetorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho, Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais. Apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental;

4 - Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social.

De acordo com o levantamento realizado pela área técnica de saúde mental do Ministério da saúde, através do relatório *Saúde Mental em dados 7*, no ano de 2010, o PEAD contribuiu na ampliação de serviços e estratégias para atenção as pessoas com sofrimento psíquico e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, explicitado na tabela que segue:

Tabela 2 - Equipamentos/Estratégias implantados pelo Plano Emergencial para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS, no período de Junho de 2009 a maio de 2010.

<b>EQUIPAMENTOS/ESTRATÉGIAS</b>	<b>IMPLANTADOS</b>
<b>CAPSad</b>	26
<b>CAPSi</b>	11
<b>CAPS III</b>	5
<b>Consultórios de Rua</b>	34
<b>Escola de Redutores de Danos</b>	10
<b>Projetos de Redução de Danos</b>	24

Fonte: Saúde Mental em dados 7 (BRASIL, 2010).

No ano de 2010, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, é lançado Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas – (PIEC 2010), tendo como objetivos a prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Segundo o Decreto, o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Uma série histórica apresentada no relatório Saúde Mental em dados 7, do Ministério da saúde, contribui no reconhecimento da ampliação dos serviços CAPS em todas as modalidades no Brasil. Conforme a tabela 3 apresentada na sequência, o conjunto formado por todas as modalidades de CAPS cresceu cerca de 263% entre os anos de 2002 e junho de 2010, passando de 424 para 1541 unidades, outros crescimentos bastante consideráveis foram o de CAPS I (para município com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), de 400%, aumentando de 145 para 725, e dos CAPS Álcool e drogas, cerca de 476%, de 42 para 242 unidades no mesmo período.

Tabela 3 - Número de CAPS por tipo de ano (Brasil. 2002-2010\*).

<b>Ano</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPSi</b>	<b>CAPSad</b>	<b>Total</b>
<b>2002</b>	145	186	19	32	42	424
<b>2003</b>	173	209	24	37	57	500
<b>2004</b>	217	237	29	44	78	605
<b>2005</b>	279	269	32	56	102	738
<b>2006</b>	437	322	38	75	138	1010
<b>2007</b>	526	346	39	84	160	1155
<b>2008</b>	618	382	39	101	186	1326
<b>2009</b>	686	400	46	112	223	1467
<b>2010*</b>	725	406	46	122	242	1541
<b>% crescimento</b>						
<b>2002-2010</b>	400.00	118.28	142.11	281.25	476.19	263.44

\* Até junho de 2010.

Fonte: Saúde Mental em dados 7 (BRASIL, 2010).

No relatório saúde mental em dados 10, com dados até dezembro de 2011, o número total de CAPS implantados passa para 1742 unidades em todo o Brasil, considerando um aumento percentual de 310,84%, se comparado com o ano de 2002 (BRASIL, 2012).

Em 2011, através da Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS tem como objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial aos usuários de álcool e drogas e sua família; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Esta rede é constituída por componentes, que por sua vez são concretizados a partir de pontos de atenção, como apresentados no quadro 1, que segue:

Quadro 1 - Componentes e Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO</b>
<b>I - Atenção básica em saúde</b>	a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; d) Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
<b>II - Atenção psicossocial especializada</b>	a) Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, II, III, CAPS Ad II e III, CAPS Infantil;
<b>III - Atenção de urgência e emergência</b>	a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
<b>IV - Atenção residencial de caráter transitório</b>	a) Unidade de Recolhimento: Adulto e Infato-juvenil; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades terapêuticas);
<b>V - Atenção hospitalar</b>	a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
<b>VI - Estratégias de desinstitucionalização</b>	a) Serviços Residenciais Terapêuticos; b) Programa de Volta para Casa – PVC;
<b>VII - Reabilitação psicossocial</b>	a) Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Fonte: Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 (quadro idealizado pelo autor).

A Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011, além de apontar lugares mais definidos para os pontos de atenção dentro de componentes específicos, incorpora novos serviços à rede, contribuindo na ampliação da mesma e no objetivo de oferecer uma atenção integral as pessoas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. A Portaria da RAPS não estabelece em seu texto um componente e/ou ponto de atenção que deve ser o articulador

das ações ou central no ponto de vista estratégico, diferente das discussões anteriores e os próprios desenhos de rede de saúde mental apresentados pelo Ministério da saúde (conforme a figura 1, pg. 37), no qual os CAPS tinham um lugar central, sendo considerados referências e articuladores da rede de saúde mental. Entendendo a Atenção básica como porta de entrada prioritária para o SUS e espaço no qual os indivíduos e famílias serão acompanhados durante toda sua vida, diferente de qualquer outro dispositivos/serviço da rede de saúde mental, as unidades Básicas de saúde através das ESF passam a compor junto aos CAPS a função de articular e regular os cuidados em saúde mental em seu território.

Neste contexto de ampliação das ações direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas, alguns pontos de atenção são regulamentados em portarias específicas<sup>12</sup> que em alguns casos instituem e definem, ou mesmo redefinem mais detalhadamente cada serviço, sua forma de funcionamento, os incentivos financeiros por parte do governo federal, dentre outras questões.

## 2.7 POLÍTICAS NACIONAIS E SUAS AÇÕES PARA AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA BREVE INCURSÃO

A população em situação de rua se constitui um grupo de pessoas marcadas por vulnerabilidades e riscos sociais, necessitando de ações públicas que atendam suas demandas e contribuam para a continuidade e melhoria de suas vidas, nas e foras das ruas. Não se trata apenas de políticas que os incluam ou os dêem oportunidades de moradia, alimentação, saúde, mas que além de tudo respeitem suas singularidades e lhes ofereçam a possibilidade de viver, mesmo se desejarem permanecer na rua, revestidos de mais proteção e condições dignas de vida.

Com o objetivo de discorrer sobre as principais ações de saúde pública e Assistência Social direcionadas à população em situação de rua que faz uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas, foram analisados os conteúdos presentes em algumas Políticas Nacionais que definem ações específicas para esse público, no qual foram privilegiadas a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004), a Política Nacional para inclusão social da

---

<sup>12</sup> Outras informações sobre portarias referentes aos pontos de atenção da RAPS estão disponíveis no site da área técnica de saúde mental do Ministério da saúde. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925#](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#)

população em situação de rua (2008), a Política Nacional de Atenção Básica, redefinida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e a Política Nacional de Assistência Social (2004) – Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Inicialmente, apresentamos resumidamente cada uma das políticas escolhidas para o desenvolvimento deste texto, como forma de iniciar as reflexões propostas, sendo que foi levado em consideração a centralidade das mesmas tendo em vista a temática proposta, sua importância para o cenário atual brasileiro, considerando ainda, que as mesmas são políticas vigentes em âmbito nacional na área de Saúde e Assistência Social.

Desta forma, as Políticas, de Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e para Inclusão social da população em situação de rua oferecem parâmetros para as ações em todo o território brasileiro, destinando atenção integral e a inclusão da população de rua a partir da responsabilidade compartilhada por diferentes setores, tendo como uma diretriz central a intersectorialidade.

Já a Política Nacional de Atenção Básica propõe-se a constituir ações de saúde a partir da atenção primária, definindo o território como espaço privilegiado de intervenção, em consonância com a Declaração de Caracas (1990)<sup>13</sup> e também como indicado no Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2001)<sup>14</sup>. A outra política importante, e que fará parte deste estudo, é a Política Nacional de Assistência Social (2004), que institui o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Esta articula ações em diferentes esferas objetivando a proteção social dos cidadãos brasileiros, principalmente os que se encontram em situações de maior vulnerabilidade social.

### **2.7.1 Política Nacional para Inclusão social da população em situação de rua (2008)**

A Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua é resultado de reflexões de um grupo de trabalho interministerial instituído em 25 de outubro de 2006, dentre eles o

---

<sup>13</sup> A Declaração de Caracas fortalece a ideia de práticas em saúde mental na atenção primária centradas na comunidade e nas suas redes sociais a partir de um território definido.

<sup>14</sup> O Relatório – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança (OMS, 2001) que traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e drogas, dentre elas a de Promover assistência em nível de cuidados primários.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Cultura, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União. Contou ainda com representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada, fundamentais em todo o processo de avaliação e discussão das propostas.

Tal Política traz contribuições para a reflexão sobre o fenômeno e a caracterização - perfil sociodemográfico e econômico, das pessoas em situação de rua nas grandes cidades brasileiras<sup>15</sup>. Apresenta ainda suas diretrizes e ações estratégicas organizadas por diferentes setores, no intuito de responder as diversas demandas das pessoas em situação de rua.

Esta Política Nacional contém nove diretrizes que apontam para a consolidação de uma rede de proteção às pessoas em situação de rua por meio de seu eixo central: a intersetorialidade<sup>16</sup>. Contempla ações governamentais articuladas as iniciativas da sociedade civil, priorizando a participação política, principalmente nos espaços de controle social, a formação de profissionais para o trabalho com tal público e promoção de ações educativas direcionadas a sociedade focando a mudança de paradigmas culturais que circundam a vida e o viver na rua.

Para o setor Saúde é definido nesta Política algumas ações “mínimas” na área de álcool e outras drogas onde se destacam duas indicações principais direcionadas a esse público. A primeira sugere o fortalecimento de ações na Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família sem Domicílio incluindo prevenção e tratamento de doenças

---

<sup>15</sup> Pesquisa realizada pelos técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e pelo Instituto Meta de Pesquisa de opinião (empresa selecionada por meio de licitação pública), além de representantes de secretarias municipais de assistência social, representantes do CONGEMAS e do FONSEAS, e também representantes dos movimentos sociais que atuam em defesa dos direitos da população em situação de rua.

<sup>16</sup> Intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na [...] população (UNIDA 2008 apud BRASIL, 2008).

com alta incidência na população em situação de rua. A segunda indica para o fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III e AD).

Já para o setor da Assistência Social prevê uma série de ações, mas não define especificidades para os usuários de álcool e outras drogas. Orienta a estruturação de uma rede de acolhidas as populações em situação de rua, enfatizando os albergues como possíveis espaços, a inclusão de públicos específicos dentro deste grupo dos quais crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos como sujeitos de direitos para o recebimento de auxílios, benefícios e a participação em programas sociais.

### **2.7.2 A Política Nacional de Atenção Básica (2011)**

A Política de Atenção Básica é desenvolvida respeitando a descentralização e capilaridade, para que esteja mais próxima da vida das pessoas, é porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS, portanto, deve ser o contato preferencial dos usuários sistematicamente. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Segundo o conteúdo da Política Nacional a “Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2011, p.04).

A Saúde da Família é estratégia prioritária da política, tendo em vista o compromisso de atuar sob determinado território continuamente, na perspectiva de expandir e consolidar a atenção básica em saúde. O SUS define a organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS<sup>17</sup> como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. Desta forma, a atenção básica como parte fundamental desta rede, tem algumas funções que devem contribuir para o funcionamento da RAS, dentre elas: ser a base mais descentralizada e capilarizada da rede; ser resolutiva necessitando para isso identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, articular

---

<sup>17</sup> Conforme a Política Nacional de Atenção Básica as RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial.

diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo e atuar por meio da clínica ampliada estimulando a autonomia dos sujeitos; coordenar o cuidado dos sujeitos na RAS sendo o ponto de comunicação entre os diferentes dispositivos e atores da rede, contribuindo para a atenção integral dos sujeitos; e, ordenar a RAS para que responda as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

A Política Nacional define além das equipes da saúde da família e da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipes de Atenção Básica para populações específicas, dentre elas a população em situação de rua, para tanto institui as equipes chamadas de “Equipes do consultório na rua”<sup>18</sup>. Neste item, chama atenção para que todos os profissionais de saúde do SUS, principalmente os da Atenção primária, se responsabilizem pela atenção integral a saúde desses usuários, como de todos os outros cidadãos. Apresenta questões mais genéricas para a atuação das equipes, mas indica que o Ministério da saúde publicará Portaria específica<sup>19</sup> e Manual técnico discriminando composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

### **2.7.3 Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2004)**

Em consonância com a lei 10.216/2001, e fruto de reivindicações das Conferências de saúde, em especial da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), no ano de 2004 foi instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Tal política aponta que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas historicamente foi tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, sendo que atualmente é

---

<sup>18</sup> As primeiras equipes do Consultório de Rua financiadas diretamente pela política de saúde no Brasil foram anunciadas no Plano Emergencial de Álcool e outras Drogas – PEAD (2009-2010). Assim em novembro de 2009 foi lançado edital público para financiamento dos Projetos Consultórios de Rua do SUS e de Redução de Danos, também legitimados pela Portaria nº 1059/2005 de 4 de julho de 2005. Este edital possibilitou a implantação de 35 Consultórios de rua em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões (BRASIL, 2010).

<sup>19</sup> Atualmente os municípios podem cadastrar equipes do “Consultório na rua” na Atenção primária junto ao Ministério da Saúde e receber recursos para o financiamento e contratação das mesmas, tendo em vista a Portaria 123, de 25 de janeiro de 2012.

reconhecida como um grave problema de saúde pública. Preconiza a estruturação e fortalecimento de uma rede de cuidados centrada na atenção comunitária, portanto extra-hospitalar, articulada a outros serviços de saúde e sociais. Enfatiza a importância na reabilitação e reinserção social dos usuários a partir da atenção psicossocial, de dispositivos territorializados e articulados em rede, que se utilizem da lógica da Redução de Danos (RD) como uma estratégia de trabalho e cuidado (BRASIL, 2004).

Na atuação em promoção, prevenção e tratamento voltado aos usuários de álcool e outras drogas, a Política Nacional de 2004 indica a construção de ações intra e intersetoriais, que contemplem diferentes atores governamentais e não governamentais, dentre eles a sociedade civil, no qual a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis. Tem como diretrizes a Atenção integral e a Intersetorialidade, a primeira se materializa na prevenção em saúde, promoção e proteção a saúde dos consumidores de substâncias, da construção de redes assistenciais, do controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência, da padronização dos serviços de atenção ao público que faz uso de álcool e outras drogas, a da criação de diretrizes para uma política nacional, integral e intersetorial de redução de danos à saúde e ao bem-estar causados pelas bebidas alcoólicas. Já a intersetorialidade – considera que o uso de álcool outras drogas é um tema transversal as áreas da saúde, justiça, educação, social e desenvolvimento, necessitando de intensas e comprometidas articulações na execução de uma política integral de atenção a esses sujeitos (BRASIL, 2004).

A Redução de Danos - RD<sup>20</sup> é reconhecida como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas. É considerada como um método, um caminho, não o único, que se relaciona com a direção do tratamento, aumenta o grau de liberdade, de co-responsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Desta forma a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois segundo a política nacional, cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos

---

<sup>20</sup> Desde 1994 o Ministério da Saúde assume a redução de danos como importante estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime – UNODC, constituindo-se o primeiro projeto de redução de danos apoiado por este organismo internacional (BRASIL, 2004).

sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento (BRASIL, 2004). A estratégia de redução de danos se concretiza nas ações diretamente com os usuários de álcool e outras drogas tanto nos espaços institucionais – Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, quanto nas intervenções realizadas nos espaços da rua.

Esta Política, referência atualmente para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas no Brasil, apresenta o panorama nacional sobre o uso de álcool e outras drogas, a expansão de rede de atenção e outras questões relacionadas, assim traz em cena a preocupação com meninos e meninas de rua e o consumo de drogas, bem como informações sobre uso/abuso de drogas na vida e indicações para o trabalho na prevenção de doenças relacionadas ao uso/abuso de substâncias. Em seu conteúdo, a Política aponta que dentre crianças e adolescentes em situação de rua o uso na vida em 2002 era bastante alto, chegando em 66,7% no uso de álcool, 65,1% para a Maconha, 41,7% para a Cola, 19,6% para o uso de Cocaína, 13,13% para o crack e 6,5% no uso de drogas injetáveis.

Como preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216/2001, há no Brasil uma expansão dos serviços CAPS, e dentre estes os CAPS Ad, criados como dispositivos centrais para a organização da atenção à saúde mental para as pessoas que usam e/ou abusam álcool e outras drogas. Os CAPS Ad têm como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando dentre muitos objetivos: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações intersetoriais, a reinserção social dos usuários, planejando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas; trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas; e para a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004).

Segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o CAPS também devem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, considerando a importância de cuidar dos sujeitos em ambiente comunitário, integrado a cultura local e articulada a rede de serviços, governamental e não

governamental. O conteúdo desta política ainda fortalece que “[...] se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido” (BRASIL, 2004, p.36).

#### **2.7.4 Política Nacional de Assistência Social (2004)**

A Política Nacional de Assistência Social de 2004 expressa exatamente a materialidade do conteúdo da Assistência Social como um pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social. De acordo com o artigo primeiro da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, “a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada como um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 2004b, p.32).

Presente na Política Nacional, a proteção social deve garantir as seguranças de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; e, convívio ou vivência familiar. Tem como objetivo prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica; e, contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural.

A Política Nacional de Assistência Social tem como seus principais beneficiários os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004b).

As ações da Política de Assistência Social se apresentam divididas em diferentes níveis de complexidade, tendo como responsabilidade a articulação e organização de todas as ações sócio-assistenciais, as quais

se dividem por suas especificidades e tipos de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A Proteção Social Básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

A Proteção Social Especial, por sua vez, é a modalidade de atendimento assistencial destinada às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Na Proteção Social Especial são desenvolvidos serviços de média e alta complexidade, como descritos a seguir.

Os serviços de média complexidade oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos. Neste sentido, requer maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, acompanhamento sistemático e monitorado. Tem como principais serviços e ações: Serviço de orientação e apoio sócio-familiar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Cuidado no Domicílio; Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência; Medidas sócio-educativas em meio-aberto (PSC – Prestação de Serviços à Comunidade e LA – Liberdade Assistida) (BRASIL, 2004b).

A Alta Complexidade, dentro dos serviços de Proteção Social Especial, tem por objetivo garantir proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário. Dentre seus principais serviços estão: o Atendimento Integral Institucional; a Casa Lar; a República; a Casa de Passagem; o Albergue; a Família Substituta e Acolhedora; Medidas sócio-educativas restritivas e privativas de liberdade (Semi-liberdade, Internação provisória e sentenciada); e o trabalho protegido (BRASIL, 2004b).

## 2.7.5 Quatro políticas e alguns apontamentos

As quatro políticas mencionadas neste texto contribuem de forma diferenciada para o enfrentamento da questão do consumo de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua. Uma de forma mais tímida, definem especificidades, mas encontram dificuldades de operacionalizar, enquanto outras mostram seu potencial mais prático e concreto diante de tais realidades e demandas dos usuários, ao contribuir na oferta de atenção aos seus diferentes públicos-alvo. Uma delas, a **Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008)**, bastante ousada, convoca todos os setores para contribuir com respostas objetivando a inclusão social e conquista de direitos das populações em situação de rua. Aponta ações para as políticas de saúde e assistência, no qual enfoca a importância do Programa Saúde da Família sem domicílio que inclui prevenção e tratamento de doenças com alta incidência na população da qual focamos nesse trabalho.

O Programa Saúde da Família (PSF) sem domicílio é uma modalidade de equipe de saúde formada geralmente por médico clínico geral, enfermeiro e agentes comunitários de saúde, esta equipe tem como território de atuação as ruas das cidades<sup>21</sup>. Oferecem atendimentos a essas pessoas em situação de rua e para seus principais problemas de saúde, como a tuberculose, doenças de pele, alcoolismo, transtornos mentais, dentre outros. Além de atividades pontuais e de urgências, o PSF sem domicílio desenvolve ações em conjunto com outros serviços da rede e/ou encaminha as pessoas para outros espaços conforme outras demandas intersetoriais.

Outra questão presente é a facilitação do acesso aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS para aqueles sujeitos que necessitem de atenção especializada em saúde mental, considerando as situações que demandam acompanhamento contínuo e mais intensivo. A política sugere a atenção especial aos sujeitos com transtornos decorrentes do

---

<sup>21</sup> Tratando de uma experiência semelhante, O Projeto “A Gente na Rua”, desenvolvido no Centro de saúde Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac (CSEBFAV) em São Paulo, reforça a importância de considerar novos conceitos para a operacionalização dessa estratégia. Desse modo, a visita domiciliar passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; a família aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro”, contemplando particularidades como a existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010, p.713).

uso de álcool e outras drogas, colocando os CAPS Álcool e drogas a frente na atenção a saúde dessas pessoas. Neste processo de facilitação do acesso a rede de serviços necessita atentar-se para especificidades de tal população, tendo em vista o reconhecimento de que estes encontram maiores dificuldades de acesso aos serviços sociais em comparação com a população em geral, carecendo de estratégias diferenciadas que “trate” de forma diferente os desiguais, para que assim possamos efetivar a equidade nos atendimentos nas diferentes políticas.

As ações apontadas para área de Assistência social não especificam que serão para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, mas como um grande número de pessoas em situação de rua estão envolvidos com o abuso de drogas, se concretizadas, tais ações acabam por atender essas pessoas. A política define a estruturação de uma rede de acolhida para essas pessoas sem domicílio, sendo que os albergues são apontados como espaços centrais na função de acolher e responder temporariamente sua demanda de moradia ou mesmo de ter um lugar mais seguro para pernoitar.

Referindo-se aos espaços de abrigo de forma geral, incluindo aqui os albergues, estes podem ser vistos tanto como uma forma de acolhimento no sentido mais amplo da palavra, que acolhe inclusive as diferentes formas de estar e viver desses sujeitos, quanto um lugar que objetiva implicitamente a mudança de comportamentos através de regras rígidas e não compatíveis com as “rotinas-hábitos” dessa população, caracterizando-se muitas vezes como um espaço de não acolhimento e sim de segregação e homogeneização (COSTA, 2005).

Além de tentar suprir esta necessidade central, a falta de local para dormir, ainda é preconizada a inclusão de públicos específicos (crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e idosos) como sujeitos de direitos para o recebimento de auxílios, benefícios e a participação em alguns programas sociais da área de assistência social. Todavia cabe destacar que pernoite não substitui a necessidade de um espaço como a casa, isso para aqueles que desejam tê-la e acreditam que nela se cria e recria a vida, bem como a individualidade das famílias e dos sujeitos que a compõe.

**A Política Nacional de Atenção Básica (2011)** indica a que a saúde da família é estratégia central para as ações na Atenção Primária. Formada por diferentes profissionais, ainda centrada nos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem a responsabilidade de atuar sobre determinado território, identificar as principais necessidades e propor ações que

melhorem a situação de saúde das pessoas do território adstrito. Sabe-se também que as equipes de saúde da família, por sua atuação mais genérica, atualmente encontram-se sobrecarregadas e mal conseguem planejar suas atividades semanais, trabalhando geralmente com as demandas que surgem, muitas vezes sem um trabalho planejado e de acordo com a realidade epidemiológica.

Partindo destas questões, como atuarão estas equipes focando ações para as populações em situação de rua? Como se dá o reconhecimento por parte dessas equipes das reais necessidades de saúde desse grupo populacional? Como as unidades básicas de saúde tem se relacionado com o espaço da rua? São questionamentos que nos ajudam a pensar sobre o quanto as equipes da estratégia de saúde da família, na maioria das cidades, ainda possuem um trabalho bastante inicial direcionado a tal público.

Na avaliação de Carneiro Junior e Silveira (2003) referindo-se as grandes cidades, particularmente nas regiões centrais, o Programa Saúde da Família - PSF em seu formato original tem demonstrado certa inadequação para a atenção a segmentos populacionais que vivem em alto grau de exclusão social e que não se organizam em estruturas familiares ou de parentesco, nem se identificam com a área de abrangência dos serviços básicos de saúde. Os autores incluem neste grupo a população em situação de rua, os profissionais do sexo, às pessoas que vivem em instituições de acolhimento, abrigos e albergues, por falta absoluta de qualquer estrutura familiar ou inserção no mercado formal ou informal de trabalho, sejam elas crianças, adultos, idosos ou pessoas com algum tipo de deficiência.

Acredita-se que para esses grupos sociais mais vulneráveis, deve haver modelos de organização de serviços que consigam alcançar suas formas de viver e se cuidar, necessitando estes de características como:

[...] a prontidão, focados e dirigidos por padrões técnico-administrativos mais adequados às dinâmicas de vida desses indivíduos, como, por exemplo, garantir sua inserção na agenda de atendimento do dia, não exigência de documentação, realização de maior número possível de procedimentos no mesmo dia em que houve o contato deles com a unidade, entre outros (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica define equipes de saúde para populações específicas, para tanto assume como estratégia o incentivo na criação de “Equipes do Consultório na Rua” desta vez, com profissionais da Atenção Primária. Neste novo modelo, essas equipes estariam vinculadas diretamente a Atenção primária, e teriam a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua em unidades móveis e também em Unidades básicas de saúde do território de atuação. Segundo o documento, o trabalho deve ser articulado com as equipes da Atenção Primária, dentre elas as do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, também com os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Rede de Urgência e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

O Projeto Consultório de Rua, como intitulado em sua primeira versão pelo PEAD (2009-2010), se constitui como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de álcool e outras drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que atuam nas ruas, buscando contribuir na acessibilidade dos diversos serviços da rede de atenção a saúde e assistência social, dentre outra políticas que as pessoas em situação de rua necessitem. O Consultório de rua tem como marca diferencial a sua proximidade dos sujeitos e atuação cotidiana no próprio espaço da rua, respeitando o contexto dessa população (BRASIL, 2010).

Como operacionalizar a atenção integral e compor ações com outros setores da sociedade que contribuam para responder as demandas das pessoas em situação de rua? As equipes do consultório trazem para a cena, profissionais com dedicação exclusiva as pessoas em situação de rua, mostrando-se como referências no atendimento deste grupo, isso por atuarem no próprio território e respeitarem as diversidades contidas nas histórias de vida e opções no modo de viver.

Já a **Política Nacional para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (2004)** não traz em seu texto base referências explícitas ao atendimento e/ou ações para as pessoas em situação de rua. Na contextualização do panorama Nacional sobre o uso e abuso de drogas, mostra sua preocupação com o elevado índice de uso na vida de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes em situação de rua. Esta política aponta para a importância da atenção integral dos usuários, tendo a prevenção e a articulações

intersetoriais como questões fundamentais no processo de atenção psicossocial a esses sujeitos, mas não define ações propriamente ditas.

Tal política explicita o apoio do Ministério da Saúde aos projetos de redução de danos, incluindo as ações com os usuários de drogas injetáveis (UDIs) que em 2003-2004 representava uma cobertura de cerca de 10% da população em uso (BRASIL, 2004), o que acaba por atingir a população em situação de rua que faz parte do público atendido pelas ações de redução de danos no Brasil.

Ao avaliar esta política Machado e Miranda (2007) comentam que ela abre a possibilidade de uma atuação menos centrada no controle e na repressão. Dessa forma:

Trata-se de um marco teórico que rompe com a abordagem reducionista e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas de saúde pública (p.818).

Não há como negar que a Política atual do Ministério da Saúde possui marcos importantes para o atendimento de demandas das populações em situação de rua, dentre elas os cuidados necessários com saúde geral, principalmente quando estabelece como diretrizes a atenção integral e a intersetorialidade, e ainda, reforçada pela estratégia de redução de danos que tenta aproximar-se das singularidades dos sujeitos, respeitando-os em suas diversidades e desejos no modo de viver. Por sua vez, ora apontamos como limites, as presentes dificuldades de operacionalização destas diretrizes, já que necessitam de entrosamento de diferentes atores, a presença de objetivos comuns entre eles, vontade política, condições financeiras adequadas, “a não fragmentação dos sujeitos”, dentre outras questões, que em tempos de fortes dissoluções das ações públicas, motivadas pela sociedade do consumo e do lucro, são mais difíceis de se concretizarem.

**A Política Nacional de Assistência Social (2004)**, como parte da estrutura da seguridade social brasileira explana sobre a proteção social para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, com ameaça ou mesmo com seus direitos já rompidos. É possível considerar que esta encontra-se entre as principais políticas brasileiras que contribuem com olhar mais refinado sobre as condições de vida das populações em

situação de rua, considerando seus dispositivos e ações contempladas na política nacional com diferentes níveis de complexidade.

Os principais serviços direcionados a população em situação de rua encontram-se nos serviços de média complexidade inclusos na proteção social especial, como a Abordagem de Rua, e na alta complexidade através dos serviços: Casa Lar, República, Casa de Passagem, Albergue, e o Trabalho Protegido. Os serviços da alta complexidade têm como objetivo a proteção integral por meio da garantia de moradia, alimentação, higiene e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando serem retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

Em muitas de suas ações, a Política Nacional de Assistência Social (2004), coloca a família como núcleo central, o que não pode ser entendido como se a família fosse o espaço indiscutivelmente ideal para se viver e também o maior produtor de saúde, isto por que muitas pessoas que estão hoje em situação de rua justificam sua saída de casa por não conseguir relacionar-se como a estrutura adoecida de sua família ou mesmo, por encontrar dificuldades de viver sua vida, na forma que lhe parece mais conveniente no seio de onde nasceu. Desta forma podemos constatar que a saída de casa, mesmo que com destino às ruas, muitas vezes aponta para um possível cuidar de si. Isto, considerando a afirmação de Laing (1982) no qual o núcleo familiar pode ser considerado como um dos espaços produtores do fenômeno da loucura.

As ações da Abordagem de rua, como programa desta política, muitas vezes se não utilizadas de forma que respeite as demandas reconhecidas pelas pessoas em situação de rua, e não necessariamente as dos profissionais que atuam em tais ações, podem, como sugerem Varanda e Adorno (2004) se constituir como ações de higienização dos espaços públicos:

A vida na rua e sua proximidade com o lixo urbano a torna um alvo de ações de limpeza das vias públicas e das medidas encampadas pelos órgãos públicos de ação social. O recolhimento do lixo urbano e a “remoção” de pessoas para espaços “coletivos” de serviços assistenciais, que comportam centenas de pessoas, são ações muito próximas, ainda que executadas por profissionais de diferentes secretarias (p.67).

Corroboramos com a ideia dos autores quando apontam que muitas políticas públicas nem se quer pensam na possibilidade dos sujeitos reinventarem suas vidas, conseguindo desviar ou quem sabe sair do ciclo da pobreza e da rua. Assim, discutindo políticas públicas para os “descartáveis urbanos” termo que utiliza para se referir as pessoas que vivem situação de rua, os autores enfatizam que:

Os programas sociais desenvolvidos nesse contexto trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excludente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 66).

Talvez possamos afirmar que esta é uma marca presente nas políticas apresentadas neste texto, considerando, portanto, que as mesmas não vislumbram trabalhar intensamente a autonomia, a emancipação e o fortalecimento dos sujeitos, para que eles, da forma que desejarem e/ou reconhecerem melhor, modifiquem suas futuras experiências de vida.

Há de se considerar que um dos aspectos centrais que interferem no acesso e utilização dos serviços sociais (saúde, assistência, dentre outros) pela população em situação de rua, pode estar associado ao campo da loucura, no qual os sujeitos são categorizados como normais ou anormais. Assim:

A caracterização das pessoas em situação de rua como anormais, carrega em si a comparação com uma “normalidade” vista como forma legítima de vida na sociedade. Assim, o diferente passa a ser objeto de estranhamento e repulsa. A dicotomia “normal” versus “anormal” homogeneiza as diferenças com o intuito de “manter todos na linha”, re-produzir uma dada ordem social. Ora, se morar em uma residência fixa, trabalhar formalmente e constituir família são padrões sociais que caracterizam os indivíduos “normais”, logo, sem residência fixa, sem família e trabalho formal, as pessoas em situação de rua são alvos de investidas ideológicas que acentuam suas

“anormalidades” (MATTOS; FERREIRA, 2004, p.50).

As dificuldades de acesso, que podem perpassar tanto por dimensões geográficas, como aquelas associadas às relações sociais entre profissionais e usuários dos serviços (empatia, fala, aproximação, entendimento, atenção) podem estar mais ou menos presentes dependendo de como as instituições se preparam para oferecer atenção as pessoas em situação de rua, ou aos outros grupos populacionais que apresentam demandas singulares, diferentes daquelas oferecidas para a população em geral. Este contexto, que desconsidera a história de vida dos sujeitos, concretamente marcado pela diferenciação, estigma e preconceito, necessita ser alterado, para que todos, indiferente do local e modo de vida possam ser considerados cidadãos de direitos.

## 2.8 CONSULTÓRIO DE RUA: ORIGEM E AMPLIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS

No fim da década de 1970 inicia-se no Brasil a Reforma Psiquiátrica, concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, defendia a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sua história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Marca a crise do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e na eclosão de esforços dos movimentos sociais pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, o processo da Reforma Psiquiátrica é maior do que a sanção de novas leis e normas, e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005; AMARANTE, 2008).

A partir da Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal brasileiro, e passa a reger as ações na área de saúde mental. Como processo, vive constante materialidade no dia-a-dia, sendo constituída por diferentes atores, e efetivada nos serviços de atenção a saúde mental, como os CAPS, residenciais terapêuticos, Centros de convivência e cultura, e nas Unidades básicas de saúde e na própria comunidade.

No mesmo ano, em 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, no qual as questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas são incluídas como temas de destaque na área de saúde mental, pouco discutidas nas Conferências anteriores, e que marcam o início da criação de dispositivos extra-hospitalares de atenção ao público que faz uso de álcool e outras drogas, no qual se destacam os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas - CAPS Ad. Em 2004 é lançada a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental vigente, regulamentada e respaldada pela Lei 10.216/2001, que tem como diretrizes principais a Intersetorialidade e a Atenção integral (BRASIL, 2004).

A Política Nacional para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas – PNAIUAD (2004) aponta que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, historicamente foi tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, mas atualmente é reconhecida como um grave problema de saúde pública, ao reconhecer as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas na compreensão global do problema. Portanto, torna-se fundamental romper com a lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas na associação drogas/comportamento anti-social ou criminoso.

Assim, na história da saúde no Brasil algumas iniciativas pontuais marcam a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que segundo o olhar da PNAIUAD (2004), estas iniciativas contaram com esforços de setores e grupos preocupados com a intensificação do uso de substâncias psicoativas e os problemas relacionados a este consumo desenfreado observado em nossa sociedade nas últimas décadas.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde reconhece a Redução de Danos como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas, e a considera como um método, um caminho, não o único, que se relaciona com a direção do tratamento, mas que também aumenta o grau de liberdade, de co-responsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Desta forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois segundo a PNAIUAD (2004), cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento (BRASIL, 2004).

Após a transição do modelo de atenção em saúde mental, vai se constituindo uma rede articulada de dispositivos extra-hospitalares que visam acolher e “tratar” as pessoas com sofrimento psíquico, dentre elas as que fazem o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, no conjunto destes dispositivos estão os CAPS, considerados centrais e também articuladores desta rede. Considerando a complexidade do fenômeno do uso abusivo de álcool e outras drogas, e muitos desafios que aparecem em meio às tentativas de oferecer respostas as verdadeiras necessidades e realidades, deparamo-nos com o desafio de oferecer atenção em saúde para os sujeitos em situação de rua que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, que muitas vezes não acessam ou acessam precariamente os serviços públicos de saúde. Pois segundo o Ministério da Saúde, o baixo índice de procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justifica a implementação de intervenções nos locais onde se concentram esses grupos populacionais, dentre eles, o grupo das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2010).

Nesta direção, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD 2009-2010, que tem como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para usuários de álcool e outras drogas, e implementar intervenções em contexto de rua com a articulação de diferentes redes de atenção em álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas - PIEC/2010<sup>22</sup>, busca intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. É neste cenário que o Consultório de Rua<sup>23</sup> se fortalece e se constitui como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas

---

<sup>22</sup> Instituído pelo Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010.

<sup>23</sup> O consultório de rua, surge como projeto piloto no PEAD (2009-2010), sendo que com a nova Política Nacional de Atenção do Ministério da Saúde - PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, o mesmo passa a fazer parte das ações da atenção básica, com equipe cadastrada e específica para este trabalho. Nesse momento, então muda-se a nomenclatura de “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”.

que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial.

O consultório de Rua foi idealizado pelo coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) - da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o professor Antônio Nery Filho, iniciou suas atividades em 1999 na cidade de Salvador no estado da Bahia buscando inicialmente oferecer atenção a saúde, e a vida, de crianças em situação de rua que perambulavam pelo Centro histórico da cidade, num permanente e intenso uso de drogas. Foi influenciado por pressões políticas e de comerciantes que perceberam a evasão de turistas, muitas vezes molestados, principalmente da região do Pelourinho. Desta forma, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) buscava solução para este problema, que mais tarde se concretizou com a parceira estabelecida entre SETRADS e Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (OLIVEIRA, 2009).

Portanto, depois de alguns anos de reflexão e condensamento das ideias do projeto Consultório de rua, em janeiro de 1999 é firmado um convênio entre a SETRADS/PMS e o CETAD/UFBA, que ao disponibilizar recursos possibilitou que o mesmo partisse pela primeira vez para a prática, e efetivamente oferecesse ações de atendimento às crianças e adolescentes usuárias de drogas e em situação de risco, ampliando para mais três áreas da cidade, além do Pelourinho, onde havia concentração desses sujeitos nas mesmas condições. Nasce então o Consultório de rua, na perspectiva do encontro com essas pessoas no próprio espaço da rua, que segundo a autora, suscitava naquele momento questionamentos do “como fazer”, pois o exercício da atenção e da clínica na rua necessitavam de um constante fazer criativo, considerando as realidades vivenciadas no campo (OLIVEIRA, 2009).

A experiência iniciada e amadurecida em Salvador, depois de cerca de 10 anos, é reconhecida e ampliada pelo Ministério da Saúde como uma possível forma de atenção a saúde das pessoas em situação de rua, intervenção capaz de alcança-los e firmar possíveis contribuições as suas vidas. Desta forma, o Projeto Consultório de Rua se constitui como um dispositivo de saúde que rompe com as lógicas tradicionais de atendimento na área da saúde, e aproxima-se dos sujeitos em situação de rua. Busca a construção de vínculos com essa população, na tentativa de trazer importantes contribuições para suas vidas. Vidas estas, marcadas

pela vulnerabilidade social e distanciamento dos serviços públicos de saúde.

A ampliação dos Consultórios de rua se deu por conta de um edital público<sup>24</sup>, no qual as cidades brasileiras podiam concorrer ao recurso e implantar o projeto como forma de fortalecer a rede de atenção a saúde, agora para um público bem específico, as pessoas em situação de rua. Assim, neste primeiro edital foram implantados 35 Consultórios de Rua do SUS em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões, como nos mostra a figura 2.

Nesta primeira etapa, foram implantados cinco consultórios no sul do Brasil, distribuídos entre as cidades de Curitiba e Maringá no estado do Paraná, em Florianópolis no estado de Santa Catarina e nas cidades de Porto Alegre e Pelotas no Rio Grande do Sul.

Figura 2 - 35 primeiros Consultórios de rua implantados no Brasil.



Fonte: Brasil (2010).

<sup>24</sup> Este edital intitulado “Chamada para seleção de projeto de Consultórios de rua e Redução de danos” fruto do trabalho da Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas, foi baseado na Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005, e lançado como parte do PEAD (2009-2010).

Com um novo edital lançado pouco depois, no ano de 2010, ainda sob a responsabilidade da área técnica de saúde mental do ministério da saúde, foram selecionados 92 projetos no Brasil, ampliando o trabalho desenvolvido e conseqüentemente a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

### **2.8.1 Consultório de rua: aproximações reflexivas**

O Consultório de rua surge e se expande num contexto onde o consumo de álcool e outras drogas, intensificado pelas questões sociais presentes em nossa sociedade, encontra seu momento de êxtase, constituindo-se como uma possibilidade de atenção as vidas de sujeitos muitas vezes esquecidos, quase sempre invisíveis.

Considerando sua invisibilidade, principalmente pelos órgãos governamentais responsáveis pela implementação de ações para acesso a direitos, bem como melhoria de sua qualidade de vida e de sua saúde, as pessoas em situação de rua pouco procuram a rede formal de serviços de saúde tendo assim baixo acesso a este direito. Esta realidade é influenciada, factivelmente, pelo predomínio de ofertas de cuidado baseadas na abstinência como objetivo exclusivo e de abordagens terapêuticas desenvolvidas quase exclusivamente no interior de instituições de saúde. Há portanto uma “[...] distância histórica entre os serviços da rede de saúde e a população usuária de drogas em situação de rua, que levanta, há muito tempo, a necessidade de articular intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas *in loco*” (BRASIL, 2010, p. 04).

Ao relacionar a condição de pobreza com destituição, marginalidade e desproteção, Abranches, Santos e Coimbra (1987) contribuem ao afirmar que os sujeitos postos em condições de pobreza encontram maior dificuldade de acessar seus direitos de cidadania e obter uma melhor qualidade de vida. Assim, são destituídos dos meios de sobrevivência física, marginalizados no usufruto de benefícios do progresso e no acesso as oportunidades de emprego e consumo, e por fim desprotegidos pela falta de amparo público adequado, bem como da inoperância dos direitos básicos de cidadania, que incluem garantias à vida e ao bem-estar (ABRANCHES; SANTOS; COIMBRA, 1987).

São com estes sujeitos que os Consultórios de rua atuam, sujeitos marcados pelos processos de exclusão social, seja pela não inclusão formal ao mercado trabalho, seja pela ausência ou precariedade dos meios de sobrevivência física, bem como a marginalização diante de

outros direitos básicos de cidadania. Nesse sentido os Consultórios de rua podem ser considerados dispositivos clínico-comunitários que oferecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Os consultórios de rua contribuem no acesso aos serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, aproximando-os de seus direitos e do exercício da cidadania. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população (BRASIL, 2010).

Constituindo a identidade do Consultório de rua, ao relatar sua criação na cidade de Salvador – BA, Oliveira (2009) corrobora afirmando que o mesmo se caracteriza como um dispositivo cujo atendimento é oferecido fora dos muros institucionais, que inicialmente ofertava atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua que faziam uso de drogas, e que encontravam-se em risco pessoal e social. As intervenções acontecem por meio do trabalho de equipes multidisciplinares que se locomovem até o público-alvo nos locais onde geralmente vivem ou passam grande parte do dia. Estão inclusos em seus objetivos prevenir e reduzir os riscos decorrentes do consumo de drogas, bem como atuar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis - DST/AIDS.

O ato do deslocamento, representado pelo sair das unidades de saúde, ambulatorios, hospitais – lugares da atuação tradicional dos profissionais de saúde, possibilita uma aproximação e a oportunidade de atenção aos sujeitos em situação de rua, que por determinadas questões não acessam ou mesmo não se enquadram nos atendimentos tradicionais historicamente reproduzidos na área na saúde. Diante disso, as demandas de trabalho são somente conhecidas e identificadas no campo, mediante a aproximação e a relação entre profissionais e usuários, no qual Oliveira (2009) acredita não estar explícita apriori, mas que tudo está por se fazer e se constituir a partir do encontro entre os atores principais, profissionais e usuários.

Em sua obra “Clínica peripatética” Lacentti explora este espaço rico, capaz de produzir alterações no processo de saúde-doença, que é a rua, o externo as instituições tradicionais como as unidades de saúde, hospitais, consultórios. Fala de novos *settings* terapêuticos, agora em movimento, e da possibilidade de se construir significados nas conversas durante o caminhar, sendo estes “[...] altamente férteis para a produção da subjetividade e cidadania” (2011, p.21). O autor descreve que são muitas as fontes de inspiração da clínica peripatética, dentre elas a

experiência de desconstrução manicomial – concebendo que o hospício (manicômio) na sua forma de organização espaço-tempo é promotor de identidades cronificadas; A pedagogia da surpresa – no contato com os sujeitos nos momentos e lugares em que eles menos esperam; e a prática do acompanhamento terapêutico (AT) – que ao transitar pela cidade com os sujeitos com sofrimento psíquico grave tem como objetivo (re)estabelecer conexões dos mesmos com pessoas, locais e atividades<sup>25</sup>.

A clínica peripatérica, como intitulado por Lancetti, é lugar, talvez “não-lugar”, onde inexistente o “sujeito-suposto-saber”, diferente do hospício ou dos consultórios tradicionais, os tratamentos não são simplificados ou mesmo simplificadores. Assim, enquanto num ambiente de sequestro (referindo-se ao hospício e aos consultórios particulares), os enunciados são aceitos, pois a relação de poder está dada, já em outros espaços como nos domicílios, nos territórios ou ainda no caminhar da clínica peripatética “[...] é preciso conquistar o poder terapêutico e praticar e negociação inerente a democracia psíquica [...]” (2011, p.113).

A clínica neste formato se destitui dos poderes historicamente marcados pelas relações entre profissionais de saúde (principalmente pelo saber-poder médico-centrado) e usuários, no qual é preciso estar na mesma altura para conseguir se aproximar, conhecer e socializar informações de ambas as partes. Acontece mediante a escuta qualificada, adentrando nos mundos partilhados entre os sujeitos - profissionais e usuários.

O consultório de rua, segundo o Ministério da Saúde, objetiva estabelecer relações de vínculos com a população de rua, para que a partir da confiança e do conhecimento mútuo se possa pensar em processos terapêuticos mais interventivos e eficazes, desde que os usuários compreendam e considerem importantes estes na sua existência.

A construção de vínculos, seja com quem for, perpassa por dimensões muito pessoais, e Lancetti contribui ao refletir sobre o conceito de “força afetiva” no qual esta é produzida pelo encontro, segundo o autor esse encontro possibilita “[...] furar o cerco da separação fundamental porque é capaz de ingerência enquanto relação pré-significante, ou pela capacidade de afetar ou de ser afetado em processos de subjetivação ou dessubjetivação” (LANCETTI, 2011, p.103).

---

<sup>25</sup> Para aprofundamento sobre as fontes de inspiração da clínica peripatética ver a obra Clínica peripatética de Antônio Lancetti (2011).

Assim, diferente do trabalho dentro das instituições tradicionais - nas quais os usuários buscam atendimento e cujas condições de atendimento já estão dadas, o *setting* terapêutico está “preparado”, incluindo os lugares pré-estabelecidos, dentre eles aquele que o profissional ocupa na organização do serviço; nas ruas esses lugares não são tão fixos, necessitando ser construídos no exercício do trabalho, influenciados pela posição que os profissionais se colocam diante dos usuários. No consultório de rua, os profissionais devem explicitar junto aos usuários suas ações, diferenciando-as de outros grupos de cunho caritativo, demarcando este como um dispositivo inserido no campo da saúde (BRASIL, 2010).

Ao escrever sobre o cuidado com a saúde dos usuários de drogas nas ruas, Oliveira (2009) além de considerar a necessidade de um olhar atento sobre o contexto e os modos de vida dos sujeitos, alerta para a importância na busca e resgate do valor da vida, da cidadania e a dignidade humana junto aos mesmos. O contexto de vida e as singularidades da vida cotidiana das pessoas em situação de rua são aspectos fundamentais, e de conhecimento necessário para a atuação na rua. Estes conhecimentos, aliados a ida ao encontro dessas pessoas no ambiente onde (con)vivem, possibilitarão aos profissionais novas formas de atuar, que por sua vez tendem a relocalar os usuários de uma posição de objeto, de indivíduo “coisificado” para estabelecer-se como sujeito, portanto cidadãos de direitos.

Ao sair dos espaços formais de atendimento, abre-se a necessidade de pensar o habitar de novos territórios, entendidos para além de área geográfica (BRASIL, 2010), mas como lugares onde a vida acontece, território subjetivo, constituído de relações, pessoas, do trânsito, portanto instável. Mesmo marcado pela instabilidade, o território precisa ser minimamente (re)conhecido, embora nunca o esgotamos por ser intrinsecamente inacabado. Aproximando-se de um possível habitar um território desconhecido, ou mesmo abandonar o aparentemente conhecido, aproxima-se da ideia de desterritorialização, como discutida por Lancetti (2011).

De acordo com Oliveira (2009) a territorialidade é um aspecto fundamental nas ações das políticas de saúde, considerando que é no território que a vida individual e coletiva ganha materialidade. Portanto, é no re(conhecimento) destas singularidades dos diversos territórios, expressas nos modos de vida, na dinâmica e problemas vivenciados pelos sujeitos, que os profissionais de saúde poderão instituir vínculos capazes de gerar possíveis soluções para as suas dificuldades cotidianas, incluindo suas questões de saúde.

Se a clínica que ora discutimos, se estabelece na relação profissional-usuário-contexto, e se amplia no horizonte das singularidades dos sujeitos, nos aproximamos das reflexões sobre clínica ampliada, que exige uma complexa interação no encontro entre dois sujeitos singulares. Nesse modelo de análise, segundo Cunha (2004), a clínica possui dimensões políticas e subjetivas muito fortes, sugerindo que o afastamento das formas tradicionais que supervalorizam o biológico, podem aflorar outras forças de determinação dos sujeitos – contribuindo assim para a construção do fazer da clínica ampliada.

Ao discutir a superação da clínica tradicional pela clínica ampliada, Cunha (2004) refere dois aspectos interligados:

[...] em primeiro lugar o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes, em relação à singularidade do Sujeito. Ou seja, todo saber, inclusive o biomédico, trabalha com uma ontologia, uma generalização, que, como tal, está condenada a ser parcial em toda situação singular. No caso da clínica, uma certa classificação das doenças em relação ao sujeito doente. O sujeito doente nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja. Menos ainda por um diagnóstico de uma lesão orgânica. Esse reconhecimento significa a utilização das classificações dentro dos seus limites e não além deles. Em segundo lugar, a partir do reconhecimento dos limites do universal para compreender o singular, a clínica ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença. Ou seja, o que inicialmente é um limite do saber, pode ser transformado em possibilidade prática de intervenção (CUNHA, 2004, p.101-102).

O consultório de rua, em sua gênese parte desta ideia ampliada de clínica, pois na relação com os usuários em seus contextos, não pretende estabelecer diagnósticos como formas de enquadramento paralisantes e classificatórios, mas sim aproximar-se verdadeiramente dos sujeitos desejando adentrar em seus mundos, suas simplicidades e complexidades, simultaneamente. Compreende o singular na sua relação com o interior e exterior aos sujeitos, considerando aquilo que é

subjetivo, mas também o que se estabelece na relação com o universo, na coletividade, na sociedade onde está inserido. Nesse sentido: “O singular é resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, e produto da intervenção destes sujeitos sobre os contextos e sobre si mesmo; co-produção portanto” (CAMPOS, 2009).

Ao pensar a ampliação da clínica e da saúde coletiva, Campos sugere a incorporação por todos os profissionais da saúde, e não somente aos que atuam diretamente na área de saúde mental, do que chamou de “co-produção singular do sujeito”. Esta concepção pretende alterar as formas de se fazer clínica, e também saúde coletiva, nas quais incorporariam “[...] arranjos de saber e organizacionais que permitam o seu compartilhamento entre trabalhadores e usuários” (2009, p.60).

Após a apresentação das reflexões anteriores, que compreenderam o marco referencial teórico desta pesquisa, é chegado o momento de trazer em cena alguns questionamentos, sugestões de caminhos a seguir, identificar os objetivos, bem como os instrumentos que utilizaremos para a coleta de dados em campo e as bases de análise dos conteúdos apreendidos.



### 3 TRAÇADO METODOLÓGICO

É o desconhecimento, a dúvida, e por que não dizer a curiosidade que faz pesquisadores, mesmo que iniciantes se lançarem no mar da pesquisa. Há algo que mobiliza, impulsiona e faz com que se destine tempo e investimento para adentrar em territórios de novos conhecimentos sobre os diferentes sujeitos-mundos.

Ao discutir o conceito de pesquisa social em saúde, Minayo (2010) enfatiza que o labor científico caminha sempre em duas direções: a primeira elabora marcos teórico-metodológicos e instrumentais operativos para conseguir alcançar seus resultados; na segunda, e outra direção, vê a possibilidade de inventar, ratificar caminhos, abandonar certas vias, construir novas indagações, e com isso orientar novas direções. A autora diz que ao fazer essas trilhas, os pesquisadores aceitam e incorporam os critérios de historicidade, de colaboração e da única certeza possível: de que todo e qualquer conhecimento é aproximado, é construído.

A pesquisa é um labor artesanal e contempla diferentes momentos e um ritmo próprio. Este ritmo é denominado ciclo de pesquisa, se constituindo como um processo de trabalho em espiral. Inicia-se com um problema ou pergunta e termina com um produto provisório, capaz de originar novas perguntas e interrogações (MINAYO, 1994).

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa é compreendida como social em saúde, pois inclui-se neste tipo as várias investigações que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, bem como de sua história e produção simbólica (MINAYO, 2010).

Tendo em vista nossos objetivos, bem como a temática escolhida, ela caracteriza-se como exploratório descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratório descritiva busca explorar e descrever sobre as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, na busca de construir novas visões sobre o objeto de estudo (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa conforme Minayo (1994, p.21-22) “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Este tipo de método possui fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco

conhecidos, possibilita a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a própria investigação. Como esta pesquisa deseja *Compreender aspectos sobre a situação de estar na rua, o uso de drogas e o atendimento do Consultório de rua; Correlacionar informações colhidas em campo com o relatório final do Consultório de Rua; Conhecer as ações realizadas pelo Consultório de Rua e sua contribuição no acesso à saúde; e Identificar processos de inclusão e exclusão social vivenciados pela população em situação de rua*, o seu campo é a própria rua – lugar de referência para essas pessoas e onde grande parte de suas experiências acontecem.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no centro da cidade de Florianópolis e o trajeto selecionado foi orientado pelo trabalho desenvolvido no Consultório de Rua.

Acompanhado de um agente redutor de danos, que fazia parte da equipe do Consultório de Rua, visitamos os seguintes locais: praça da Alfândega, região do Direto do Campo, rua dos Correios/Ministério do Trabalho, região do túnel Antonieta de Barros e proximidades do Centro de Saúde Prainha, locais esses, identificados como estratégicos para acessar a população-alvo do estudo. Entretanto, ao percorrer esse trajeto, poucos sujeitos atendidos pelo projeto foram encontrados.

Essa situação fez surgir a necessidade de ampliação do campo de pesquisa para outros espaços frequentados pelas pessoas em situação de rua em Florianópolis. Então, além das pessoas encontradas neste trajeto inicial, foram entrevistados sujeitos na região da catedral metropolitana, região do albergue localizado na Avenida Hercílio Luz e no Centro de Referência Especializado para a população em situação de rua - Centro POP, serviço de referência para população em situação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

### 3.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos dessa pesquisa foram 15 pessoas, homens e mulheres, adultos em situação de rua<sup>26</sup>. O critério de inclusão foi ser maior de 18 anos, estar em situação de rua mesmo que não tenham sido atendidas pelo Consultório de Rua do SUS. A escolha desses deu-se por acessibilidade.

---

<sup>26</sup> Apresentaremos no item 4.1 o perfil destes sujeitos.

### 3.4 COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados ocorreu durante dois meses e iniciou-se com a observação participante, a fim de conhecer e apreender as especificidades do campo de pesquisa. Segundo Moré e Crepaldi (2004 apud MASSIGNANI, 2007) esses registros, embora assentados na subjetividade do pesquisador, podem auxiliar na construção de sentidos, contribuindo também para o trabalho de organização dos dados de pesquisa, inclusive na elaboração de unidades temáticas e categorias de análises, respectivamente.

A principal técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista (APÊNDICE A). Nas palavras de Minayo (2010) a entrevista, é acima de tudo uma conversa a dois, ou mais interlocutores, que acontece por iniciativa do entrevistador e se destina a construir informações pertinentes sobre um objeto de pesquisa.

Utilizamos nesta pesquisa a entrevista semi-estruturada, “[...] que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada.” (MINAYO, 2010, p.261), sendo que o entrevistador pôde em alguns momentos intervir para o aprofundamento de questões trazidas na fala, sempre referenciado para os objetivos da pesquisa. Portanto, a entrevista como ferramenta de coletas de dados, se materializa na interação social entre entrevistador e entrevistado (GIL, 1994).

A observação participante, parte essencial desta pesquisa, propicia a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. Segundo Schwartz & Schwartz (apud Minayo, 2010) durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, o pesquisador é parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado pelo contexto.

Ainda de acordo com Minayo (2010), a observação participante permite conhecer os comportamentos, relações e imponderáveis da vida social de determinados sujeitos ou grupos, contribuindo na reflexão e produção de novos saberes. Importante considerar que no trabalho qualitativo a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude. Ao considerar isto, a observação participante contribui para “[...] vincular os fatos as suas representações e a desvendar contradições entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo” (MINAYO, 2010, p. 286).

Além da observação participante, foram utilizados de forma complementar documentos como diários de campos dos profissionais do CR e o relatório de finalização do primeiro ano do projeto. Estas informações apoiaram a escrita e contribuíram no conhecimento da realidade, sob o olhar dos profissionais e gestores do projeto. A utilização destes documentos qualificaram os dados de pesquisa, considerando que estes registros são a materialização do trabalho realizado pelos profissionais do Consultório de Rua na cidade pesquisada.

Para a coleta de dados realizamos 16 (dezesesseis) momentos, desde a entrada no campo (observação participante e entrevistas) até a coleta de documentos em instituições que possuíam registros sobre o Consultório de Rua na cidade. Ao fim, totalizou a gravação em áudio de 19 (dezenove) entrevistas, tendo em vista que alguns dos sujeitos foram entrevistados mais de uma vez, geralmente por dificuldades de continuação da mesma no primeiro encontro.

As anotações no diário de campo, relativas aos diferentes componentes do espaço da rua expressam a percepção do pesquisador sobre as condições de entrada e permanência no campo, a receptividade dos sujeitos, as situações inusitadas durante as saídas, os contatos com as pessoas na rua, bem como o contexto social e cultural vivenciado. O diário de campo, conforme Minayo (2010), tem o objetivo de descrever as impressões pessoais do pesquisador, as conversas informais, as posturas e intercorrências no processo de pesquisa, bem como a exploração de novos questionamentos. Desta forma, sempre após a realização das entrevistas, o pesquisador realizou as anotações no diário de campo, referentes as principais questões que aconteceram durante a entrevista e estada no campo, se constituindo como informações importantes e complementares para o momento de leitura e análise dos dados.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados das comunicações obtidos nesta pesquisa foram apoiadas nas técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (1979) e Minayo (2010).

Para Bardin a análise de conteúdo pode ser entendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo

das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (1979, p.42).

Segundo a autora, tudo que é dito, falado e transformado em comunicação é passível de análises, podendo ser submetido à análise de conteúdo, assim qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor, poderia ser escrito e decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo (BARDIN, 1979).

De acordo com Minayo (2010) a análise de conteúdo, do ponto de vista operacional, parte de uma leitura de primeiro plano das falas contidas nos documentos ou depoimentos, buscando atingir um nível mais profundo no entendimento das comunicações humanas.

Nesta pesquisa o tipo de análise de conteúdo utilizada foi a análise temática, que segundo Minayo (2010) está relacionada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. A análise temática comporta um feixe de relações, podendo ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo.

Esta análise temática organizou-se, baseado em Minayo (2010), em três etapas sequenciais:

- **A primeira etapa: Pré-análise** - Pode ser resumida em três questões principais: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação dos objetivos e a elaboração de indicadores que contribua no entendimento do material e fundamentem a interpretação final. As seguintes tarefas fizeram parte desta etapa: a leitura flutuante<sup>27</sup>, a constituição do *corpus*<sup>28</sup> e a formulação de objetivos.

Desta forma, nesta primeira etapa após a coleta de dados, o pesquisador agrupou sequencialmente todas as 15 entrevistas, o relatório final do CR e o diário de campo dos profissionais, constituindo o *corpus*. Após, fez uma leitura primária dos dados, obtendo um conhecimento inicial sobre todo o conteúdo presente.

- **A segunda etapa: Exploração do material** – consistiu essencialmente numa operação classificatória que buscou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Neste momento o pesquisador construiu os núcleos temáticos e buscou encontrar as categorias, materializadas em expressões ou palavras significativas que por sua vez

<sup>27</sup> Leitura flutuante é analisar e conhecer o texto “deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1979, p.96).

<sup>28</sup> *Corpus* “é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 1979, p.96).

organizaram o conteúdo das falas. Ainda nesta etapa, o realizou a classificação e agregação dos dados, definindo as categorias.

Nesta segunda etapa, por meio de uma nova leitura o pesquisador encontrou as questões centrais, resultando na criação de quatro núcleos temáticos. Cada um desses núcleos temáticos foi dividido em categorias de análise, definidas a partir da presença nas falas dos entrevistados. Por fim, considerando que esta é uma pesquisa qualitativa, o pesquisador optou por uma regra de contagem simples baseada na frequência, sendo que esta se refere ao número de pessoas entrevistadas que citaram tal fator.

**- A terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação** – os resultados brutos, já divididos em núcleos temáticos e categorias, foram contabilizados a partir da frequência, com objetivo de estabelecer alguns perfis encontrados e subsidiar a análise dos dados. Aquelas categorias que não apresentaram muita diversidade nas respostas foram organizadas a partir de tabelas, figuras ou gráficos, contribuindo na visualização e comparação dos dados. Outras categorias que apresentavam conteúdos muito divergentes foram descritas em texto corrido.

A partir desse perfil dos sujeitos e a descrição dos dados encontrados no *corpus*, o pesquisador iniciou as interpretações, inter-relacionando-as com a base teórica desta pesquisa. Esta análise oportunizou a reflexão sobre novas dimensões teóricas e interpretativas, estimuladas pela compreensão do material de pesquisa.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Durante toda a realização da pesquisa foram considerados os aspectos éticos ao seguir as normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Iniciamos as atividades de campo a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, sob o número do parecer 242.936, de 25/03/2013, apoiado pelos ofícios número 08 e 16/2013 da Comissão de acompanhamento de Projetos de Pesquisa em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC (ANEXOS A e B).

Para a realização das entrevistas os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo e receberam os devidos esclarecimentos sobre o mesmo, garantia de sigilo e privacidade da sua identidade, tendo o direito de recusar a sua participação. Os foram informados que a qualquer momento, poderiam solicitar informações

sobre a pesquisa ou suspender o consentimento dado da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

No desenvolvimento da pesquisa foram considerados os seguintes aspectos: Obtenção de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes; Adesão voluntária dos participantes com livre escolha para abandonarem o processo de investigação caso julgassem necessário; Garantia de sigilo das informações, sendo estas restritas ao trabalho acadêmico e publicação em periódicos científicos; Anonimato, com a utilização de siglas escolhidas pelo pesquisador para citar suas falas; Garantia de fidedignidade das informações através da confirmação das informações obtidas nas observações e entrevistas; e Esclarecimento de que os dados analisados serão de propriedade dos pesquisadores e seu uso será restrito ao meio acadêmico e científico.



#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE PESQUISA

A apresentação e análise dos dados da pesquisa serão feitas a partir da realização da Exploração do material – *corpus*. Para tal, foram construídos os 3 Núcleos temáticos centrais e suas respectivas categorias. Os dados encontrados no campo, ainda possibilitaram apresentar um perfil das pessoas entrevistadas, que inicia nossas análises.

O quadro 2 a seguir, apresenta os Núcleos temáticos e suas categorias de análise, como dispostos no decorrer desta seção:

Quadro 2 - Classificação da entrevista em núcleos temáticos e categorias de análise.

<b>Núcleos Temáticos (NT)</b>	<b>Categorias de análise</b>
<b>1. Uso de drogas e situação de rua</b>	1.1 Fatores que contribuem à ida para as ruas.  1.2 Significados do uso de drogas na rua
<b>2. Consultório de rua e Atenção psicossocial</b>	2.1 – Ações do Consultório de Rua 2.2 – Como e onde atua o Consultório de Rua 2.3 – Potencialidades e Limites do Consultório de Rua 2.4 – Possibilidades de atenção à população em situação de rua.
<b>3. Inclusão e exclusão das pessoas em situação de rua</b>	3.1 – Acesso a saúde e a outros setores  3.2 – Centro Pop como espaço de referência e inclusão para as pessoas em situação de rua  3.3 – Higienização das cidades como processos de exclusão das pessoas em situação de rua

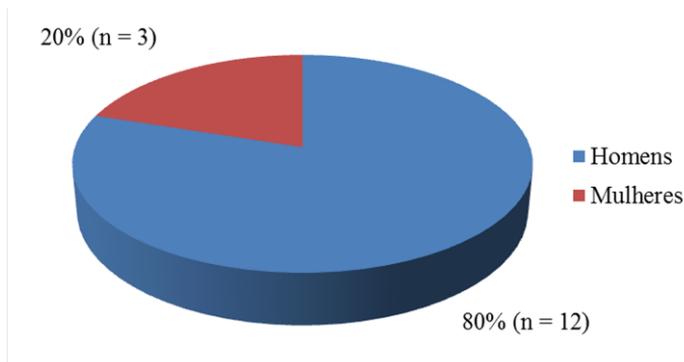
Fonte: desenvolvido pelo autor.

##### 4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Durante o processo de ida a campo foram entrevistadas 15 pessoas, sendo que em muitos momentos, tendo em vista os locais de realização (como a própria rua), bem como a característica da pesquisa, outras pessoas surgiam no momento da entrevista, trazendo informações

e interferindo nas conversas realizadas entre entrevistador/pesquisador e entrevistado. Dos 15 entrevistados, 12 eram do sexo masculino, (80%) e 3 do sexo feminino, (20%), como demonstrado no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1 – Sexo

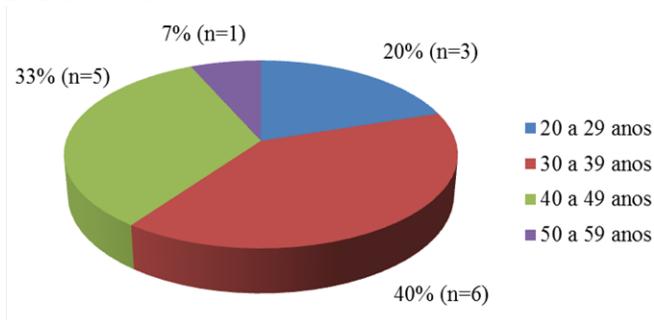


Fonte: desenvolvido pelo autor.

Conforme visualizado no gráfico 1, é perceptível um maior número de homens na rua. Os dados encontrados nesse estudo corroboram outras pesquisas realizadas em todo o Brasil, no qual 82% das pessoas em situação de rua eram homens (BRASIL, 2008).

Com relação a faixa etária dos entrevistados, identificou-se que esta variava entre 23 e 59 anos. Dos 15 entrevistados, 3 tinham idade entre 20 e 29 anos; 6 estavam entre 30 e 39; 5 entre 40 e 49 e apenas 1 entre 50 e 59, conforme gráfico 2.

Gráfico 2 - Faixas etárias

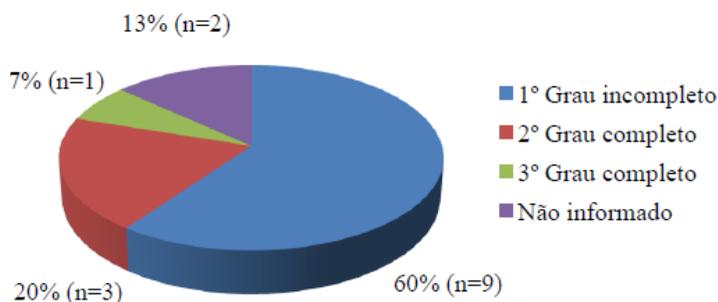


Fonte: desenvolvido pelo autor.

Com relação a faixa etária e contexto da rua, podemos perceber que há predomínio de adultos entre 20 e 49 anos de idade. Como impactos desse processo, podemos inferir que esses sujeitos, por diversas razões encontram dificuldades ou não estão conseguindo desenvolver atividades laborais, sociais e profissionais e, além disso, apresentam riscos a sua saúde.

A rua é lugar diverso que contempla diferentes sujeitos. Quando perguntados sobre o grau de escolaridade, na grande maioria iniciaram o seu discurso afirmando que não conseguiram estudar tudo que precisavam/queriam, trazendo muitas vezes questões de ordem familiar como impeditivos para a continuidade do estudo quando criança e/ou adolescente. Houve predomínio de pessoas que não conseguiram concluir o 1º grau (ensino fundamental), cerca de 9 pessoas; 3 afirmaram ter concluído o 2º grau (ensino médio); 1 pessoa concluiu o 3º grau (ensino superior) e 2 não informaram, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 - Grau de Escolaridade



Fonte: desenvolvido pelo autor.

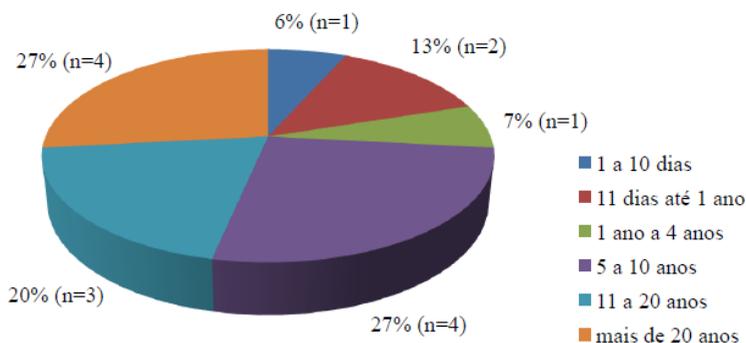
Os dados encontrados sobre a escolaridade dos entrevistados, nesta pesquisa, aproximam-se em alguns dados da pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Dados desta pesquisa apontam que cerca de 50% possuíam o primeiro grau incompleto (BRASIL, 2008), enquanto nesta pesquisa somam 60% dos entrevistados.

Nenhum dos entrevistados é natural de Florianópolis. Sendo a grande maioria, cerca de 10 deles do estado do Rio Grande do Sul; 2 do Estado do Paraná; 2 do Estado de São Paulo e 1 do Estado da Bahia. As profissões/ocupações que reconhecem, sendo algo que ainda trabalham

ou já trabalharam, são bastante diversas, tais como: Artesão/artesã, escritor, borracheiro, saqueiro (carregador de saco de coco nas costas), comerciante de camelô, catador(a) de material reciclável, cozinheiro, cuidador de carros, administrativo, soldador, eletricista, pedreiro/construção civil, e 2 pessoas sem profissão definida. Dos 15 entrevistados, apenas 4 afirmam estar trabalhando no momento, e dos 4 apenas 1 tem algum tipo de registro (está trabalhando com construção civil). Aqui observamos tanto um alto índice de desemprego, cerca de 74% deles, bem como a presença de trabalho informal entre aqueles que exercem alguma atividade, cerca de 75 %.

Diariamente pessoas saem de suas casas pelos mais diversos motivos. Nesta pesquisa encontramos sujeitos que há poucos dias decidiram sair de casa, bem como os que vivem na rua por um longo tempo. Dos 15 entrevistados, 1 estava apenas há 4 dias na rua; 2 estavam de 11 dias até 1 ano; 1 pessoa entre 1 até 4 anos; 4 pessoas entre 5 a 10 anos; 3 entre 11 até 20 anos e 4 pessoas saíram da casa de sua família há mais de 20 anos, conforme gráfico 4 a seguir.

Gráfico 4 - Tempo que saiu de casa



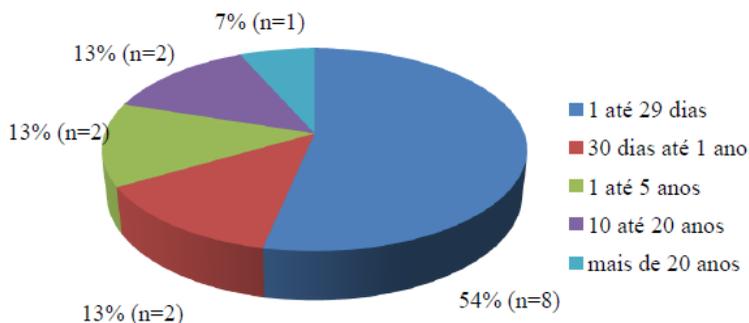
Fonte: desenvolvido pelo autor.

Em análise ao gráfico 4, fica evidente que a grande maioria, cerca de 11 pessoas, correspondendo a 74% dos sujeitos, estão fora de suas casas há mais de 5 anos, sendo que o de maior tempo está há mais de 20 anos do afastamento inicial de sua casa/família.

Com relação ao tempo de permanência em Florianópolis, as respostas também apresentaram variação. Embora grande parte dos entrevistados esteja há bastante tempo fora de suas casas, em alguns momentos em situação ou não, mais de 50 % deles, cerca de 8 pessoas,

estão em Florianópolis há menos de 30 dias. Os demais, 2 deles apenas entre 1 mês até 1 ano; 2 pessoas entre 1 até 5 anos; 2 entre 10 até 20 anos, e 1 há mais de 20 anos, conforme ilustrado no gráfico 5.

Gráfico 5 - Tempo que está em Florianópolis

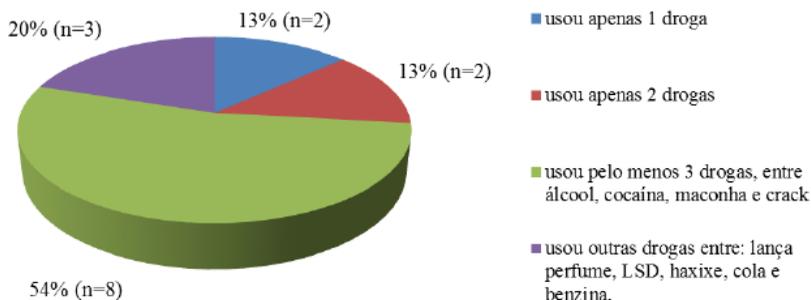


Fonte: desenvolvido pelo autor.

Em análise ao gráfico 5, fica evidente o quanto grande parte dos sujeitos desta pesquisa estão na cidade a menos de 30 dias, o que pode incidir sobre o não conhecimento da cidade, bem como uma maior dificuldade no acesso aos serviços públicos de saúde e assistência social.

Além do desemprego ou serem trabalhadores do mercado informal, outro aspecto importante e bastante presente na vida das pessoas em situação de rua é a relação com o uso/abuso de álcool e outras drogas, como identificado no gráfico 6, que segue.

Gráfico 6 - Uso de drogas

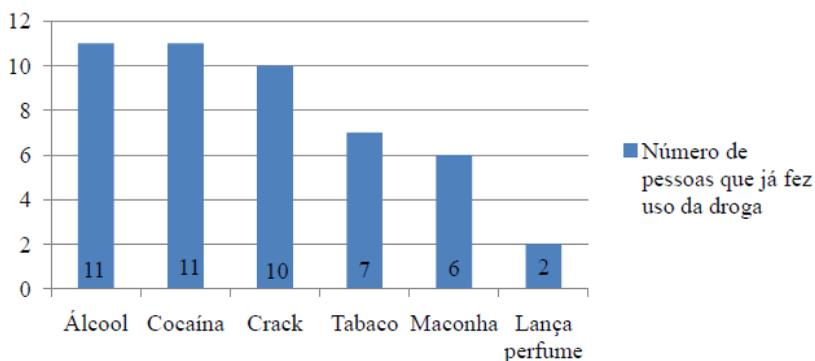


Fonte: desenvolvido pelo autor.

De acordo com o gráfico 6, todos os entrevistados já usaram pelo menos um tipo de droga, encontrando um grande número de pessoas que já usaram 2 ou mais drogas. Entre as mais comuns estão o álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack. O gráfico ainda ilustra que mais de 50% dos entrevistados já usaram mais de 3 tipos de drogas.

O gráfico 7 apresenta o uso de drogas no passado por tipo, no qual o álcool, droga lícita e bastante consumida no Brasil, aparece em primeiro lugar.

Gráfico 7 - Droga de escolha

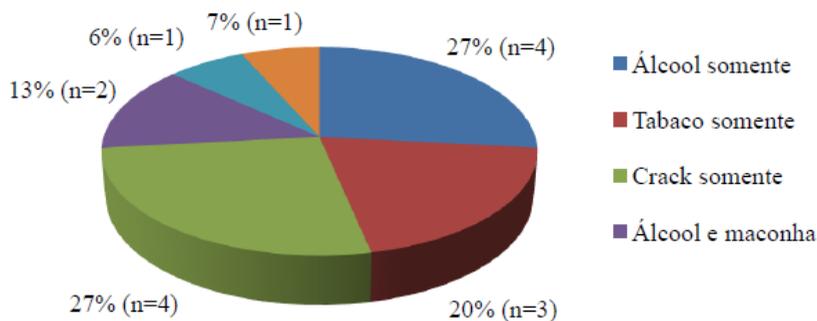


Fonte: desenvolvido pelo autor.

O gráfico 7 demonstra o alto índice de uso/abuso, no passado, de 3 drogas principais: álcool, cocaína e crack, consideradas as de grande potencial de dependência e capazes de trazer prejuízos na vida dos sujeitos. Ainda é importante relatar o alto índice de uso no passado tabaco e maconha, seguidos do lança perfume.

Com relação a droga que tem usado no momento, todos os 15 entrevistados afirmam que continuam usando pelo menos uma das drogas entre: álcool, tabaco, cocaína, crack e maconha, conforme observado no gráfico 8 a seguir.

Gráfico 8 - Droga que usa no momento

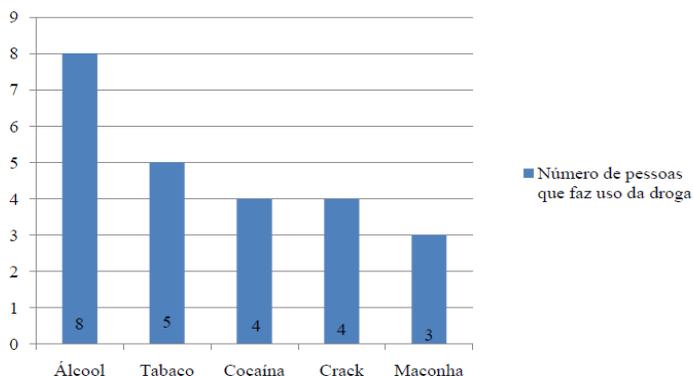


Fonte: desenvolvido pelo autor.

Conforme gráfico 8, podemos visualizar que 11 dos entrevistados, cerca de 74%, afirmam usar apenas uma droga, podendo esta ser álcool, tabaco ou crack. No momento o álcool é a droga mais usada entre eles sendo utilizada por 8 pessoas, as vezes sozinho ou associado à outras drogas, como o tabaco e a maconha.

Quando comparamos o uso de droga por tipo de droga individualmente, o uso de álcool mostra-se superior a qualquer outra droga, sendo as duas lícitas, álcool e tabaco as mais consumidas entre os pesquisados. O gráfico 9 mostra que 54% dos entrevistados usam álcool, seguido pelo tabaco, cocaína, crack e maconha.

Gráfico 9 - Uso atual por tipo de droga



Fonte: desenvolvido pelo autor.

Os dados observados no gráfico 9, que dizem respeito ao uso atual de drogas por tipo, indicam que álcool e tabaco são as drogas mais consumidas entre as pessoas em situação de rua participantes desta pesquisa. Estes dados corroboram com as pesquisas realizadas no Brasil, nas quais o álcool aparece como a droga mais utilizada, nos diferentes tipos de uso, na vida, no ano e no mês, 74,6 %, 49,8%, e 38,3%, respectivamente. Com relação a dependência, a pesquisa nacional aponta que 12,3% da população brasileira é dependente de álcool, enquanto 10,1% é dependente de tabaco (CEBRID, 2005).

## 4.2 NÚCLEO TEMÁTICO (NT) 01 - USO DE DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA

Este núcleo temático, definido a partir das falas dos sujeitos apresenta e discute as relações entre o uso de álcool e/ou outras drogas com a situação de rua. Ele foi dividido em duas categorias a partir da análise desenvolvida. Estas categorias discutem os fatores que contribuem à ida para as ruas, os significados do uso de drogas na rua, e como os sujeitos de pesquisa veem a possibilidade de estar na rua e não usar drogas. A seguir, descreveremos cada uma dessas categorias.

### 4.2.1 NT (01) Categoria 01: Fatores que contribuem à ida para as ruas

Difícilmente conseguiremos identificar apenas um elemento que contribua para a saída de casa em direção às ruas. Pesquisas realizadas no Brasil, como Ferreira e Machado (2007), Brognoli (1996), Brasil (2008 e 2010), Silva (1988), apontam à associação de diferentes fatores que contribuem para o movimento de ida para as ruas.

Nesta pesquisa, de um total de 15 entrevistados, todos identificaram ao menos um elemento que contribuiu de forma particular ou estimulou para a saída de casa, sendo que 10 deles associaram pelo menos dois fatores. Os mais presentes foram o uso de álcool e/ou outras drogas, entre 6 dos 15 entrevistados, e o desentendimento familiar, citado 5 vezes. A tabela 4 foi construída para apresentar os fatores mais citados que contribuem à ida para as ruas e sua frequência por parte dos sujeitos de pesquisa.

Tabela 4 - Fatores que contribuem à ida para as ruas.

Fatores	Frequência*
Uso de drogas	6
Desentendimento familiar	5
Separação conjugal	4
Morte de familiar	4
Problemas de saúde/saúde mental	3
Violências	2
Desejo de estar no trecho/conhecer outros lugares	1
Má distribuição de renda	1

\* A frequência se refere ao número de pessoas que citaram tal fator.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Como identificado na tabela, além do uso de álcool e/ou outras drogas e do desentendimento familiar, outros fatores, pouco menos frequentes, aparecem nas histórias de vida dos sujeitos.

A figura 03, apresentada a seguir, ilustra a presença destes numa relação de proximidade e interseção com a saída para as ruas, sendo que os mais frequentes são representados em tamanhos maiores na figura.

Figura 3 - Principais fatores que contribuem à ida para as ruas.



Fonte: desenvolvido pelo autor.

A separação em fatores foi realizada com o intuito de visualização e identificação dos mesmos, tendo em vista suas relações e atuações conjuntas, retroalimentando-se. A discussão destes fatores será realizada em conjunto, numa sequência lógica, iniciada a partir da análise do pesquisador e apoiada por outros autores que estudam o tema.

Na leitura e categorização das entrevistas o uso de álcool e outras drogas foi o fator mais citado entre os entrevistados. Este elemento contribuiu para o aparecimento de outros fatores, bem como da intensificação de problemas no âmbito familiar, o que Ferreira e Machado (2007) chamam de “desagregação familiar”. Muitas vezes o uso de álcool e outras drogas aparece também como forma de lidar com as difíceis situações presentes em casa e no trabalho, como apontam as narrativas:

*“[...] fazia uso de droga, do crack... larguei tudo de mão, e vim pra rua [...]” (Entrevistado – E 2)*

*“Eu fumava para esquecer eles e meus problemas.” (E 14)*

*“Estou há cinco anos no trecho, decidi isso porque eu usava drogas há 10 anos [...]” (E 3)*

Outro fator bastante presente nas falas dos sujeitos desta pesquisa foram aqueles relacionados aos desentendimentos no âmbito familiar, como a não aceitação pelos familiares de alguma de suas características e/ou escolhas, desprezo dos entes queridos e não identificação com algumas formas da família em lidar como questões do dia a dia.

Os dados observados nesta pesquisa assemelham-se aos apresentados na pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome- MDS, publicada em 2008, na qual cerca de 35% das pessoas referem que passaram a viver em situação de rua por problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas e aproximadamente 30% identificam alguma desavença no âmbito familiar como fator responsável pelo abandono do lar (BRASIL, 2008).

Nesta pesquisa, bem como na citada anteriormente, muitos relatam não só a existência de mais de um fator, como também um possível desencadeamento ou intensificação de outros fatores a partir de um primeiro.

*“[...] eu não me dou bem como minha família, aí eu resolvi sair de casa... eu não me dou muito bem como eles não!” (E 5)*

*“Vários... não tem um por que né? (E 7)*

A separação conjugal e morte de familiar também foram citados, neste último, foram citados principalmente pai, mãe e irmão, aparecem como fatores importantes e motivadores para saída às ruas. Contam que a experiência de perder alguém que gostam é muito difícil e por muitas vezes insuportável de lidar, dessa forma, o espaço da rua torna-se alento para estas situações. Brognoli (1996, p.89) identifica em pesquisa semelhante, que muitos sujeitos ao viverem experiências difíceis veem na rua a possibilidade de “apagar os rastros de sua existência”, ou mesmo de afastar-se de lugares e pessoas que relembram sua própria história de vida, como presentes nas falas dos entrevistados abaixo:

*“Ahh.... o fim de meu primeiro relacionamento amoroso... morava com minha mãe, minha mãe morreu, desestruturou a família, meus irmãos cada um tem a vida deles... e aí cáí no mundo, vim pra Santa Catarina...” (E 8)*

*“[...] depois que mataram esse filho eu fiquei meio desatinada, meio sem chão né, totalmente sem chão, eu larguei minha família, deixei minha casa, deixei emprego, neto, deixei tudo e fiquei perambulando pela cidade [...]” (E 12)*

Outros fatores, como os problemas de saúde/saúde mental e experiências de violências fizeram parte do hall de fatores que contribuíram de forma isolada ou conjunta para a saída de casa. As principais doenças presentes nas narrativas foram depressão, HIV/Aids e tuberculose. Machado e Ferreira (2007) relembram que muitas famílias encontram dificuldades para aceitar a existência de um parente com tais doenças, bem como se deparam com outras limitações, dentre elas as de ordem financeira. Dessa forma, a presença destas limitações por parte das famílias, em muitas situações não amparadas pelo Estado, podem se constituir como complicadores para a permanência desses sujeitos em seus lares, e portanto, motivadores para ida às ruas. Com relação às experiências de violências, todas encontraram seus autores na figura de algum familiar, como pais, irmãos ou parentes próximos, caracterizando-se como violências físicas e/ou sexuais.

*“Foi acidente de percurso, eu tive complicação mental [...]” (E 1)*

*“[...] eu sofri um estupro. Eu fui estuprada por um primo do meu pai [...] todos eles metiam a mão comigo. E quando eu contava, eles não*

*acreditavam, eu apanhava. É, o que eu não encontrei na minha família, eu encontrei na rua.” (E 7)*

Os dados observados anteriormente se aproximam do que Ferreira e Machado (2007) discutem quando identificam quatro grandes grupos de fatores responsáveis por levarem esses sujeitos a tornarem a rua seu principal local de referência, contribuindo assim, para ampliação e entendimento do fenômeno. De acordo com estes autores, os grupos de fatores são divididos em: experiências de violências, uso e abuso de drogas, desemprego e problemas de saúde, podendo ser identificados isoladamente ou ainda de forma combinada. Importante destacar que nem sempre são de fácil identificação e separação, estando revestidos por determinados períodos de tempo ou permanentemente.

Os últimos fatores abordados e considerados nesta pesquisa, citados apenas uma vez cada, foram: o desejo de estar no trecho/conhecer outros lugares e a má distribuição de renda, presentes nas falas:

*“Eu sai para conhecer... também sai da minha cidade pois era muito pequena e tinha interesse em conhecer outros lugares. Então eu tinha muita vontade, pois via na televisão, um dia eu vou passar lá [...]” (E 3)*

*“[...] E a falta de governo né?! A má distribuição de renda! [...] Onde prejudica a comunidade, a população mais carente né?!” (E 1)*

O último depoimento citado aponta para elementos mais abrangentes, como a gestão de recursos públicos e a má distribuição de renda. Este segundo é fator preponderante para as desigualdades sociais contemporâneas, tendo em vista o alto índice de desigualdades e concentração de renda no Brasil, como aponta o documento sobre a situação social brasileira publicado em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (BRASIL, 2011).

Nesta primeira categoria, quando discutidos os principais fatores que contribuem à ida para as ruas a partir dos relatos dos 15 entrevistados, observa-se a presença de micro e macro fatores, incluindo os de ordem pessoal, familiar e aqueles relacionados à sociedade em geral, o que possivelmente torna a saída de casa em direção às ruas como um fenômeno complexo e multidimensional.

Corroboramos com as ideias de Ferreira e Machado (2007) que enfatizam o cuidado de não olhar os fatores como determinantes

absolutos *per si*, pois, muitas vezes isolados ou combinados, intensificam os processos de exclusão social, nem sempre levando os indivíduos a ocuparem as ruas. Estes autores chamam atenção para o reconhecimento das histórias de vida individuais, nas quais há de se perceber um processo – temporal e de situações, que marcam a vida desses sujeitos.

Para além de identificar características individuais relacionadas às histórias de vida dos sujeitos, torna-se necessário uma leitura mais ampla desses processos. Prates, Prates e Machado (2011) chamam atenção para o processo de rualização, por eles intitulado e discutido no referencial teórico deste trabalho. Este, se configura a partir de múltiplos condicionantes, os quais, por sua vez, se apresentam dentro de um espaço de tempo.

No mesmo sentido, cabe apontar os processos de exclusão vivenciados por esses sujeitos, e que, a partir das teorias de Escorel, Pastorini e Souza (apud Leal 2011), estão divididos em três conjuntos:

1) Trajetórias de vulnerabilidades, fragilidades ou mesmo precariedades e até rupturas com as cinco dimensões da existência humana: econômico-ocupacional, sociofamiliar, da cidadania, das representações sociais e da vida humana;

2) Alijamento de direitos, como a não cidadania, a qual nega aos sujeitos seus direitos humanos básicos e universais. Negação esta, que dificulta os exercícios de liberdade, direitos políticos, participação na comunidade, e o reconhecimento do indivíduo como pessoa, contribuindo para um “sequestro de cidadania”;

3) Pauperização e desigualdade social, resultantes das transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas nos últimos 30 anos, as quais conformam-se entre as principais manifestações das questões sociais da contemporaneidade. Estas, ancoram-se na pobreza, na desestabilização dos trabalhadores antes estáveis e na perda dos padrões de proteção social.

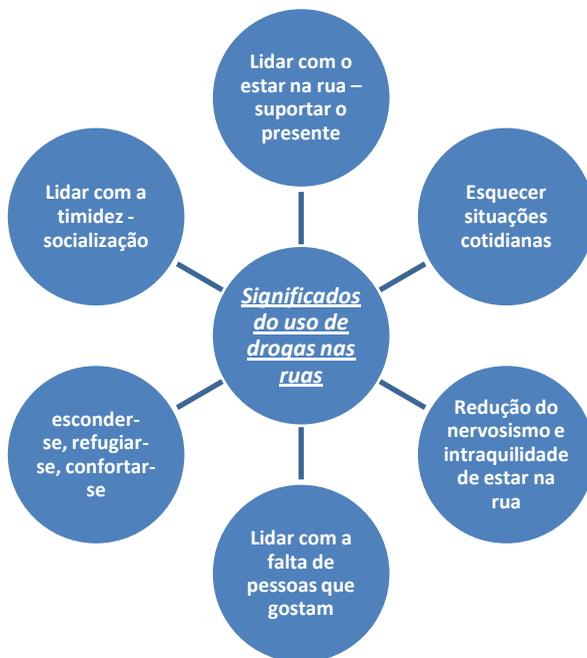
Dessa forma, grande parte dos fatores identificados nas entrevistas podem se apresentar como consequências desses processos maiores, envolvidos por determinações macrosociedade. Devido as suas complexidades, tornam-se de difícil apropriação pelos sujeitos, pois estes, submergidos em processos de exclusões sociais de tão severa gravidade, são impossibilitados de reconhecerem esses determinantes, vivenciando muitas vezes as consequências enfrentadas como objetos concretos, também chamados nesta pesquisa de fatores.

#### 4.2.2 – NT (01) Categoria 02: Significados do uso de drogas na rua

Para os sujeitos em situação de rua, não é fácil manter-se nas casas de suas famílias, dados vários motivos já apresentados anteriormente no item 4.2.1. Estes, estão aliados aos preconceitos e estigmas com os sujeitos ‘diferentes’, que usam algum tipo de droga, principalmente as ilícitas. Mas a condição de estar nas ruas, embora muitas vezes revestida nas falas que anunciam movimentos de liberdade, como: “[...] *eu me sinto livre, onde eu quiser ir eu vou [...]*” (E 7), ou mesmo a possibilidade de viver sem patrão, e fazer o que deseja, também os prendem, haja vista os processos de invisibilidades e uso/abuso de drogas, estratégia muitas vezes necessária para o próprio viver em situação de rua e suportar as marcas do passado, e a exclusão do presente.

Os principais significados atribuídos pelos sujeitos, ao uso de drogas na rua, são apresentados na figura 4, que segue:

Figura 4 - Significados atribuídos ao uso de drogas na rua.



Além da possibilidade de esconder-se, de refugiar-se ou de confortar-se, o uso e muitas vezes a dependência de drogas surge como algo que reduz momentaneamente a intranquilidade e o nervosismo, diante do desamparo, da falta de alimento e teto, da distância da família de origem, e do fato de, literalmente, se enxergar em situação de rua.

*“[...] eu me aprofundei na droga bastante... que era meu escudo, meu esconderijo... que me refugiava de muitas coisas, naquele momento fugia [...]” (E 7)*

*“[...] meu negocio é maconha, né?[...] eu até me acalmo, tranquilo [...]” (E 10)*

*“[...]é o psico, é o teu corpo, a tua mente, digamos... passar o nervosismo, passar o estresse... é o psicológico [...]” (E 11)*

*“Um conforto que eu não tinha mais, uma certa paz, ela te dá um certo alívio da dor [...]” (E 12)*

*“[...] então o jeito é usar para esquecer, esquecer as coisas. Alivia, tu não sente mais aquela saudade da pessoa que tu gostava [...]” (E 13)*

Alguns estudos apontam o uso do espaço público por muitas pessoas, como forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Desta forma, muitos sujeitos vão às ruas sem intenção de utilizar algum tipo de droga, mas iniciam ou intensificam seu uso como forma de inserção e socialização com os grupos presentes nas ruas e diante da convivência e permanência nesse contexto (BRASIL, 2010).

Outros autores como Costa (2005) e Carneiro Junior et al. (1998), discutem que a relação dos altos índices do uso de álcool, são, além de números, formas de socialização entre os sujeitos, contribuindo para minimizar problemas como a fome e o frio a que estão sujeitos as pessoas em situação de rua.

Brognoli (1996), em pesquisa, identifica a associação do uso de álcool às situações de dependência, além de estratégia para lidar com a inibição e com as difíceis condições de estar em situação de rua, amenizando o frio, fome e as lembranças ruins que marcam suas histórias.

Presente nas falas dos sujeitos, e referenciado nos autores que discutem o tema, o uso de drogas nos espaços da rua está associado com

diferentes significados, desde um hábito corriqueiro, como forma de ser aceito ou se inserir em algum grupo na rua, ou mesmo como anestésico para as difíceis condições de vida naquele espaço.

Estudos como o de Brito et al (2007), afirmam a forte relação entre a situação de rua e o uso de álcool e outras drogas. Indicam porcentagens de uso bem maiores para essa população em relação às pessoas que não estão em situação de rua, apresentando índices de 70% de consumo abusivo de álcool entre essa população. Nas pesquisas realizadas em Porto Alegre<sup>29</sup>, os índices de consumo de álcool entre a população em situação de rua estimaram cerca de 66,20% em 1995 e 67,30% no ano de 1999, e o uso de outras drogas aproximou-se da faixa entre 17,90% e 24,70%, para os mesmos anos, respectivamente.

A possibilidade ou impossibilidade de estar em situação de rua e não fazer uso de drogas, é representada pela tabela 5, que revela respostas diante do questionamento acerca desta questão:

Tabela 5 - Possibilidade de estar em situação de rua e não usar drogas.

<b>Estar na rua e não usar drogas</b>	<b>Frequência</b>
Possível	9
Possível, mas muito difícil.	2
Impossível	4

Fonte: desenvolvido pelo autor.

A maior parte dos entrevistados, cerca de 9 pessoas, afirmam ser possível estar em situação de rua e não fazer uso de drogas, e outras 2 acreditam que mesmo diante da dificuldade, ainda é possível. Outras 4 pessoas asseguram ser impossível ficar na rua sem a utilização de algum tipo de droga.

A afirmação apresentada por grande parte dos entrevistados que admitem a possibilidade de estar em situação de rua e não utilizar nenhum tipo de drogas, torna esta uma questão bastante complexa, reiterando o fato do uso de ao menos um tipo de droga por estes sujeitos. O que parece ao pesquisador, a partir da realização das entrevistas e das observações em campo é a existência de uma relação entre esta possível contradição e o 'desejo', presente no discurso e expressados por muitos, acerca da vontade de não mais fazer uso de drogas. Assim, admitem como possibilidade a continuidade da situação de rua e o fim do uso álcool e/outras drogas em algum determinado momento.

<sup>29</sup> Os dados das pesquisas em Porto Alegre foram encontrados em Silva (2009).

*“É, basta querer, é difícil. Tem muita gente que está no trecho que nem fuma, não bebe [...]” (E 3)*

*“Não, não é possível ficar sem usar droga, usar nada, não tem jeito, mesmo aqueles que estão se esforçando... a partir do momento que você tá nessa luta, que você se vê na rua, não tem como, você tem que usar alguma coisa.” (E 12)*

O uso de álcool e/ou outras drogas aparece inicialmente como um fator que contribuiu à ida para as ruas. Ao serem questionados sobre o aumento ou diminuição do uso de álcool e/ou outras drogas a partir de sua ida para as ruas, os entrevistados afirmaram que a relação – aumento/diminuição do uso de drogas e estar sem situação de rua, depende das histórias individuais de cada sujeito, do local na rua estabelecido como moradia, do grupo com o qual mais se aproxima, entre outras questões vivenciadas nesta situação. A tabela 6, apresenta a partir da fala dos entrevistados o aumento ou diminuição do uso de drogas após a saída para as ruas.

Tabela 6 - Aumento ou diminuição do uso de álcool e outras drogas.

<b>Uso drogas</b>	<b>Frequência</b>
Diminuiu	7
Aumentou	5
Aumentou muito	3

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Dos que afirmaram a diminuição do uso de drogas após a ida para as ruas, as justificativas se sustentam em necessidades básicas como a alimentação, moradia ou mesmo o cuidado com a aparência e com as situações de violência naquele espaço, com base na compreensão de que sob o efeito de alguma droga o sujeito está mais suscetível a sofrer algum tipo de violência. Um dos entrevistados apresenta como fator responsável por reduzir o uso de drogas, sua constante movimentação de cidade em cidade, não se estabelecendo em um lugar específico. Dessa forma, ele acredita na contribuição do estreitamento de laços com pessoas e lugares nas ruas com o aumento do uso, o que demonstra certa dificuldade em lidar com seu desejo/necessidade da utilização da droga. Assim, os entrevistados relatam:

*“Diminuiu. Tem uns que aumenta né? Mas eu diminui, porque eu preciso comer. Então, ou eu como ou eu uso droga [...]” (E 11)*

*“Como eu não paro em lugar nenhum, diminuiu, pois quando você para só em um local e acomodar, aí volta a usar.” (E 3)*

*“Diminuiu. Se tu anda na rua a gente se vê numa obrigação de a gente mesmo se cuidar, andar limpo, barbeado, e não usar para não tá apanhando na rua de polícia, dos outros também [...]” (E 14)*

Nas falas dos sujeitos que relataram aumento no uso, houve aproximação de uma relação de dependência com a droga, na qual o indivíduo perde o controle depois de iniciar a utilização da droga, sempre necessitando maiores quantidades para satisfazer sua vontade, e gastando todo seu dinheiro, ao mesmo tempo em que coloca sua vida em risco. O aumento do uso também se apresenta relacionado com a inexistência de algum trabalho ou ocupação, e alguns dos entrevistados descreveram a vinda de responsabilidades e o afastamento do uso da droga junto com o exercício de uma atividade laboral. Seguem as narrativas dos sujeitos:

*“Aumentou mesmo, aumentou muito [...] Eu quando bebo saio fora da casinha. É, eu vou e gasto tudo que eu tenho, né?!” (E 10)*

*“Um tempo atrás tinha aumentado [...] e a questão do trabalho, eu bato nesta tecla porque pra mim está sendo importante e é importante, o trabalho te traz uma responsabilidade e automaticamente ele te faz reduzir [...] ele te traz pro eixo [...]” (E 9)*

As relações de aumento e diminuição do uso de drogas no espaço das ruas identificadas pelo pesquisador na fala dos entrevistados aproximam-se das discussões sobre os possíveis significados do uso de drogas na rua, presentes no próximo item.

#### 4.3 NÚCLEO TEMÁTICO (NT) 02 - CONSULTÓRIO DE RUA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Este núcleo temático, definido a partir das falas dos sujeitos e do relatório final no Consultório de Rua, apresenta e discute suas ações e características de sua atuação no período analisado. Ele foi dividido em quatro categorias de análise, sendo estas: as Ações do Consultório de

Rua, Como e onde atua, Potencialidades e limites do Consultório de Rua e possibilidades de atenção à população em situação de rua, sob o olhar dos sujeitos de pesquisa. Na sequência, descreveremos cada uma dessas categorias.

De acordo com o Relatório final do Projeto Consultório de Rua de Florianópolis, as atividades foram realizadas durante 1 ano, no período de outubro de 2011 a outubro de 2012. Neste primeiro momento, o CR foi desenvolvido por 2 equipes, uma de cada CAPS Ad da cidade, sendo uma delas vinculada ao CAPS ad Ilha e formada por 01 Assistente Social, 01 Enfermeira, 02 Agentes Redutores de Danos, enquanto a outra, vinculada ao CAPS Ad Continente, era composta por 01 Assistente Social, 02 Agentes Redutores de Danos e 01 técnica de Enfermagem (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A partir das informações dos diários de campo do projeto, houve em alguns momentos a participação de outros profissionais como psicólogos e médicos das equipes do CAPS Ad.

O CR atuava dois dias por semana, terças e quintas-feiras no período vespertino, sendo cada CAPS responsável por um desses dias. O transporte era realizado com o carro da Secretaria Municipal de Saúde até o centro da cidade, enquanto o trajeto pelo centro era feito a pé, e as abordagens e atendimentos às pessoas em situação de rua realizavam-se neste caminho<sup>30</sup>.

#### **4.3.1 – NT (02) Categoria 01: Ações do Consultório de Rua**

Para construir essa categoria foram utilizadas informações de alguns documentos como os diários de campo dos profissionais do CR e o relatório enviado ao Ministério da Saúde após o término das atividades do Projeto, bem como os dados colhidos a partir das 15 entrevistas realizadas nesta pesquisa.

Segundo informações do Relatório de atividades do CR, durante o primeiro ano de atuação foram realizadas diversas atividades, apresentadas nas tabelas 7, 8 e 9, e adaptadas pelo pesquisador de acordo com tipo e características.

---

<sup>30</sup> Informações obtidas por meio dos diários de campo das equipes do CR.

Tabela 7 - Atividades desenvolvidas pelo Consultório de Rua e número de atendimentos.

<b>Atividades</b>	<b>Número de atividades</b>	<b>Número de Atendimentos</b>
Atendimento em grupo	44	220
Atendimento à família	20	57
Atendimento individual	250	250
Visita Domiciliar	2	2
Oficinas com população	1	6
Distribuição de materiais educativos e insumos	-	4.284
Encaminhamentos para a rede de serviços	146	146
Orientação de saúde geral: sexo seguro, DST/AIDS, autocuidado com o corpo.	-	*

\* O relatório descreve, mas não quantifica estas atividades.

Fonte: FLORIANÓPOLIS (2012), adaptado pelo autor.

A tabela 8 apresenta a distribuição de material educativo e insumos, especificando seu conteúdo e quantidade por tipo de atividade.

Tabela 8 - Distribuição de materiais educativos e insumos pelo Consultório de Rua.

<b>Tipo de material</b>	<b>Quantidade</b>
Distribuição de preservativos	1206 unid.
Distribuição de material informativo (folder redução de danos, folder CAPS e Informativo do Consultório de rua)	306 unid.
Distribuição de Kit Hidratação (sachet de mel, bolachas água e sal, e água de coco)	2632 kits
Outros (seringas, protetor labial)	140 unid.
<b>Total entregue</b>	<b>4.284</b>

Fonte: FLORIANÓPOLIS (2012), adaptado pelo autor.

Como identificado na tabela 7, as equipes do CR realizaram encaminhamentos às diversas instituições de diferentes áreas. Na sequência, a tabela 9 detalha os principais serviços ou áreas utilizadas para estes encaminhamentos:

Tabela 9 - Encaminhamentos realizados pelo CR.

<b>Locais encaminhados</b>	<b>Número de encaminhamentos</b>
Encaminhamento para CAPS AD/II/III	10
Encaminhamento para Unidades de Acolhimento/CAT	10
Encaminhamento para Unidades Básicas de saúde/Unidades de Saúde da Família	20
Encaminhamento para outros serviços da rede de saúde	6
Encaminhamento para a rede de Assistência Social	100
<b>Total de encaminhamentos</b>	<b>146</b>

Fonte: FLORIANÓPOLIS (2012), adaptado pelo autor.

No relatório foram descritas outras atividades como participação em eventos, tendo esta ocorrido apenas uma vez; publicação de 2 materiais em eventos científicos e/ou material educativo e 3 supervisões de campo, sendo esta última realizada pela supervisora do Consultório de Rua do Ministério da Saúde, vinculada à Universidade Federal da Bahia - UFBA. Ainda foram descritas no relatório ações como Orientação de saúde geral: sexo seguro, DST/AIDS, autocuidado com o corpo; Orientação sobre uso mais seguro de drogas e Redução de Danos (RD); e escuta qualificada, não atribuindo número de ações e/ou atendimento (FLORIANÓPOLIS, 2012).

No trabalho de campo desta pesquisa, dos 15 entrevistados participantes, apenas 4 conheciam o Consultório de Rua, e de acordo com estes, as principais atividades desenvolvidas foram:

- Encaminhamento para rede de saúde;
- Encaminhamento para realização de exames;
- Vacinação contra doenças;
- Acolhimento, escuta e conversa;
- Acesso a tratamento de tuberculose;
- Sensibilização para o cuidado com a saúde e higiene pessoal;

O Consultório de Rua contribuiu com os sujeitos para o acesso à rede institucionalizada de atenção à saúde, ratificando um de seus primordiais objetivos. De acordo com o Ministério da Saúde, estes devem contribuir para a acessibilidade aos serviços da rede, levando-se

em consideração as dificuldades e barreiras que a população em situação de rua encontra para a promoção dos cuidados e ações de saúde (BRASIL, 2010).

Relativo aos atendimentos do CR, alguns entrevistados afirmam:  
*“Sim, eu sou um exemplo [...] daí fui encaminhado ao hospital para fazer o tratamento, para fazer o exame do escarro para tuberculose, deu fator positivo, aí eu comecei a fazer o tratamento graças ao consultório de rua.” (E 1)*

*“Umás duas vezes, agora que eles deram a vacina contra a gripe [...]” (E 2)*

*“[...]gostavam da minha pessoa, se preocupavam com minha saúde [...] e me apoiavam e me ajudavam. Conversavam, dialogavam [...]” (E 7)*

Foram poucas as pessoas entrevistadas que também haviam utilizado os serviços do CR, sendo importante relatar que estas assinalaram a ajuda no acesso ao tratamento de saúde por parte do mesmo, ainda que diante de algumas dificuldades. Relatam ainda, certa aproximação do CR com suas realidades por meio das escutas, acolhimentos, conversas e diálogos. Essas pequenas ações são próprias do CR, como apresentadas por Oliveira (2009, p. 91), que ao descrever as ações realizadas pelo CR de Salvador - Bahia, traz: “[...] eram realizadas consultas, solicitações de exames, orientações, encaminhamentos para a rede de saúde.”

Ainda apresentando as várias modalidades de atendimento realizadas em Salvador, cidade onde nasceu o CR, Oliveira (2009) apresenta um método de escuta qualificada capaz de compreender as situações vivenciadas pelos sujeitos. Assim:

[...] a palavra, a escuta sensível e a disponibilidade advinda de uma postura ética, não moralista: esses são os principais instrumentos de trabalho nesta atividade. A oferta é possibilitar o acesso à palavra, ao discurso, que revela o sujeito que fala, e por meio do qual se pode favorecer a simbolização e re-significação do sofrimento, a identificação de aspectos subjetivos/comportamentais envolvidos no modo de vida, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ou a outras questões existenciais, dentro da particularidade de cada um (OLIVEIRA, 2009, p.98).

A partir das observações e escutas alcançadas durante as entrevistas, as pessoas atendidas pelo CR na cidade, demonstraram certo apreço pela atenção dispensada durante os atendimentos e indicaram significados positivos a partir desses contatos com a equipe do CR. Uma relação importante a ser enfatizada, a partir do relatório e dos diários de campos dos profissionais, é a marcante presença de atividades de redução de danos realizadas, sendo esta uma estratégia necessária, já que a mesma parte da ideia de oferecer suporte e atendimento aos usuários de drogas nos espaços da rua.

A Redução de Danos (RD) é definida como conjunto estratégico de medidas de saúde pública destinadas a minimizar as consequências adversas do uso prejudicial de álcool e drogas (BRASIL, 2007). O Ministério da Saúde Brasileiro reconhece a RD como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas, e a considera como um método, um caminho, não o único. Estratégia que aumenta o grau de liberdade, de co-responsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. Desta forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois segundo a Política nacional de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento no processo de cuidado com a saúde (BRASIL, 2004).

A RD implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculos com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. Nesse sentido, a redução de danos busca traçar com os sujeitos estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (BRASIL, 2004).

Lancetti lembra que como política, a RD é frontalmente divergente das políticas predominantes de combate às drogas, aquelas fundamentadas na criminalização e com objetivo de eliminá-las. A tese central que este autor defende é que a RD, em suas propostas e na sua preciosa simplicidade, é redutiva, mas quando analisada na sua capilaridade “[...] é menos uma diminuição dos riscos e mais uma ampliação da vida” (2011, p. 80).

Ao se referir as experiências de práticas de RD, Lancetti (2011) afirma que em locais onde essa estratégia é reafirmada como ação cotidiana é perceptível a intensificação de ondas de solidariedade,

tolerância e cooperação sanitária, considerando que a RD tem uma sintonia com a posição ética das equipes da saúde, no qual estas equipes, antes de serem a favor/contra os traficantes, ou mesmo aos policiais, são a favor da vida. A posição ética em favor da vida, reafirmada a partir das ações de RD “[...] abre o sulco de uma nova clínica, capaz de transformar-se num desvio que consiste em criar a experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero” (p.82).

O conceito de ampliação da vida atrelado à estratégia de RD é uma ponta de lança para desbravar um campo extramente complexo – o uso abusivo de álcool e outras drogas. Segundo Lacentti (2011) este conceito é vital para elaboração de territórios existenciais inéditos, capazes de carregar consigo a tolerância e ancorar-se na construção do *comun*<sup>31</sup>, sendo vital também por que nos permite sair da posição de derrota e impotência a que nos condenam as campanhas antidrogas e a ideologia da abstinência.

Por fim, os dados sobre o número de atendimentos presentes no relatório em contraste com o encontrado em campo, a partir desta pesquisa, sinalizam pelo menos para três questões: 1) População de rua como grupo nômade, portanto, difícil de reencontrá-la nos mesmos lugares; 2) A dificuldade de acesso a essa população; 3) A presença de processos de retirada e expulsão dessas pessoas dos lugares públicos<sup>32</sup>.

#### **4.3.2 – NT (02) Categoria 02: Como e onde atua o Consultório de Rua**

O Consultório de Rua desenvolveu as diferentes atividades descritas anteriormente, estas se materializaram a partir de abordagens individuais e/ou coletivas, sendo que o mesmo atuou em diferentes espaços do centro da cidade.

De acordo com o relatório das ações do CR em Florianópolis, desde 1998, a cidade conta com uma equipe de Agentes Redutores de Danos que atua em diferentes lugares da cidade. Como as equipes do CR contaram com alguns desses agentes redutores de danos que possuíam vínculo com a população em situação de rua, principalmente aquela que faz uso/abuso de álcool e drogas, a entrada em campo se deu através desse vínculo, associado ao mapeamento prévio do território. Mesmo com o conhecimento prévio do campo pelos agentes redutores de danos, sempre a entrada em campo era desafiadora, pois as pessoas

---

<sup>31</sup> Grifos do autor.

<sup>32</sup> Esta hipótese será discutida no item 4.5.3.

que se encontram na rua mudam muito de localização, encontrando semanalmente novas pessoas nos espaços da rua (FLORIANÓPOLIS, 2012).

As áreas de atuação do CR foram selecionadas após a discussão em conjunto entre a equipe da Secretaria de Segurança Pública/Guarda Municipal e a Equipe de Redução de Danos da Secretaria Municipal de Saúde. Os lugares identificados para atuação das equipes representavam, segundo o relatório, os principais locais de uso de drogas do centro da cidade. Estes foram apontados por um levantamento realizado pela Guarda Municipal a partir de locais mais acionados por ocorrências, locais estes, que coincidiam com as áreas de atuação da equipe de Redução de Danos, por isso, ratificados pela equipe e definidos como campo de atuação do CR. As áreas definidas foram: Região da Alfândega, Direto do Campo e seus arredores, região próxima a Passarela de Samba Nego Quirido (Centro Pop), Rua dos Correios e Tribunal Regional do Trabalho, Cabeceiras das Pontes Colombo Salles, Pedro Ivo e Hercílio Luz e região do Túnel Antonieta de Barros (FLORIANÓPOLIS, 2012).

A figura 5, a seguir, mostra as áreas de atuação do CR no centro da cidade:

Figura 5 - Áreas de atuação do Consultório de Rua em Florianópolis (Out. 2011 a Out. 2012).



Fonte: Google (2012), adaptado pelo autor<sup>33</sup>.

Os principais lugares de atendimento, a partir das falas dos entrevistados, foram a própria rua, o Centro de Referência Especializado em atendimento a população em situação de rua – Centro Pop e no CAPS Ad da cidade, algumas vezes, quando necessário, levando pessoas até outras unidades como os hospitais.

*“As pessoas iam, tipo assim, faziam ao trajeto a pé, nos hospitais, em vários lugares a pé, coisa que deviam ter uma locomoção, um carro, a disposição[...] tudo certinho né?” (E 1)*

*“Já fui atendido, aqui no Pop mesmo, o atendimento foi que nem eu falei, foi 100%, foi família né [...] ouvi coisas que há muito tempo eu não ouvia [...]”. (E 11)*

<sup>33</sup> Mapa adaptado do site Google maps. Disponível em: <<https://maps.google.com.br/maps?hl=pt-BR&tab=w>> Acesso em: 10 jun. 2012.

A atuação do Consultório de Rua se materializava a partir do encontro entre os usuários de drogas que estão em situação de rua e as equipes de atendimento, que ao se movimentar até o espaço onde essas pessoas convivem ou frequentam – como outros serviços da rede de saúde e/ou assistência social, tem a oportunidade de aproximar-se de sua realidade e construir possíveis formas de atenção. Esta atenção se dá a partir de momentos de escuta, conversa, orientação, entrega de materiais educativos e/ou insumos para o cuidado a saúde, bem como ações de redução de danos na relação com o uso abusivo de drogas.

De acordo com o Ministério da saúde os CR são dispositivos que atuam no próprio espaço da rua, aproximando da realidade das pessoas que estão na situação de rua, respeitando sua diversidade e seu contexto (BRASIL, 2010). Na experiência da cidade de João Pessoa/Paraíba, apresentada no documento do Ministério da saúde para orientação dos CR no Brasil, o CR da cidade chamado de “*Estamos Aqui... e Ai!*” desenvolve suas atividades em diferentes lugares como “[...] logradouros públicos, praças, casas abandonadas dentre outros, baseado na estratégia de redução de danos e na redução dos agravos à saúde decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas” (SILVA 2010 apud BRASIL, 2010, p. 18).

No mesmo sentido, a experiência de Salvador, referência para os CR do Brasil, relatada por Oliveira (2009), realiza ações em vários lugares da cidade, incluindo praças públicas, ruas abandonadas, centro histórico da cidade, algumas áreas de periferia e bairros distantes do centro da cidade, chegando até 24km de distância, o que mostra uma grande área de abrangência do projeto na cidade.

A direção das ações do CR na cidade pesquisada, a partir do relatório do projeto, do diário de campo e de algumas narrativas, caminham para uma atenção diferenciada a esses sujeitos. Assim, as atuações do CR encontram no limiar das condições de vidas destes, possibilidades de contribuir com pequenas melhoras em saúde e acessos a rede institucionalizada, principalmente de saúde e assistência social. Os profissionais do CR, baseados em seus relatos, parecem romper com os olhares do senso comum - aqueles que ao ver os sujeitos na rua, mesmo em uso ou não de álcool e outras drogas, desejam muitas vezes afastar esses sujeitos da rua como forma de mudança de vida, como se apenas um lugar para morar e dormir daria conta de reverter tais situações.

De acordo com o diário de campo de uma das equipes do CR, mesmo com dificuldades de conversar e alcançar os sujeitos na rua, estes se aproximavam com o intuito de conhecer as realidades e oferecer

ao menos uma possibilidade de conversa e escuta. Alguns relatos feitos profissionais apontam certo receio por parte da população em situação de rua com as formas tradicionais para tratamento do uso/abuso de drogas como as clínicas fechadas, o que em alguns momentos apareceu como limitador inicial para o desenvolvimento de atividades, criação de vínculos e aproximações. Desta forma, alguns profissionais relataram suas conversas com a população na direção de poder lidar com a questão do uso e abuso no próprio espaço da rua, sem que necessitassem automaticamente sair das ruas, que era importante considerar suas realidades e condições de vida. Este tipo de ação, constatado a partir da leitura dos diários de campo do CR da cidade, evidencia formas de atuação que respeitem o contexto sócio-cultural destas pessoas, aproximando-se das discussões sobre a atenção psicossocial e clínica ampliada.

A atenção psicossocial, constitui-se como uma atenção ampla, que ao se aproximar dos sujeitos os vê de forma complexa, não reduzindo-os a simples diagnósticos e certezas. É uma atenção capaz de relacionar minimamente as condições subjetivas e objetivas das vivências dos sujeitos, para se possível, chegar mais próximo de sua realidade. Pode ser considerada como uma atenção que constrói junto os sujeitos sua possibilidade de existência, e portanto, de alteração de condições de vida, sempre relacionando-as os macro determinantes da vida em sociedade.

De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) a Atenção psicossocial é um conceito amplo e complexo. Esta tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria. Os autores relacionam a práxis da atenção psicossocial com os campos de transformações na saúde mental, estudados por Amarante (1999), que se dividem em questões teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Essas transformações tem oferecido à desconstrução de algumas visões a cerca da doença mental embasadas pela psiquiatria e psicologia, e tem construído noções como “sofrimento-existência”, que desloca o sujeito para o cerne da situação, oferecendo uma dimensão estética, autonomia e emancipação aos sujeitos.

As transformações que amparam o conceito de atenção psicossocial se ampliam ainda para a constituição de uma rede de serviços capaz de se constituir como espaços de sociabilidade, de trocas e produção de saúde entre técnicos, usuários dos serviços e a

comunidade. Além da luta para a construção de um aparato jurídico-institucional que reafirme as mudanças e os novos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, a atenção psicossocial busca fortalecer práticas sociais que transformem o imaginário social e cerca da loucura e da doença mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI 2003).

Assim, a atenção psicossocial, como base de uma clínica e atenção diferenciada, sustenta um conjunto de ações que preconizam a substituição do modo asilar como paradigma das práticas dominantes. Neste modelo de atenção “[...] a loucura e o sofrimento não tem de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p.155).

Algumas ações do CR da cidade exprimem características de ações ancoradas na atenção psicossocial e na clínica ampliada, esta última que no dizer de Campos (2003) possui dimensões políticas e subjetivas muito fortes, não supervalorizando o biológico e afastando-se das formas tradicionais de atenção no campo da saúde. Para o autor, esta aproximação do profissional com o contexto do usuário, permite uma complexa interação entre esses dois sujeitos, capaz de construir as possibilidades de atuação baseada nas diferenças desse sujeito na relação com o mundo, concretizando um projeto terapêutico, e por que não dizer projeto de vida, ancorado na diferença.

Nesse sentido, segundo Yasui (2009) a atenção psicossocial é o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, visto que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico pela criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de maneira que exista um lugar para o sujeito louco. Segundo o autor, implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao sujeito diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

É com este olhar e modo atuar que o Consultório de Rua – enraizado na atenção psicossocial, se aproxima da clínica ampliada e do que Antônio Lancetti chamou de clínica peripatética, aquelas que consideram os sujeitos como parte importante do cuidado e que são capazes de incluir suas singularidades no pensar a atenção sobre estes. São clínicas da utopia, que apostam no existir, nas quais a esperança é o princípio ético central e que o mudar o mundo é o seu devir. Assim, desejam:

Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Atenção Psicossocial é assim, feita de sonhos, utopia e esperança (YASUI, 2009, p. 08).

#### **4.3.3 - NT (02) Categoria 03: Potencialidades e limites do Consultório de Rua**

De acordo com o relatório do projeto foram identificadas, a partir do olhar dos profissionais e gestores algumas potencialidades, sendo elas:

- Aproximação com a população de rua contribuindo para seu acesso a rede de saúde;
- Redutores de danos participarem da equipe do CR;
- Divulgação do trabalho dos CAPS Ad e dos Centros de Saúde (Unidades Básicas de Saúde);
- Fortalecimento e inclusão de novas parceiras;
- Aproximação entre as equipes dos CAPS ad.

O relatório ainda aponta algumas fragilidades encontradas no trabalho do CR, descritas na sequência:

- Equipe do CR reduzida em carga horária, número de profissionais e categorias (dentre os quais enfermagem, medicina, psicologia e redutores de danos);
- Carro não adaptado para as atividades;
- Rede de apoio fragilizada na implementação de políticas públicas para o morador de Rua, como casa de apoio, casa de passagem e abrigo, e casa de acolhimento transitório;
- Dificuldades no cadastramento e atendimento dessa população nos serviços em geral, pela ausência de documentação.

Já no olhar das quatro pessoas atendidas pelo CR participantes desta pesquisa, as potencialidades na atuação do CR estavam relacionadas às formas de atendimento e aproximação com a população em situação de rua, sendo que respeitavam a realidade dos sujeitos. A

partir da narrativa de um dos entrevistados, percebe-se esse diferencial, podendo ser apontado como uma potencialidade do projeto.

*“Ô... poucas vezes que vieram, mas ajudaram... que daí com carinho tentavam entender, compreender, como se diz... por que a gente na rua quando vivi muitos anos é só no esculacho, ofendendo, diminuindo, tá ligado? E eu acho que essa maneira... eu acho que só vai melhorar, só é bom, só é bom [...]” (E 7)*

O sujeito identifica que no seu contato com o CR percebeu formas de cuidado e atenção diferente do que geralmente vivencia na rua. Esta forma de conhecer e compreender as vivências dos sujeitos para então aproximar-se e tentar contribuir na atenção a saúde, aproxima-se do conceito de acolhimento e vínculo discutidos no campo da saúde.

Em estudo realizado sobre a natureza do vínculo na vida humana, Santos (2009), debruçando-se sobre as pesquisas de Bowlby (1990) e de Harlow (1965) apresenta que ambos chegaram a mesma conclusão: “[...] a de que a necessidade de criar vínculos, de se ligar a outro membro da mesma espécie, tem um valor de sobrevivência tão grande quanta a necessidade de se alimentar” (SANTOS, 2009, p.189).

Etimologicamente, vínculo é um vocábulo de origem latina, e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários, quanto da equipe de trabalho (CAMPOS, 2003).

Aproximando-se da área de saúde, e de um conceito de vínculo mais próximo do objeto de estudo deste trabalho, consideramos vínculo como:

[...] a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias (STARFIELD, 2002).

De acordo com Brunello et al (2010) o vínculo é essencial na relação profissional-paciente, pois permite uma efetiva aproximação

entre esses sujeitos e contribui nas relações de escuta, diálogo e de respeito entre ambos, além de permitir que os pacientes sintam-se mais seguros com a atenção a saúde recebida pela unidade de saúde. Estes autores, ao realizar uma revisão sistemática das produções brasileiras sobre vínculo na atenção à saúde, enfatizam a relação próxima entre vínculo e alguns atributos como confiança, aproximação e comprometimento.

O processo de constituição de vínculo é marcado por uma necessidade temporal, carecendo de certo período para sua efetividade, assim, Giovanella e Mendonça (2008) acreditam que este se estabelece na relação profissional de saúde-usuário ou equipe de saúde-usuário, sendo construída ao longo do tempo, com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização do profissional ou equipe pelo cuidado e promoção da saúde dos usuários.

Merhy (1994) ao discutir como têm se constituído os diferentes momentos de atenção à saúde no Brasil e a relação com os usuários, enfatiza que uma das traduções possíveis para o conceito de acolhimento está muito próxima de uma relação humanizada, acolhedora dos trabalhadores e serviço para com os usuários da saúde.

Desta forma, vínculo e acolhimento são considerados tecnologias leves na área da saúde. Contribuem para trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Assim, vínculo e acolhimento são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia e colaboram para a integralidade da atenção à saúde (JORGE et al, 2011).

Portanto, talvez a grande potencialidade do CR, para além de contribuir no acesso a rede de saúde e assistência social, seja a possibilidade de construção de vínculos com a população em situação de rua, vínculos capazes de criar uma sintonia entre estes atores – profissional-usuário, que contribua de forma efetiva para a melhoria da saúde, e de vida dessa população.

Dentre os limites apontados pelos sujeitos e identificados nesta pesquisa está o baixo conhecimento, por parte da população em situação de rua, sobre o consultório de Rua, a não continuidade de algumas ações iniciadas no primeiro ano de projeto e a possível falta de preparação de

alguns profissionais para lidar com tal público. Um dos entrevistados descreve um desses limites do CR:

*“[...] eu na minha concepção não funciona, por que não sei, o jeito que eles chegam na gente, chegam meio ressabiados, eles tem medo da gente, por isso que deveria ter um morador de rua junto, entendeu?”(E 2)*

A preparação e capacitação, bem como ter algum tipo de empatia com esse trabalho e com tal população é fundamental para que ações consigam acessar e contribuir com a saúde das pessoas atendidas. Pois, atuar diante da vida e das situações vivenciadas por esses sujeitos, obriga-nos como profissionais de saúde a abandonar ou pelo menos rever conceitos, normas e certezas antes estáveis e consideradas tradicionais na área da saúde.

#### **4.3.4 NT (02) Categoria 04: Possibilidades de atenção à população em situação de rua**

Esta pesquisa privilegia a voz dos sujeitos entrevistados, é para eles que as ações de saúde aqui são pensadas. Embora muitos dos entrevistados não tiveram nenhum tipo de contato com o CR, exploram a partir de suas narrativas, possibilidades de atenção às pessoas em situação de rua. Trazem indicativos de como poderia ser um serviço de saúde, já que passam grande parte do seu tempo nas ruas, e a sua casa – a própria rua, não é cadastrada para receber visitas dos agentes comunitários de saúde, portanto, não acessam de mesma forma o sistema de saúde brasileiro.

Após a ida a campo, e com a dificuldade de encontrar, e consequentemente acessar os sujeitos atendidos pelo CR, esta pesquisa se ampliou para outras pessoas também em situação de rua, mas que não foram atendidas pelo projeto, pois como já citado, dos 15 entrevistados, apenas 4 conheciam o CR de Florianópolis. O que inicialmente pôde ser visto como um limite desta pesquisa foi transformado em possibilidade de explorar com esses sujeitos, formas de atenção à saúde da população, dentre eles aqueles que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas. Assim, durante as entrevistas com os sujeitos na rua foram colhidas estratégias e formatos de atendimentos mais coerentes, a partir de seus olhares, para com a realidade desse público tão específico e desafiador para o sistema de saúde brasileiro, o SUS.

Quando perguntados o que poderia ser feito na área da saúde para atender a população em situação de rua, 4 dos entrevistados afirmam a necessidade de internação em fazenda terapêutica ou clínica fechada, outros 3 acreditam que os projetos pensados para essa população deveriam sempre incluir ex-usuários de drogas. Segundo os entrevistados, seria importante o envolvimento de pessoas que tenham experienciado situações semelhantes, pois isto contribuiria no acesso a população em situação de rua que faz uso de algum tipo de droga. Ainda sugerem alguma modalidade como unidade móvel que possa ir ao encontro dos sujeitos no espaço da rua, ideia próxima a do Consultório de Rua. A tabela 10 mostra as principais sugestões dessas pessoas para os projetos de atendimento a população em situação.

Tabela 10 - Possibilidades de atenção à população em situação de rua.

Possibilidades	Frequência*
Internação em fazenda/Clínica fechada	4
Oportunidades de Trabalho	4
Que a equipe de atendimento na rua tenha ex-usuário de drogas	3
Unidade móvel na rua	2
Lugar que funcione todos os dias e 24h	2
Moradia	1
Centro de convivência	1

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Como observado na tabela 10, as propostas transcendem a área da saúde. Os entrevistados vislumbram que além das ações diretas do campo da saúde, de lugares que atendam nos fins de semana e 24 horas, acreditam que outras questões como oportunidades de trabalho, moradia e centro de convivência poderiam contribuir com a saúde dessas pessoas. Algumas narrativas ilustram as questões mais citadas:

*“[...] a questão muito grave é na internação [...]” (E 9)*

*“É levar para algum lugar, botar a trabalhar, a produzir [...]” (E 8)*

*“[...] tem uma ONG dele lá, que são moradores de rua, as pessoas que já estão melhorzinha botar um coordenador do movimento de rua pra ir junto e abordar por que eles conhecem todas as pessoas. E abordar esse*

*pessoal, que geralmente eles estão drogados, estão alcoolizados, fica difícil lidar.” (E 2)*

*“É lógico que se tivesse uma equipe que se movesse do lugar dele pra ir atrás dessas pessoas pra cuidar, nem que for fazer um curativozinho no dedo, pode ter certeza que essas pessoas vão se sentir amadas e que alguém está enxergando elas.” (E 12)*

Se compararmos as reivindicações do I Encontro Nacional sobre a população em situação de rua realizado em 2005, com as falas dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, encontramos alguns pontos comuns e outros divergentes. Sobre as reivindicações no campo da saúde, realizadas no encontro nacional, aparece principalmente a necessidade de capacitação dos profissionais para atendimento dessa população, a adequação dos serviços de saúde à realidade das pessoas em situação de rua, considerando que o requisito do fornecimento de endereço para que seja efetuado o atendimento nessa área constitui fator limitante ao acesso, e ainda foi requisitado ofertas de tratamento para “drogadição”. Além destas demandas apontadas, o relatório do encontro ainda indica a garantia de moradia, implantação de programas de inclusão do morador de rua no mercado de trabalho e geração de outras oportunidades a essa população (BRASIL, 2006).

O documento construído com as entidades e representantes da população em situação de rua participantes do encontro sinalizam a complexidade de se trabalhar para a garantia dos direitos dessa população, no qual acreditam ser necessárias articulações entre as políticas públicas que possuem interface com a questão da população em situação de rua. Na tabela 12, as diferentes sugestões que incluem atividades fora do campo da saúde, como as de moradia e trabalho, sinalizam a complexidade e necessidade de ações intersetoriais e em diferentes campos. Ações estas, que baseadas num conceito ampliado de saúde podem se constituir como determinantes que interferem nas condições de saúde da população em situação de rua.

#### 4.4 NÚCLEO TEMÁTICO (NT) 03 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Este terceiro núcleo temático apresenta questões relacionadas ao binômio inclusão-exclusão, divide-se em 3 categorias de análises que discutem parte dos processos de inclusão e exclusão social vivenciados

por essa população, tendo em vista suas experiências de acesso aos serviços de saúde e assistência social, bem como os processos de violências vivenciados pelos sujeitos. As 3 categorias são: Acesso a saúde e a outros setores, Centro Pop como espaço de referência e inclusão para as pessoas em situação de rua e Higienização das cidades como processos de exclusão das pessoas em situação de rua.

#### **4.4.1 NT (03) Categoria 01: Acesso a saúde e a outros setores**

Ao ouvir as histórias de cada um dos entrevistados, percebe-se que todos de alguma forma já tiveram algum tipo de contato com alguma instituição de saúde na cidade onde se encontram e/ou em sua cidade de origem. O que fica evidente é o quanto esses contatos são irregulares e pontuais. Isto justifica-se, nos discursos dos sujeitos entrevistados, pela dificuldade de acesso a rede de atenção a saúde, somando-se a baixa procura por serviços de saúde por parte desta população, tendo em vista que tendem a dar prioridade para a satisfação de suas necessidades de sobrevivência como água, comida, banho e quando conseguem um lugar para dormir fora das ruas. Neste contexto, o cuidado com a saúde passa a ficar em segundo plano, quando não esquecido ou visto como objeto de luxo, de acesso quase que exclusivo para aqueles que têm uma vida diferente dos que estão em situação de rua.

No decorrer das entrevistas, ao falar de si e de suas histórias, os sujeitos referem contatos e atendimentos em diversos locais, a tabela 11, descreve esses serviços e quantas pessoas já tiveram algum tipo acesso com as instituições de saúde.

Tabela 11 - Acesso as instituições de saúde.

Instituições	Frequência*
Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas	4
Consultório de Rua	4
Policlínica municipal de saúde	3
Hospitais gerais	3
Hospitais psiquiátricos	2
Comunidades terapêuticas	2
Centros de saúde	2
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	1

\* A frequência refere-se à quantidade de pessoas que já tiveram contato ou foram atendidos pela instituição.

Fonte: desenvolvido pelo autor.

Referente a utilização dos serviços de saúde apresentados na tabela 11, fica claro que essas pessoas acessam o SUS, em suas diferentes complexidades, desde os Centros de saúde até os Hospitais gerais e psiquiátricos, estes últimos, considerados de alta complexidade. Em geral apresentam pouca frequência no acesso, principalmente aos Centros de saúde - unidades básicas, consideradas porta de entrada do SUS. Acessam de forma mais frequente os serviços de média e alta complexidade como os CAPS Ad, Policlínica de saúde e os Hospitais.

As narrativas dos sujeitos nos oferecem a possibilidade de visualizar o porquê e como se dá a procura por esses serviços de saúde:

*“[...] eu levei várias facadas, quase fui morta [...] primeiro eu fui pro hospital, depois fui para casa de minha mãe e depois fui pra clínica (Comunidade terapêutica).” (E 7)*

*“[...] há uns dois anos atrás, eu tive um problema de pedra no rim e fui atendido lá no HU [...]” (E 9)*

*“[...] porque eu tinha uma pendicite que estoporou né? E eu fui atendida na Policlínica, depois eu fui pro HU [...]” (E 12)*

Quando acessam o sistema de saúde, muitos não conseguem manter um atendimento sistemático e contínuo. Assim, partir dessas narrativas, é possível verificar a fragilidade da atenção à saúde para

esses sujeitos, que se aparam em diversos aspectos da vida cotidiana destes e dos próprios limites da política pública de saúde para o desenvolvimento de um trabalho longitudinal em saúde.

Um dos desafios está ancorado no movimento de desterritorialização desses sujeitos, pois são pessoas que na sua grande maioria não possuem um território fixo de convivência e moradia. Ao apresentar atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), espaço de interlocução com o Consultório de Rua, Giovanella e Mendonça (2008) baseadas em Starfield (2002), discutem a importância da adstricção territorial da clientela. Enfatizam que para que profissionais de saúde e os pacientes consigam estabelecer uma relação de pessoal de longa duração, a Unidade de Saúde deve ser capaz de identificar sua população eletiva, definindo uma população de referência a partir de determinada área geográfica na qual são cadastradas unidades, servindo essas como referência e uso exclusivo dos moradores cadastrados.

Esses cadastramentos são efetivados a partir da visita pela equipe de saúde aos domicílios, nesse processo são identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas (BRASIL, 2007). Tendo em vista este formato de trabalho, percebe-se o deslocamento – podendo ser entendido então como algo fora do lugar - das pessoas em situação de rua, que primeiramente na maioria das vezes não se reconhecem como sendo de territórios estanques ou delimitados geograficamente, e ainda devemos considerar que estes não se organizam em espaços de moradias convencionais, os quais, chamamos de casa. Então, se o cadastramento é feito a partir dos domicílios, estes já de antemão não podem ser cadastrados da maneira formal, encontrando nesses aspectos uma possibilidade de não acesso.

A territorialidade da saúde e das diversas políticas públicas deve considerar as diferentes formas de organização dos grupos populacionais das quais tem a obrigação de acolher com equidade e oferecer a partir de suas singularidades a proteção social, seja por meio de ações de saúde, assistência social, educação, dentre outras. Trabalhar de forma territorializada respeitando as diferenças e os diversos contextos dentro de uma mesma realidade é desterritorializar, isso quando determinada situação ou caso necessitar, assim, desterritorializar pode ser entendido como sair do comum, do normal, daquilo que é geral.

Nesta direção, Costa (2006) contribui quando fala de uma concepção mais dinâmica de território, incorporando a noção de

território-rede, onde segundo o autor é possível conceber uma espécie de territorialização no próprio movimento dos sujeitos.

Assim, algumas pesquisas como de Ouriques (2005) e Borba (2005), apontam que as dificuldades de acesso, tratamento e/ou de acompanhamentos mais sistemático em saúde por parte desta população, podem também, estar relacionado às precariedades com que são atendidas ou mesmo a falta de preparo das equipes de saúde para lidar com tal população.

Com relação ao acesso a outros serviços para além da saúde, é perceptível como acessam com mais frequências os serviços como o Centro de Referência Especializado para população em situação de rua - Centro Pop e o Albergue, serviços essenciais que oferecem alimentação, banho, atendimento social e descanso noturno, se configurando para esses sujeitos como de primeira ordem. Com relação ao Centro Pop, considerado espaço de referência e muito acessado por essa população, discutiremos mais a frente no item 4.4.2.

Tabela 12 - Acesso as instituições de outros setores.

Instituições	Frequência*
Centro de Referência Especializado para população em situação de rua – Centro Pop	13
Albergue privado	8
Sistema Nacional de Empregos – SINE	2
Casa de apoio social ao morador de rua	1

Fonte: desenvolvido pelo autor.

\* A frequência refere-se à quantidade de pessoas que já tiveram contato ou foram atendidos pela instituição.

Os dados observados na tabela 12, que indicam uma maior frequência de uso por parte dessa população dos serviços como Centro Pop e Albergue, dados colhidos no campo de pesquisa, corroboram com os encaminhamentos realizados pelo CR para a rede de serviços, que atingem cerca de 68% dos encaminhamentos realizados no trabalho desenvolvido. Vale destacar que o Albergue privado foi mais acessado do que a casa de apoio social ao morador de rua, serviço público da política de Assistência social do município. Uma das questões que pode influenciar neste maior acesso ao albergue pode estar relacionada a localização, pois o mesmo encontra-se no centro da cidade e próximo ao

Centro Pop, diferente a casa de apoio que localiza-se no parte continental de Florianópolis.

Segundo a Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis – SEMAS<sup>34</sup>, a casa de apoio social ao morador de rua é um serviço de acolhimento provisório com estrutura para acolher com privacidade pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar. O serviço proporciona ao usuário o acolhimento no que refere aos cuidados básicos de higiene pessoal, alimentação, pernoite, acompanhamento especializado a condição muitas vezes debilitada pela ausência de saúde física/emocional, associada ao uso/abuso de álcool e outras drogas e a sua condição geral de vida na rua.

De acordo com a SEMAS, a casa de apoio é uma unidade institucional semelhante a uma residência, é previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de auto-sustento. A casa possui cerca de 30 vagas e o acesso é via encaminhamento do Centro Pop ou Abordagem de rua, direcionado para indivíduos acima de 18 anos, do sexo masculino em situação de rua.

Os serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, no qual se enquadram as casas de apoio, abrigos e casas de acolhimento, sendo aqueles que garantem proteção integral<sup>35</sup>, são escassos, não comportando as altas demandas por esses tipos de serviços. Sposati apud (MENDES; PRATES; AGUINSKY, 2009), em pesquisa realizada, aponta que em 2003, a cidade de São Paulo tinha aproximadamente 10.394 pessoas em situação de rua, no qual 6.186 estavam em albergues e 4.208 estavam dormindo na rua.

#### **4.4.2 NT (03) Categoria 02: Centro Pop como espaço de referência e inclusão para as pessoas em situação de rua**

Esta categoria apresenta questões sobre o Centro de Referência Especializado para a população em situação de rua – Centro Pop, e

---

<sup>34</sup> [www.pmf.sc.gov.br/semas](http://www.pmf.sc.gov.br/semas)

<sup>35</sup> Segundo a resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, os serviços de proteção integral são aqueles que garantem moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirado do convívio familiar e/ou comunitário (BRASIL, 2009).

identifica que este espaço tem se constituído como referência para a população em situação de rua em Florianópolis/SC, a partir das narrativas dos entrevistados. Como apresentado na tabela 12, dos 15 entrevistados, 13 citaram o Centro Pop em algum momento da entrevista, indicando sua popularidade diante de tal público, bem como a prestação de serviços básicos importantes no cotidiano destas pessoas.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua:

[...] é a unidade pública e estatal, lócus de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS. A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social (BRASIL, 2011).

Ao se constituir como lugar de referência para tal população, deve incluir a garantia de algumas seguranças afiançadas pelo serviço especializado para pessoas em situação de rua, sendo estes: a segurança de acolhida, a segurança de convívio familiar, comunitário e social, e segurança de desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social. Desta forma, para além de atender tal população com questões básicas como alimentação, banho, espaços para higiene pessoal, documentação civil, deve oferecer acolhimento e acompanhamento por equipe multiprofissional que busca o acesso de outros direitos sociais, bem como vivências grupais estimulando a autonomia, a mobilização, participação social e a garantia de uma vida em condições dignas (BRASIL, 2011).

O Centro Pop é visto como espaço de apoio para aqueles que estão tentando se (re)inserir no mercado de trabalho, sendo um serviço que atende uma diversidade de situações e de pessoas. Algumas pessoas em situação de rua que utilizam os serviços do Centro Pop veem no espaço, bem como na equipe, a possibilidade de estabelecimento de relações – mesmo que temporárias, que relembram uma relação familiar,

de alguém que apoie, esteja junto e compartilhe possibilidades de existência e maneiras de lidar com as adversidades próprias de quem está em situação de rua.

Segundo os entrevistados, além do apoio e acolhida, há um estímulo para a mudança de hábitos e reflexões sobre a situação em que se encontram por meio de conversas cotidianas no espaço, individuais e/ou coletivas. As narrativas ilustram a percepção dos sujeitos de pesquisa:

*“Deu almoço pra gente, a gente sai pra trabalhar, correr atrás de serviço, depois volta pra comer lá (Centro Pop) e vem dormir pra cá (albergue). É um apoio para achar serviço que eles dão ali né [...] tem vários tipos de pessoas né? Mas isso é comum [...]” (E 4)*

*“[...] tem muito apoio pro cara, aqui o centro pop, é tudo o que os moradores de rua precisam, o Centro Pop, essas meninas são um amor de pessoa, quando tem que chamar atenção elas chamam, elas incentivam [...]” (E 12)*

*“[...] ali no pop, ali é 100%, é uma família né, eles te apoiam, eles te dão comida, roupa, tudo [...] e sem pensar que eles conversam contigo como se fosse teu irmão.” (E 11)*

Ao olhar essa situação de maneira superficial, possivelmente muitos veriam como uma pura forma de assistencialismo. Ao analisar a vida desses sujeitos e conhecer como vive essa população, percebe-se que muitos deles não conseguem ao menos obter as necessidades básicas, como alimentação, banho, dentre outras. Isto identifica a necessidade de satisfazê-las minimamente, para que após esse momento, sejam pensadas em questões mais amplas como o cuidado com a saúde, trabalho, participação social e demais atividades comuns a todos cidadãos de direito. Neste sentido, Silva (2009) chama a atenção para a falta de políticas sociais acessíveis a essa população, nas quais o estado brasileiro apresenta apenas programas de natureza residual, no qual se incluem os albergues e os abrigos. Estes espaços são importantes por que respondem parte das demandas dessa população, mas não dão conta de responder a toda complexidade e diversidade das expressões da questão social presentes nas histórias de vida desses sujeitos.

Ao analisar as expressões da questão social, Iamamoto (2004 apud SILVA, 2009, p.113) aponta que uma importante estratégia para o enfrentamento da questão social no estado brasileiro está no

“chamamento à responsabilidade do Estado”, no qual o este deveria se assumir como o principal instrumento político qualificado na mediação entre as classes sociais, seus conflitos e diferenças, buscando serviços e políticas sociais universais.

Enquanto profissionais de saúde, de assistência social, bem como de outros setores, é preciso ficar atento com essas situações e ações emergenciais, pois temos que avançar para esse segundo momento, no qual os sujeitos, com suas necessidades básicas satisfeitas, consigam alcançar patamares mais dignos de vida e não fiquem sempre lutando pela pura sobrevivência.

Na percepção dos sujeitos de pesquisa, o Centro Pop tem contribuído no acesso a rede institucionalizada de saúde, fazendo contatos e referenciando as pessoas em situação de rua para diferentes atendimentos. Ao falar do acesso à saúde e a relação com o Centro Pop, contam-nos:

*“Com certeza, com certeza [...] não, quanto a isso não tenho o que falar mal não, sempre que eu fui, fui atendido e encaminhado pelo Pop [...]” (E 2)*

*“Foi bom, foi bom, demorou um pouquinho mas foi bom, tinha fila, mas foi tranquilo [...] é que eu vim aqui (Centro pop) e peguei uma carta de encaminhamento pra lá (saúde).” (E 15)*

Mesmo sendo um espaço de apoio e referência, alguns entrevistados se preocupam que o Centro Pop ao oferecer alimentação e vestuário possa desmotivar os sujeitos na procurar por uma vida melhor. Acreditam que para avançar, o serviço necessita ter um acompanhamento profissional mais sistemático das pessoas, ampliação dos dias e horários de funcionamento, bem como a realização de um trabalho intersetorial, principalmente no campo do trabalho e emprego, como apontam os discursos:

*“Te dar alimentação, é importante, te dar onde dormir também é importante, mas tem que ter aquela pessoa que esteja ali contigo no dia-a-dia [...] abre as 7h da manhã e vai até as 7h da noite [...] ele saiu dali, ele vai pra noite, vai pra rua, vai pra droga e volta no outro dia. Aquilo ali vira uma rotina.” (E 9)*

*“Outra coisa, o Pop fechado sábado e domingo, pô o morador de rua come sábado e domingo[...] O Pop não deveria fechar, eu acho é isso.” (E 2)*

*“[...] o Pop, se tivesse uma ligação direta com o SINE, por exemplo, esses tempos, antes de eu pegar o serviço, nós estávamos conversando sobre isso uma vez, faz uma lista, trabalha no que? gosta de fazer o que? Ai ter uma ligação com o SINE, eu acho que isso não é difícil.” (E 9)*

Certamente não cabe, ao Centro Pop como unidade de assistência social, inserido na Política de Assistência Social Brasileira, oferecer respostas imediatas a todas as demandas advindas das dificuldades de acesso das pessoas em situação de rua nos diferentes campos – saúde, educação, habitação, lazer, cultura, dentre outros. Mas como um dispositivo de referência para essa população específica, tem o desafio de articular relações intersetoriais que contribuam no acesso aos direitos sociais garantidos na constituição brasileira, sendo necessário fortalecer um trabalho em rede, capaz de incluir profissionais de diversas áreas na produção de formas criativas de (re)inserção social desses sujeitos.

Além do trabalho realizado com os sujeitos na rua, o CR deve atuar em articulação com os serviços que atendem a população em situação de rua das diferentes políticas. Sendo o Centro Pop, a partir das falas dos entrevistados, um lugar de referência para essa população na cidade de Florianópolis, isto abre a possibilidade de um trabalho em conjunto entre esses dois serviços na atenção a essa população. Esta iniciativa pode associar minimamente os serviços da política de Assistência social e Saúde, bem como a construção de ações intersetoriais articuladas aos campos do trabalho e emprego, habitação, educação, previdência social, dentre outras políticas sociais.

#### **4.4.3 NT (03) Categoria 03: Higienização das cidades como processos de exclusão das pessoas em situação de rua**

Outro dado importante desta pesquisa foi a presença marcante de situações de ratificação dos processos de exclusão social vivenciados pela população em situação de rua. Intituladas nesta pesquisa como ‘higienização das cidades’, ação que inclui tanto experiências de violências visíveis, como formas organizadas de trabalho ‘invisíveis’ para expulsão das pessoas em situação de rua das cidades.

As cidades precisam estar minimamente organizadas e limpas, sem que transpareçam a pobreza e suas mazelas construídas por ela mesma, intensificadas pelo processo de industrialização e pelo chamado

desenvolvimento econômico. A condição de estar em situação de rua mostra uma franqueza, tanto do sujeito, que diferente da maioria não conseguiu se adequar a este modelo de sociedade, e por este e outros motivos, é excluído de viver com seus direitos fundamentais garantidos. Ao mesmo tempo, indica que tal sociedade também não foi capaz de criar políticas públicas para manter condições igualitárias, ou mesmo de incluir sujeitos e famílias marginalizadas no rol de suas ações prioritárias, para que num futuro próximo, todos estejam pelo menos em condições dignas de sobrevivência e usufruto dos bens chamados de coletivos.

Durante a ida a campo, meio as observações dos espaços e situações vivenciadas na rua, bem como nas entrevistas realizadas, pelos menos 4 pessoas, afirmaram ter sofrido preconceito, estigmas e ou outra formas de violências relacionadas a situação de estar nas ruas. Citam formas de expulsão das pessoas de espaços públicos e privados das cidades, atividades de “exportações” para grandes cidades como São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro, e ainda preocupam-se com o que pode acontecer com as pessoas em situação de rua nos anos de grandes eventos no Brasil. As falas dos sujeitos expressam um pouco esta situação:

*“Eu to numa situação ainda meio ruim, perdi meus documentos, agora tem que fazer de novo, buscar melhorar [...] a copa ta aí né cara?! A copa ta aí ano que vem e vamos ver o que vai acontecer com a população de rua também. Eu não sei o que eles vão fazer, espero que não façam nenhum mal né?” (E 6)*

*“Lá eles se livram de morador de rua e trecheiros eles não querem [...] se você ficar mais de uma hora na rodoviária eles já convidam você a se retirar aí eles te encaminham para o assistente social, você explica a situação e eles te dão duas opções: ou você quer ir para São Paulo ou você volta para sua cidade natal e eles dão a passagem na hora [...] Em outras cidades aqui em Santa Catarina, também [...] eles pegam e colocam a gente dentro da kombi e saltam na BR [...]” (E 3)*

*“[...] eles tentam tirar o pessoal de rua, mas não tirar eles da rua, eles querem tirar da cidade [...] se tu é morador de rua de Porto Alegre, São Paulo, Rio, eles dão um jeito muito rápido de conseguir passagem, tem convênio com o terminal rodoviário [...]” (E 11)*

Varanda e Adorno (2004) ao discutir a atenção aos “descartáveis urbanos” apontam que os programas sociais direcionados a essa

população possuem ações próximas de uma ideia de descarte social, pois retiram essas pessoas da rua momentaneamente e não oferecem possibilidades de reestruturação de suas vidas. Neste contexto, Wacquant (2001) identifica que ações de repressão e criminalização do comportamento dos sujeitos em situação de rua, acabam por justificar ações de higienização e segregação social deste grupo, ratificando os processos de exclusão social já presentes na vida destes sujeitos. Outros relatam:

*“Já aconteceu de eu estar dormindo em um posto e o frentista do posto chegar a sacar uma arma e me correr, e por ultimo agora eu até fiquei assustado [...] eles tem um negócio ali de "retrato social", acho que é te resgatar pra sociedade né, mas não só 48 horas pra ti ficar e depois eles chamam de "exportação" já acham que é exportar o cara né [...]"* (E 11)

*“Quando eu olhei, já vinha a abordagem mais a caçamba da Comcap para tirar todas as tralhas [...] daí ela não viu mais ninguém né? Ali não tinha mais ninguém, acho que todo mundo que tava ali era tudo lixo, né?”* (E 7)

Os entrevistados presenciaram situações de “limpeza” ou mesmo de repreensão e segregação dos sujeitos presentes nas ruas das cidades, muitas vezes de forma naturalizada e como parte do trabalho cotidiano de muitos profissionais. Sposati identifica que muitas ações para essas populações ainda se revestem de caráter repressivo e/ou higienizador ou mesmo é comum ao estado e a população de classes mais altas:

[...] naturalizar, banalizar, desconsiderar, ou pior, esconder, jogar jatos de água, afastar para a periferia, adotar medidas higiênicas contra os que vivem nas ruas, são de fato expressões de fraqueza, e não de força de governantes e gestores (SPOSATI apud MENDES; PRATES; AGUINSKY, 2009, p 135).

Neste contexto, Varanda e Adorno (2004), estabelecem uma relação muito próxima mesmo que realizada por diferentes profissionais, entre o recolhimento do lixo urbano das vias públicas e as ações de remoção de centenas de pessoas em situação de rua para espaços coletivos de serviços assistenciais.

Essas experiências vivenciadas pelos sujeitos de pesquisa, bem como pela população em situação de rua em geral, podem se constituir tanto como intensificação dos sofrimentos psíquicos, possivelmente parte da vida destes, como serem desmobilizadoras para que possam acessar e confiar em ações que verdadeiramente desejam contribuir com a vida dessas pessoas, como o Consultório de Rua.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa a partir de seus objetivos buscou uma aproximação com as ações do Consultório de Rua, e com seu público alvo – as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas nos espaços da rua. Ao iniciarmos a coleta de dados, observamos que não seria muito fácil encontrar as pessoas atendidas pelo projeto na cidade, isto sugere vários motivos, principalmente por considerar que essa população tende a não se fixar em um único território. Esta característica, que marca um grupo considerável dessas pessoas, intitulada por Brognoli (1996) como trecheiros, se constitui como um desafio inicial para se pensar a atenção à saúde desse grupo populacional.

Muitos outros foram os desafios desta pesquisa, entre eles, as próprias saídas a campo, nas quais o pesquisador inicialmente contou com a contribuição de um agente redutor de danos, que o acompanhou somente no momento de entrada no campo. Assim, no decorrer das saídas o pesquisador percorreu o trajeto do Consultório de Rua da cidade sozinho. Estas, foram realizadas quase sempre nos fins de tarde, quando a noite já se iniciava, horário considerado mais fácil de encontrar a população em situação de rua. Ao andar nas ruas da cidade, permeando lugares mais habitados e outros menos, o pesquisador muitas vezes viu-se intimidado com cenas e situações do cotidiano de quem vive e está em situação de rua. Sentiu medo, percebeu-se um estranho, conseguiu aproximações.

Pessoas pedindo dinheiro, questionando sua presença naqueles espaços, bem como desejando que o pesquisador lhes oferecesse respostas para a situação em que se encontravam.

Questões estas que atravessaram a estada em campo, próprias de pesquisas que se instauram em territórios menos tradicionais, imprevisíveis, mas, no entanto, territórios intensamente produtores de subsídios e questionamentos para o fazer da pesquisa.

Ao abordar os sujeitos nas ruas, o pesquisador cuidou para não invadir a intimidade de quem, grande parte do seu dia é observado com olhares estranhos, desrespeitosos, indignados, isso quando não tornados seres invisíveis. Pois, perceber a condição do outro, sem rumo, sem chance, quase sem vida, é perceber a própria fraqueza, de quem vive e é responsável por um mundo que não acolhe a todos.

A organização e priorização do que foi encontrado e percebido em campo, também se constituiu como um desafio, sendo que o

pesquisador priorizou os dados que correspondiam aos objetivos desta pesquisa.

Ao discutir os dados junto a fundamentação teórica, chegamos em alguns pontos de encontro. O primeiro deles é que, para o grupo estudado, existe uma forte relação do estar na rua e fazer uso de álcool e/ou outras drogas, sendo este, tanto um fator que contribuiu para a saída de casa em direção as ruas, como algo que se mantém e se sustenta no espaço da rua. Este uso de drogas, como apontado nas análises e discussão dos dados, pode vir acompanhado de vários significados, dentre eles, o de lidar com a dependência da droga, bem como para esquecer situações difíceis que marcaram suas vidas, ainda, como forma de suportar o presente, incluindo neste, o de se ver em situação de rua.

O processo de rualização, caracterizado por um processo temporal, conta com outros fatores encontrados nesta pesquisa, como o desentendimento familiar, as separações conjugais, a morte de familiar, os processos de violências vivenciados pelos sujeitos, os problemas de saúde/saúde mental, dentre outros. Importante marcar que estes elementos não definem por si só a ida às ruas, bem como também não os mantém nesse espaço.

Ficou evidente que os sujeitos entrevistados, mesmo marcados pelos processos de exclusão social, acessam os serviços de saúde, ainda que de forma muito irregular, não conseguindo construir vínculos capazes de instituir um cuidado sistemático com sua saúde. Esta questão também foi percebida na relação dos entrevistados com o Consultório de Rua, no qual parte dos sujeitos atendidos tiveram poucos contatos, muitas vezes através de atividades pontuais.

A partir dos dados de pesquisa é possível inferir que o Consultório de rua ainda é pouco conhecido entre as pessoas em situação de rua. Fica evidente também que há um distanciamento entre as ações descritas no relatório final do primeiro ano do projeto, com as informações encontradas em campo. Essa análise aponta, para a necessidade de fortalecimento deste trabalho, ao considerar que o mesmo ainda está concretizando seus primeiros passos diante de uma questão bastante complexa. Isto exige por parte dos gestores, um forte investimento, capaz de ampliar e qualificar suas ações diante de outras frentes de trabalho já existentes no âmbito do SUS, contribuindo no reconhecido desta ação por parte de sua clientela.

De acordo com o relatório do CR as ações se concentraram na distribuição de materiais educativos, insumos, kit hidratação e atendimentos individuais (orientações e escutas). Para os sujeitos entrevistados, as principais ações foram o encaminhamento para rede de

saúde, vacinação contra doenças, escuta e acolhimento, e sensibilização para cuidados com a saúde e higiene pessoal. As ações realizadas na cidade, se comparadas entre si (relatório e entrevistados), bem como pelas experiências de outras cidades, como por exemplo, de Salvador – Bahia, caminham em direção a um cuidado e atendimento de algumas demandas dessa população, mesmo que ainda de forma inicial.

Nestas ações está incluída a redução de danos, importante estratégia para o desenvolvimento de ações junto a população que faz uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. A redução de danos ainda contribuiu com um olhar singular sobre as situações, possibilitando a construção de caminhos mais coerentes para aqueles que no seu dia a dia convivem com o uso de drogas. Nesse sentido aparece como uma forma de cuidado, e como diria Lancetti (2011) uma forma de “ampliação da vida”.

A partir das informações do relatório final, grande parte dos encaminhamentos da equipe do CR foram feitos para serviços da política de Assistência Social, indicando uma maior demanda por esses serviços, o que de certa forma corrobora com indicativos desta pesquisa, no tocante ao grande conhecimento e utilização dos serviços do Centro de Referência especializado para a população em situação de rua da cidade, o Centro Pop. Em alguns momentos houve por parte da equipe do CR a experimentação de trabalhos de caráter intersetorial, na qual foram articuladas reuniões com os serviços e representantes da Secretaria de Assistência Social do Município para discussão sobre situações e possíveis ações conjuntas<sup>36</sup>.

Diferentes significados podem ser atribuídos ao Consultório de Rua por seus usuários nesta pesquisa. Para uns o CR é lugar de cuidado e acolhimento, de gente que escuta e entende suas singularidades. Para outros, é um dispositivo desconhecido, que nunca foram atendidos, sequer ao menos ouviram falar. No olhar de outros, é uma “agulha no palheiro”, é pouca ação para muita gente na rua, como algo que não funciona, podendo se caracterizar nas palavras de um entrevistado como: “um tiro no escuro”.

Em certa medida o CR da cidade atuou amparado pelo conceito de atenção psicossocial, pois como relatado no diário de campo de uma das equipes, o mais importante não era estabelecer diagnósticos, e sim olhar para cada situação e tentar compreendê-la a partir de seus próprios dados. Além disso, foram privilegiadas formas de cuidado no próprio

---

<sup>36</sup> Informação a partir dos diários de campo, que em alguns momentos serviram de anotações das reuniões e visitas institucionais da equipe do CR.

território, não executando condutas de caráter asilar e de afastamento desses sujeitos, como preconizam os tratamentos em Comunidades terapêuticas, Clínicas fechadas e Hospitais psiquiátricos. A atenção psicossocial prevê um trabalho no território, com os sujeitos e instituições de diferentes setores, buscando contemplar a complexidade das questões envolvidas diante o uso de álcool e outras drogas e do estar em situação de rua. Pela leitura do diário de campo das equipes, embora estas ações tenham acontecido, ainda caminham de forma lenta e não sistemática.

O CR da cidade apresentou tanto no relatório, quanto nas falas das pessoas entrevistadas alguns limites e potencialidades. Dentre os limites estavam a pequena equipe e carga horária reduzida no CR, já que se constituíam das equipes dos dois CAPS Ad da cidade. A falta de capacitação de alguns profissionais para o trabalho com tal público, a rede de assistência fragilizada e carro não adaptado para as atividades, ainda se constituíram como limites. As potencialidades do CR estavam relacionadas a presença dos agentes redutores de danos nas equipes, a facilidade de alguns profissionais se aproximarem das pessoas e suas realidades e oferecer escuta, acolhimento e orientações gerais. Uma das principais potencialidades referenciadas pelos sujeitos, mesmo que em pequeno número de atendimentos, foi a contribuição do CR no acesso a rede de saúde, já que tal público como afirma o Ministério da saúde encontra dificuldades para acessar o SUS. Desafio este para os profissionais que atuam com as pessoas em situação de rua, principalmente aqueles que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

Esta pesquisa, ao se propor discutir o CR como um dispositivo de cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, e que estão em situação de rua, encorajou-se, em adentrar neste tema que ainda caminha em passos lentos, principalmente se considerarmos as ações das políticas públicas destinadas a esse grupo populacional. Assim, ao submergir nos aspectos sobre a situação de estar na rua, o uso de drogas e o atendimento do Consultório de rua, entra em contato com questões também relacionadas ao acesso a saúde e outros serviços, bem como a exclusão social vivenciada pela população em situação de rua.

Uma delas diz respeito ao reconhecimento do Centro Pop da cidade como espaço de referência para os entrevistados, não significando para toda a população em situação de rua da cidade, já que esta pesquisa não tem o intuito de generalizar seus dados, pois constituiu-se como um dado transversal, identificado em determinado momento.

Outra questão importante, referente aos sujeitos entrevistados, foi uma forte presença de ações de violências e repressões sofridas por essa população, como processos de higienização das cidades. Este dado, que também encontra evidências na literatura, aponta para como tem sido tratada a questão dos sujeitos em situação de rua nas diferentes cidades do Brasil.

São dados que de um lado, indicam a abertura de pequenos espaços de acolhimento e tentativas de inclusão para essa população, mas que contraditoriamente de outro, deparam-se com ações que denunciam, por parte da sociedade e do Estado, a culpabilização dos sujeitos como se fossem atores de sua própria desgraça. Esta última, busca desresponsabilizar o Estado frente ao sofrimento e as malezas materializadas também na vida desses sujeitos, que frente à falta de oportunidades, de espaços para suas diferenças, acabam por se lançar nas ruas das cidades. Sendo que a rua pode ser vista, no olhar de Velho (2003), como local acolhedor das diferenças, isso quando o autor afirma que nas grandes cidades estas pessoas encontram espaços físicos, sociais e culturais para exprimir suas diferenças.

Frente a estas realidades, o Consultório de Rua aparece como um serviço para atenção a esse grupo, que não propunha uma mudança radical na vida dessas pessoas, mas sim, que elas necessitam de ações muito mais amplas, que incluam, inclusive, repensar o modelo de sociedade que queremos. O CR busca encontrar formas de propiciar um melhor acesso as redes de atenção, seja ela da saúde, assistência social, educação, dentre outras, contatos estes que perdurem e sejam capazes de instituir em suas vidas novas possibilidades de (con)viver numa sociedade que os cria, mas não os aceita.

Tendo em vista o caráter deste mestrado profissional, acredito ser importante fazer outras considerações sobre os objetos de estudo desta pesquisa na relação com as públicas atuais direcionadas aos sujeitos que usam drogas no espaço da rua. Considerando a transição do Consultório de rua para Consultório na rua, no qual a ser incluído na Política de Atenção Básica, perde-se algumas atribuições importantes, como a presença obrigatória de agentes redutores de danos, profissionais estes que possuem formas e experiências no trato com a população alvo do Consultório de rua, e possuem maior acesso aos sujeitos e territórios de uso de drogas; há um relativo afastamento do CR dos serviços CAPS, serviços estes centrais para a atuação em rede na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, passando assim, para uma responsabilidade da atenção básica, muitas vezes pouco experiente e interessada em

trabalhar com os sujeitos em situação de rua. É perceptível nos estudos encontrados a partir desta pesquisa, como as ações direcionadas as pessoas em situação, bem como às pessoas que fazem uso de drogas nas ruas, são marcadas por irrisórios investimentos, falta de interesse público, ainda carregam visões morais sobre a situação de estar na rua, bem como ao uso de drogas.

Por fim, considerando que toda pesquisa tem seu limite, e que apreende certo dado em determinado momento, podendo este se movimentar ou sofrer alterações substanciais no tempo, Geertz (1989) nos lembra do perigo de considerar que os estudos e pesquisas sejam uma fotografia em miniatura da realidade, pois mesmo que represente um conhecimento apreendido e legítimo – em determinado tempo histórico, não conseguiremos capturar todo o conjunto de relações presentes na realidade. Portanto, esta pesquisa embora traga questões importantes para reflexão sobre as pessoas em situação de rua, o uso de drogas, o processo de ida para às ruas, e sobre o Consultório de Rua, não pretendeu elucidar por completo a temática, abrindo possibilidades para novas investigações.



## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. Política social e Combate à Pobreza. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. GIOVANELLA, L. et al (org.) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.735-759.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BITTENCOURT, L. M. *Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

BORBA, J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do Movimento Sanitário Brasileiro. Revista katálisis. UFSC. CSE. Departamento de Serviço Social. N. 1 (jun. 1997), p.19-27 – Florianópolis: editora da UFSC, 1997.

BORBA, M. O “louco de rua” e a seguridade social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania. 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de opinião. Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua, 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: 25 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Política Nacional de inclusão social da população em situação de rua, 2008a, 25p. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>>. Acesso em 05 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/>>. Acesso em: 14 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios 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 2010, 48 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília – DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 7. Ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: jun. 2010a.

Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n 2.488 de 21 de outubro de 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 15 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: dez. 2012.

Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009 - Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. MDS/SNAS/DPSE, 2011c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/populacao-de-rua/perguntas-e-respostas-centro-pop-rua.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 1/ organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Fábio Monteiro Vaz. – Brasília: 2011b. 283 p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_situacaosocial.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_situacaosocial.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 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 (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 15 mai. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2013.

BRITO, V. O. C.; PARRA, D.; FACCHINI, R.; BUCHALA, C. M. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(Supl. 2):47-56. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41s2/5951.pdf>>. Acesso em: 12 abr.2012.

BROGNOLI, F. F. Trecheiros e Pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos. 1996. 216 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) - CFH/Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E. G. de; ANDRADE, R. L. de P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm 2010;23(1):131-5.

CAMPOS, G. W.S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em

saúde. CAMPOS et al (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Huncitec; Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p.41-80.

COSTA, R. H. O Mito da desterritorialização: do “fim do território” a multiterritorialidade. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NOGUEIRA, E. A.; LANFERINI, G. M.; ALI AMED, D.; MARTINELLI, M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde e Sociedade. v.7, n. 2, p. 47-62, ago./dez.1998.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H. de; CREVELIM; M. A. A estratégia de saúde da família para a equidade de Acesso Dirigida à população em situação de rua em Grandes centros urbanos. Saúde e sociedade, São Paulo, V.19, n.03, p.709-716, 2010.

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

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras. Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria Social: Problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo: Atheneu, 1984.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. Saúde no Brasil: Políticas e organização dos serviços. COHN, A.; ELIAS. Paulo. E. (org). 4ª Ed. – São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Textos e contextos, n 4, ano IV, dez. 2005. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/993/773>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro, NAU Ed.: 2003. p. 13-44.

COSTA-ROSA, A. da. O Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

DA ROS, M. A. Fórum popular estadual de saúde: expressão catarinense do movimento sanitário, para os anos 90. Trabalho apresentado para ingresso no corpo docente titular no Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

DAMATTA, R. A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5ª ed., Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DEMO, P. Pobreza da pobreza. Petrópolis: Vozes, 2003.

SCOREL, S. Revirada na saúde. *Tema/Radis*. Rio de Janeiro, 11:57,1988.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCOREL, S.; TEXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista.

GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FERREIRA, Frederico Poley Martins.; MACHADO, Sulamita Crespo Carrilho. *Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em*

Belo Horizonte. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Editora Cortez, n. 90, ano XXVII, junho, 2007.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. Venâncio, Renato P.; Carneiro, Henrique (Org.). *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda. p.257-290, 2005.

FLEURY, S. A questão democrática da saúde. In FLEURY, S. (org). Saúde e Democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

FLEURY, S. Estados sem cidadãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S.; OUVÉRNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Consultório de Rua. 2012. 13f. (Relatório de atividades enviado ao Ministério da Saúde). Florianópolis, impresso. 2012.

FRANGELLA, Simone Miziara. Corpos Urbanos errantes: Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Annablume FAPESP, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 575- 626.

GRAZZIOLA, Roque. As pessoas em situação de rua em Porto Alegre e seus dramas, tramas e manhas: a cooperação e a solidariedade como forma de humanização. 2011. 122 f. Dissertação ( Mestrado em Educação) – UFRS, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32141/000785784.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 jul. 2012.

GIL, A. C. Métodos e técnicas da pesquisa social. São Paulo, Atlas, 4ª ed., 1994.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUZA, F. S. P. de.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011.

LANCETTI, Antônio. *Clínica peripatérica*. São Paulo: Hucitec, 6ª ed., 2011.

LAING, R. *Sobre loucos e Sãos*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LEAL, Giuliana Franco. *Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporânea*. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2011.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 10 mar. 2013.

MAGAJEWSKI, F. R. L. *Seletividade estrutural e a construção do sistema único de saúde em Sana Catarina no período de 1987-1990*. 1994. Dissertação (Mestrado em Administração) – CSE, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* v.14, n.2, p.69-76, maio-ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/08.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2011.

MARICATO, E. *Exclusão social e reforma urbana. Propostas*, Rio de Janeiro, n.62, p.51-56, set. 1994.

MASSIGNANI, L. R. M. *Más notícias: o processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados*. 2007. 199 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – CFH, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MATTOS, R.M.; FERREIRA, R.F. .Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*; 16(2): 47-58; maio/ago.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E (org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec, 12ª Ed., 2010.

MUSUMESCI, B. *O consumo de álcool no país*. Zaluar, Alba. (Org.) *Drogas e cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MENDES, Jussara Maria Rosa.; PRATES, Jane Cruz. ; AGUINSKY, Beatriz Gershenson. (Org). *O Sistema único de Assistência social: contribuições à fundamentação e os desafios para implantação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. 269 p. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=DnxHtbw6jnEC&oi=fnd&pg=PA129&dq=falta+de+albergue+e+abrigos+no+brasil&ots=37t-Ytp11Y&sig=uT2FYnIPVPsfzEr9UCZ8v8IdH5o#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

NORONHA, J, C. de.; LIMA, L. D. de.; MACHADO, C. V. *O Sistema Único de Saúde – SUS*. GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. Consultório de rua: relato de uma experiência. 2009. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

OURIQUES, C. Do menino ao jovem adulto de rua portador de HIV. 2005. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Caracas: OMS/OPS; 1990. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

PRATES, Jane Cruz.; PRATES, Flavio Cruz.; MACHADO, Simone. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

SANTOS, W. G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Editorial Campus, 1979.

SANTOS, S. D. M. dos. A natureza do vínculo na vida humana. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, Vol. 43, N. I, p. 181-199, Abril de 2009.

SILVA, Maria Lucia Lopes. Trabalho e População em situações de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, R. de C. O. “A porta entreaberta”: Práticas e representações em torno das relações entre casa e rua junto a crianças de camadas populares em Florianópolis. 1998. 216p. Dissertação (Mestrado em

Antropologia social) – CFH, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SNOW, David; ANDERSON, Leon. Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis: Vozes, 1998. 528 p.

SOUZA, Lídio de. Processos de categorização e identidade: solidariedade, exclusão e violência. SOUZA, Lídio de.; TRINDADE, Z. A. Violência e exclusão: convivendo com paradoxos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 57-74.

SPOSATI, A. Mapa da exclusão social da cidade de São Paulo – 2000: Dinâmica social dos anos 90. Disponível em: <<http://www.geopro.br/exclusao>>. 2003. Acesso em: 10 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Exclusão social abaixo da linha do Equador: In: VÉRAS, Maura Padini Bicudo (Ed.) Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paumam. São Paulo: Educ, 1999, p.126-138.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. (coord). Antecedentes da Reforma Sanitária. Textos de Apoio. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, 1988.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde. Saúde e Sociedade. V. 13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

VELHO, Gilberto. Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 3ª ed., 2003.

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M., (orgs). População de rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: HUCITEC, 1992.

WACQUANT, Loic. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em:

<[http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11\\_Silvio\\_Yasui.pdf](http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11_Silvio_Yasui.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

## APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Roteiro de Entrevista – Usuários do Consultório de Rua do SUS

1. Há quanto tempo você está na rua? Como foi sua vinda para a rua?
2. O que você acha que contribuiu para sua saída de casa?
3. Você usa algum tipo de droga? Quais?
4. Depois que você veio para a rua aumentou ou diminuiu o uso de drogas?
5. Na sua opinião, é possível estar na rua sem usar álcool e/ou outras drogas?
6. O que você acha do Consultório de Rua do SUS?
7. Na sua opinião, o Consultório de Rua é diferente de outros grupos de profissionais que atendem na rua? Se sim, o que você vê de diferente?
8. Você acha que esse tipo de assistência/atendimento contribuiu em algum aspecto da sua vida?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Deidvid de Abreu, sou responsável pela pesquisa “*O Consultório de Rua do SUS sob o olhar de seus usuários*”. Esta pesquisa tem como objetivo *compreender os significados atribuídos ao Consultório de Rua do SUS por seus usuários*, com o intuito de contribuir para reflexões sobre este dispositivo de atenção psicossocial as pessoas em situação de rua.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, respondendo a algumas perguntas por meio de uma entrevista será gravada em áudio. Suas informações serão mantidas em sigilo e serão utilizadas somente neste trabalho, não citando em nenhum momento seu nome.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, e podendo negar-se a participar da mesma, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à sua pessoa ou família.

Se tiver alguma dúvida em relação a este estudo poderá entrar em contato pessoalmente ou por telefone com o pesquisador no (48) 9934 3822.

\_\_\_\_\_  
Profª. Drª. Fátima Buchele  
Orientadora

\_\_\_\_\_  
Deidvid de Abreu  
Pesquisador

### Consentimento Pós-informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “*O Consultório de Rua do SUS sob o olhar de seus usuários*”, concordo em participar, autorizo que a entrevista seja gravada em áudio e que meus dados sejam utilizados pelo pesquisador.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO A – Ofício N° 08/2013 Comissão de Acompanhamento dos  
Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de  
Florianópolis/SC**



**Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Integração Ensino Serviço**

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS  
DE PESQUISA EM SAÚDE**

Ofício N° 08/2013

Florianópolis, 26 de abril de 2013

Para: Fátima Büchele

De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: “O Consultório de Rua do SUS sob o olhar de seus usuários”, enviado por V<sup>oss</sup> S<sup>as</sup> a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391564.

Atenciosamente,

---

**Maria Francisca dos Santos Daussy**  
**Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde**

## ANEXO B – Ofício Nº 16/2013 Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Integração Ensino Serviço

### COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

Ofício Nº 16/2013

Florianópolis, 17 de julho de 2013

Para: Fátima Büchele e Deidvid de Abreu  
De: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezados,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: “O Consultório de Rua dos SUS sob o olhar de seus usuários”, enviado por V<sup>ra</sup> S<sup>ra</sup> a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde. Neste sentido, o pesquisador está **autorizado a acessar o relatório final de Consultório de Rua, enviado ao Ministério da Saúde, assim como os Diários de Campo do CAPS ad Ilha e ad Continente**, considerando que **os referidos materiais não se caracterizam como prontuários**.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391593.

Atenciosamente,

  
Marcia Sueli Del Castanhe  
COREN/SC 58650  
Matricula 10670-4  
Enfermeira Programa Capital Criança

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde