IGOR DA COSTA BORYSOW

**O Consultório na Rua e a atenção básica
à população em situação de rua**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

**São Paulo
2018**

IGOR DA COSTA BORYSOW

**O Consultório na Rua e a atenção básica
à população em situação de rua**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

**São Paulo
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Borysow, Igor da Costa

O Consultório na Rua e a atenção básica à população
em situação de rua / Igor da Costa Borysow. -- São
Paulo, 2018.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Juarez Pereira Furtado.

Descritores: 1.Pessoas em situação de rua
2.Atenção primária à saúde 3.Sociogênese 4.Avaliação
em saúde 5.Serviços de saúde 6.Equidade em saúde

USP/FM/DBD-044/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

Imagem: Jean Dodal (entre 1701 e 1715)

O Vagabundo arquetípico, com a sua trouxa e o seu cajado, está muito em evidência em nossa cultura atual (...). Podemos ver-lhe o equivalente atual, de pé à beira do caminho, de barba e mochila, estendendo um sorriso esperançoso e um polegar em nossa direção (...).

Alguns se sentirão imediatamente levados a parar e a dar uma carona ao moço que a pedia, lembrados de que eles também, em seus dias de juventude, viveram um período de perambulações despreocupadas antes de sossegar e passar a levar uma vida mais estável. Outros, que nunca bancaram o louco na mocidade, estenderão instintivamente a mão ao caminhante porque este representa um aspecto não vivido de si mesmos, a que eles se sentem inconscientemente atraídos.

Pode acontecer, todavia, que outra pessoa tenha uma reação negativa em relação ao jovem - uma reação tão instantânea e violenta que o fará, de repente, tremer literalmente de raiva. Nesse caso, o motorista calcará o acelerador, rilhará os dentes e fugirá literalmente da vista daquele espectador inocente, murmurando imprecações contra os seus "modos sujos". Desejará poder deitar as mãos ao "jovem maluco", tosar-lhe os cabelos, dar-lhe um bom banho e uma boa escanhoada e, em seguida, instalá-lo numa semana de quarenta horas de trabalho, "que é o seu lugar". (Nichols, 2001, p.20-21)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Juarez, que desde o mestrado vem me mostrando o “caminho das pedras” da escrita científica e do complexo campo acadêmico. Seu cuidado em balancear rigor teórico-metodológico e liberdade criativa foram essenciais nesse trajeto.

Às agências de fomento CNPq (processo 167767/2014-3) e Fapesp (processo número 2014/19616-4) pela concessão de bolsa de estudo, que permitiram com que eu realizasse com dedicação exclusiva este doutorado.

Ao meu companheiro Renato Pavon, pelo amor, parceria e paciência ao longo dos anos. Agradeço aos momentos em que ele me tirou do trabalho para que eu pudesse olhar o mundo, retomar o fôlego e seguir em frente.

Agradeço às pessoas em situação de rua, que por diversas maneiras contribuíram para a realização desta tese: na disposição para relatarem suas vidas, na sinceridade em exporem seus conflitos, nos inesperados cumprimentos em calçadas e rodoviárias, e na inspiração proveniente da beleza e insistência em manterem suas vidas mesmo com tantas privações. Espero que esta tese contribuía de alguma forma para a melhoria de suas condições de vida.

À minha família, pela compreensão nos momentos de afastamento e pelo apoio ao longo de toda esta jornada. Em especial ao Vitor Borysow por ter acompanhado mais de perto o trabalho e contribuído com a melhoria do texto final.

Aos trabalhadores e gestores da equipe de Consultório na Rua que fizeram parte desta pesquisa, pela receptividade, generosidade e por terem permitido com que eu participasse de seu cotidiano. Agradeço também aos entrevistados que colaboraram de maneira solícita com suas histórias de vida.

Ao supervisor do estágio, Prof. Dr. Virgílio Borges Pereira, pelo acolhimento e disponibilidade em Portugal, e pelas contribuições valiosas à tese.

E aos colegas do Laboratório de Avaliação em Saúde, pelo companheirismo e pelas contribuições oferecidas em diversos momentos.

Normalização adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Estrutura da tese: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	1
Corpo e saúde na situação de rua	5
Violência e territórios psicotrópicos.....	8
Desafios das políticas públicas frente à saúde das PSRs.....	12
CAPÍTULO I. OBJETIVOS	19
CAPÍTULO II. ÉTICA E CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADES DO PESQUISADOR	20
Ética.....	20
Condições de possibilidades do pesquisador.....	20
CAPÍTULO III. REFERENCIAL TEÓRICO	25
CAPÍTULO IV. UNIDADES MÓVEIS DE SAÚDE PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA – UMA ANÁLISE COMPARADA.....	38
Método.....	39
Resultados	40
Discussão.....	50
CAPÍTULO V. SOCIOGÊNESE DO CONSULTÓRIO NA RUA	55
Método.....	56
A conformação do espaço social do cuidado às PSRs no Brasil.....	61
<i>Instituições Católicas no provimento de cuidado aos mendigos e vadios.....</i>	<i>62</i>
<i>Inserção da Medicina no cuidado e controle aos indigentes e mendigos</i>	<i>66</i>
<i>Os programas antidrogas e as propostas de redução de danos.....</i>	<i>69</i>
Principais agentes e instituições na formulação do Consultório na Rua	76
<i>O CETAD e os programas de redução de danos.....</i>	<i>85</i>
<i>Desenvolvimento dos programas em Atenção Básica para as PSRs.....</i>	<i>91</i>
<i>SGEP e a criação do Comitê Técnico de Saúde para PSR</i>	<i>104</i>

<i>O DAB e a produção da nova política, em atenção básica</i>	108
<i>As negociações com a Coordenação Nacional de Saúde Mental.....</i>	116
<i>A definição e publicação da Portaria 122/2012.....</i>	129
Discussão	136
Conclusão	144
CAPÍTULO VI. A IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE CnR – UM ESTUDO DE CASO	146
Método.....	147
Resultados	148
<i>A prática da equipe do Consultório na Rua</i>	148
Discussão.....	158
<i>Fatores sócio-históricos e implantação.....</i>	160
Conclusão	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
REFERÊNCIAS.....	167
ANEXOS	189

LISTA DE SIGLAS

ACA	Patient Protection and Affordable Care Act
ARS	Administrações Regionais de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEDROGA	Comissão Especial sobre Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CdR	Consultório de Rua
CnR	Consultório na Rua
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde Mental
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
eCR	Equipe de Consultório na Rua
ENIPSA	Estratégia Nacional para Integração de Pessoas Sem Abrigo
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPISA	Núcleos de Planejamento e Intervenção Sem-Abrigo
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	pessoas (ou população) em situação de rua
RAPS	Rede de Apoio Psicossocial
SEGESP	Secretaria de Gestão Participativa
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SETRADS	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social de Salvador
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS	Sistema Nacional de Saúde (Portugal)
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da caracterização das unidades móveis de saúde para pessoas em situação de rua.	48
Quadro 2 - Síntese da caracterização das unidades móveis de saúde para pessoas em situação de rua.	49
Quadro 3 - resultados da pesquisa bibliográfica	Anexo II
Quadro 4. Utilização dos bancos de dados com relativos descritores e palavras-chaves.....	57
Quadro 5 - Matriz de análise com as informações dos principais documentos relacionados ao Consultório na Rua	Anexo III
Quadro 6 - Classificação dos capitais considerados na pesquisa.....	59
Quadro 7 - Matriz de análise dos indicadores de posicionamento dos agentes no espaço social da saúde e do cuidado voltado às PSR.....	61
Quadro 8 - Reportagem relativa aos eventos do ex-presidente Lula com catadores de materiais recicláveis.....	74
Quadro 9 - Volume de capitais dos agentes entrevistados.....	78
Quadro 10 - Relação de entrevistados, graduação e pós-graduação, ano de entrada no campo da saúde, histórico familiar ligado à religião e/ou ações caritativas, e atuação na definição da Portaria 122/2012, para aferir posicionamento dos agentes no espaço social.....	80
Quadro 11 - Síntese da conjuntura política e principais fatos ligados ao desenvolvimento das políticas de saúde para PSR, entre os anos 1976 e 2015.	84
Quadro 12 - Reportagem relativa à chacina da Sé.....	95
Quadro 13 - Reportagem relativa à opinião de Antonio Nery sobre o uso do Consultório de Rua como porta para internação involuntária.....	111
Quadro 14 - Reportagem relativa ao financiamento de unidades de Consultório de Rua em Salvador.....	115
Quadro 15 – Reportagem relativa à implantação de Consultório de Rua em São Carlos.....	121
Quadro 16 - Reportagem relativa à reação de Gilberto Kassab e Geraldo Alckmin diante da proposta do governo federal para políticas sobre drogas.....	125

Quadro 17 - Reportagem relativa à visita da Senad à Salvador, em 2013.....	131
Quadro 18 - Matriz de avaliação do grau de implantação da equipe de Consultório na Rua.....	156

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema visual das mobilizações sociais e políticas executadas em Salvador, São Paulo e Belo Horizonte, relacionadas às ações de atenção básica, redução de danos e ações em favor dos direitos das PSR.	103
Figura 2 - Esquema gráfico do espaço de emergência do Consultório na Rua	136
Figura 3 - Modelo lógico da eCR analisada	155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde: Portugal, Estados Unidos e Brasil.....	47
Tabela 2 - Percentuais médios mensais de atendimentos realizados pela eCR - 2º semestre de 2016.....	150

RESUMO

Borysow IC. *O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Trata-se de análise a respeito do Consultório na Rua, estratégia de atenção básica às pessoas em situação de rua. Foram utilizados três métodos para compreender este serviço: análise comparada das propostas legais das unidades móveis de Portugal, Estados Unidos da América e Brasil; estudo sócio-histórico, por meio da sociogênese proposta por Pierre Bourdieu, com base em documentos oficiais, literatura indexada e entrevistas de agentes; e avaliação de implantação de uma equipe de Consultório na Rua da cidade de São Paulo, utilizando-se de observação participante, informações oriundas de relatórios e prontuários, entrevistas com trabalhadores e usuários do serviço, e apoiando-se em modelo lógico e matriz de avaliação de grau de implantação. A proposta brasileira de unidade móvel apresentou semelhanças no uso de equipes multiprofissionais e oferecimento de ações de redução de danos entre as demais analisadas, elementos que contribuem para o alcance da equidade. Sua gênese foi possível em contexto político favorável ao investimento de políticas sobre drogas e expansão da Política Nacional de Atenção Básica. Porém sofreu influências de conflitos entre agentes de diferentes polos do espaço social. A análise de implantação revelou adaptações da proposta federal oriundas de programas anteriores do município de São Paulo, de limitações da rede de serviços, e influências de conflitos identificados na gênese.

Descritores: pessoas em situação de rua; atenção primária à saúde; sociogênese; avaliação em saúde; serviços de saúde; equidade em saúde

ABSTRACT

Borysow IC. *The Clinic on the Street and the primary health care for people in homelessness* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018.

This is an analysis of the Clinic on the Street, a strategy of basic care for people in homelessness. Three methods were used to understand this service: comparative analysis of the legal proposals of the mobile units of Portugal, the United States of America and Brazil; socio-historical study, through the sociogenesis proposed by Pierre Bourdieu, based on official documents, indexed literature and interviews of agents; and evaluation of the implantation of a ‘Clinic on the Street’ team from São Paulo, using participant observation, information from reports and records, interviews with workers and users of the service, and based on a logistic model and evaluation matrix of degree of implantation. The Brazilian proposal of mobile unit showed similarities in the use of multiprofessional teams and offering harm reduction actions among the others analyzed, elements that contribute to equity. Its genesis was possible in a political context favorable to the investment of policies on drugs and expansion of the National Policy of Basic Attention. However, it was influenced by conflicts between agents from different poles of the social space. The implementation analysis revealed adaptations of the federal proposal from previous programs in the city of São Paulo, limitations of the service network, and influences of conflicts identified in the genesis.

Descriptors: people in homelessness; primary health care; sociogenesis; health evaluation; health services; health equity

INTRODUÇÃO

A situação de rua é uma condição de vida instável que pode durar períodos variados, caracterizada pela ausência de habitação e frequentemente associada à pobreza, à fragilização dos vínculos familiares e comunitários e ao rompimento com meios formais de trabalho (Mattos, 2006; Brasil, 2012a). Render-se à rua como local de vida e sobrevivência demonstra não apenas a dificuldade das pessoas em acessar respostas mais adequadas aos problemas emocionais, financeiros e sociais, mas pode também representar a busca de soluções possíveis para essas questões (Nery-Filho, 2012).

O termo “pessoas em situação de rua” (PSRs) procura superar a antiga expressão “morador de rua”, que indicava apenas uma parte do fenômeno. Assim, sob a categoria PSR, agregam-se indivíduos cujos pernoites e demais aspectos da vida cotidiana se dão em calçadas e outros espaços públicos e/ou em eventuais serviços de acolhimento (Brasil, 2012a). Além das situações descritas acima, há pessoas que vivem “da” rua, ou seja, usam os recursos dos espaços públicos para trabalho e sobrevivência, podendo permanecer dias perambulando e recolhendo materiais recicláveis ou realizando outras atividades, mas contam com algum tipo de habitação própria (Rosa, et al., 2005). São pessoas que usam as ruas como espaço primordial de sobrevivência e de estabelecimento de relações pessoais (Mattos, 2006).

A definição de PSR é complexa, visto a diversidade de motivos para se chegar a esta condição, de meios de vida desenvolvidos, e dos valores a ela associados. A compreensão dessa condição de vida está interligada ao significado de “lar”, “habitar” e “morar”. Conforme as reflexões levantadas por Furtado e Nakamura a partir da interlocução entre Antropologia, Psicanálise, Arquitetura e Saúde Coletiva (Furtado, et al., 2014), pode-se definir o “morar” como as condições de delimitação espacial, de proteção e conforto que uma moradia ou casa pode abranger; e “habitar” como a maneira de cada pessoa se inter-relacionar, se apropriar e intervir na moradia que obteve, conforme seus modos de vida e sua história – compreensão também relacionada à palavra “lar”. O termo “lar” ultrapassa as questões físicas e materiais da moradia, pois está ligado à experiência do pertencimento social, da segurança e do bem-estar (Menezes, 2012). Nesse sentido, podemos encontrar pessoas que vivem nas ruas por não considerarem suas casas um lar; há ainda pessoas que consideram um

albergue público como um lar, e outras não. Além disso, a condição de PSR repercute em vários níveis da vida das pessoas, como as barreiras de acesso a bens e serviços, como saúde, transporte e segurança (Menezes, 2012), uma situação em que a cidadania está fortemente afetada.

Apesar da complexidade acima mencionada, é possível caracterizar a permanência nas ruas de três maneiras (Vieira, et al., 2004):

- Ficar na rua: quando uma pessoa não consegue se estabelecer em moradias ou albergues devido à falta de recursos financeiros, migração e falta de vagas nos serviços de acolhimento. Nesse caso, o indivíduo não se reconhece como “morador de rua” e busca rapidamente uma solução a este problema;

- Estar na rua: refere-se ao sujeito que passa a adotar a rua como local de pernoite. Nessa situação, a pessoa inicia o estabelecimento de vínculos com pessoas que também estão nas ruas, buscando desenvolver estratégias de sobrevivência como trabalhos informais e procurando pontos de distribuição de comida e serviços assistenciais. Podem alternar o pernoite entre a rua e pensões, ou mesmo albergues;

- Ser da rua: com o aumento do tempo de permanência na situação de rua, a pessoa vivencia desgastes físicos e mentais devido à má alimentação, à falta de condição adequada de higiene e ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. A reintegração ao mercado de trabalho passa a ser mais difícil e o rompimento de vínculos familiares é geralmente consolidado (Vieira, et al., 2004).

O rompimento das PSRs com suas redes sociais e coletivos protetores – famílias, comunidades e com o mercado formal de trabalho – aumenta sobremaneira sua situação de vulnerabilidade. Esse verdadeiro rompimento de laços sociais importantes caracteriza sua desfiliação, ou seja, o desmembramento das redes protetivas (Castel, 2010). Na posição de desfiliaados, as PSRs podem ser compreendidas como um grupo de “supranumerários” (Castel, 2010 p. 33), pois não se enquadram no sistema produtivo e de exploração, ao mesmo tempo em que possuem dificuldades de se organizarem enquanto movimento social. Dizer que são excluídos seria negar o fato de que estão próximos fisicamente das classes integradas socialmente, inclusive negar que possuem um enquadramento na rede social.

A desfiliação vivida pelas PSRs geralmente está associada a uma sequência de insucessos de diversas dimensões: rupturas familiares precoces, condições econômicas

e sociais desfavorecidas, ausência de rede familiar (por migração, trabalho itinerante ou mesmo desastres ambientais), desemprego e falta de habitação a preços acessíveis, violência doméstica, uso problemático de substâncias psicoativas, além de problemas físicos e transtornos mentais (Menezes, 2012; Silva, 2006). Apesar dos rompimentos mencionados, as PSRs são capazes de estabelecer novos contatos e círculos sociais com pessoas próximas a suas regiões de convivência ou mesmo manter antigos vínculos familiares, porém mais fragilizados que os anteriores (Menezes, 2012).

Falar de inserção ou reinserção social nos casos acima mencionados é algo a ser cuidadosamente considerado. Primeiro porque o próprio conceito de inserção social pode ser questionável. Conforme problematizado por Nakamura (2014) a inserção social é componente da condição humana. Tal experiência ocorre por arranjos possíveis da realidade. Mesmo comportamentos erráticos de determinados sujeitos seguem padrões conforme as sociedades e grupos sociais a que estão submetidos ou em inter-relação. Considerando uma perspectiva cultural e de ordenamento lógico da vida, devemos ponderar que existem diferentes modos de operação do pensamento que não significam diferentes estágios de evolução do humano, e nem condições patológicas ou menos normais. A autora toma como exemplo o caso de pessoas em sofrimento mental, que podem muitas vezes apresentar modos de expressão libertadores diante do estabelecido socialmente (Nakamura, 2014). Da mesma forma podemos considerar as estratégias de vida das PSRs, que, ainda utilizando a perspectiva dessa autora e de Lévi-Strauss (2002), podem, de maneira semelhante ao que ocorre com pessoas com transtorno mental na relação com suas moradias, recorrer a um *bricoleur*, utilizando elementos disponíveis em seu contexto de vida para estabelecer arranjos em que se reconheçam, mesmo nas ruas. Nakamura (2014) nos convida a considerar a ideia de inserção a partir da centralidade da categoria “pessoa”, o que nos leva a ponderar novas relações sociais e valores morais possíveis mesmo na mudança de meios de vida, que estimulam e possibilitam a pessoa a dar significado ou resignificar as possibilidades de vida em contextos particulares.

O que parece estar no cerne do debate da inserção social, para muitos, é a ideia de estratégias e ritmos de vida considerados adequados no jogo social. Menezes irá problematizar a concepção de reinserção social a partir do apoio oferecido por agentes do setor de saúde ou de assistência social no trabalho com PSRs. Como seria reinserir

alguém que nunca foi inserido “adequadamente”? Como reintegrar pessoas que nunca viveram em função dos valores considerados prioritários pela sociedade? Ou que “perderam” o ritmo da vida “adequada” em uma sociedade que não apresenta recursos de inserção facilitados, onde as dificuldades de obter habitação e emprego são estruturais? Nesse sentido, os trabalhadores dos programas sociais podem incorrer ao erro de imporem suas próprias ideias sobre inserção social aos atendidos (Menezes, 2012).

Pela perspectiva de Pierre Bourdieu (2007a) podemos pensar em integração social ao observar um agente situado no espaço social, possuidor de recursos materiais e simbólicos para ter acesso a bens, e ser valorizado nas relações interpessoais – recursos que não se limitam ao capital financeiro mas também incluem os acúmulos culturais e as possibilidades de recorrer a redes de contato social. Se este agente é destituído de tais elementos ou nunca obteve tais recursos, ele é desconsiderado socialmente e sua integração não ocorre. Um exemplo disso foi trazido por Bourgois (2012) ao entrevistar um homem em situação de rua cuja infância e adolescência foi repleta de acontecimentos negativos, resultantes de fragilidades familiares. Para muitos, as sucessivas falhas são heranças familiares, ou seja, expressam os mecanismos de grupos que não obtiveram os recursos necessários para alcançar posições valorizadas no espaço social (Bourgois, 2012).

Além das abordagens acima apresentadas, também podemos analisar o fenômeno população em situação de rua buscando aporte no marxismo – não desconsiderando as contribuições de Bourdieu principalmente em relação às definições das diferentes modalidades de capital. Uma forma de caracterizar esse grupo social seria por meio do termo *lumpen-proletariado*, uma fração de miseráveis inseridos na superpopulação relativa ou exército industrial de reserva gerado no contexto de acumulação do capital (Marx, 1988). Essa superpopulação seria consequência da desapropriação do trabalhador em relação aos meios de produção. No processo de produção e reprodução capitalista, extrai-se a força do empregado a fim de produzir, mas para manter o ritmo de produção constante, ou mesmo acompanhar ciclos de expansão do sistema capitalista, é necessário que sempre haja trabalhadores disponíveis. O fato é que mesmo entre a população de reserva há um grupo considerado “peso morto”, os inválidos e inativos do mercado de trabalho que

difícilmente serão absorvidos por este, e que segundo Marx, não possuem consciência de classe (Marx, 1988).

Para Hobsbaw (2008) o capitalismo iniciou um crescimento desenfreado a partir da década de 1970. Muitos países entraram em crise após vivenciarem um período de crescimento econômico acelerado. Na então “Era das Crises” ou do desmoroamento, o crescimento passou a ser mais lento, e os países em desenvolvimento, incluídos os da América Latina, viram o aumento do PIB (Produto Interno Bruto) cessar.

O clima a partir dos anos 1970 foi de insegurança frente ao recuo no investimento de programas sociais e ao desmonte progressivo do Estado de Bem-Estar Social. Os governos perderam força e recursos para exercer influência sobre as operações do capitalismo, que começaram a se tornar incontroláveis. Os modelos político-econômicos da década de 1970 não foram preparados para as crises do sistema financeiro. A alternativa defendida pelos grupos ultraliberais e favoráveis ao livre mercado foi propagada como única solução. Além disso, o sistema de produção, que necessitava responder ao ritmo acelerado exigido pelo capitalismo, foi transformado pela revolução tecnológica, substituindo a capacidade humana pela das máquinas, expulsando um grande contingente de pessoas do mercado de trabalho (Hobsbawm, 2008).

O aumento exacerbado de pessoas em condições de miséria e sem teto revela a intensificação da desigualdade social e econômica provocada por esse processo. A concentração de capital financeiro entre as famílias mais ricas acentuou-se em diversos países e o Brasil alcançou a marca de campeão mundial em desigualdade nos anos 1990 (Hobsbawm, 2008), ainda mantendo-se entre os mais desiguais ao longo dos anos 2000 e 2010 no mundo (OECD, 2012).

Corpo e saúde na situação de rua

A condição de desfiliação e desajuste social anteriormente descrita acaba por ser assimilada e reproduzida pelos corpos e os comportamentos das PSRs. Em nossa sociedade contemporânea, o corpo é reconhecido como um recurso que recebe investimento e reconhecimento em diversos campos relacionais. A aparência física é

componente importante na interação social e aspectos relacionados a higiene são particularmente considerados. Tal questão se torna um desafio para as PSRs, que além de sofrer com a autoimagem depreciada e o olhar estigmatizante da população domiciliada, buscam, com relativa dificuldade, meios que lhe sejam acessíveis para tomar banho, trocar de roupa e melhorar a aparência, quando o desejam (Dequiré, 2010).

Conforme pesquisa realizada na França, com resultados muito semelhantes aos encontrados no Brasil (Dequiré, 2010), há pessoas que desejam se manter limpas, na tentativa de escapar ao estigma do “morador de rua”; outras, no entanto, já não se incomodam tanto com isso e revelam o estado atual de sua precarização em relação à socialização. Há ainda pessoas, especialmente mulheres, que se utilizam da sujeira como proteção contra violências e abuso sexual. O sofrimento moral das PSRs muitas vezes os leva a evitar novas interações sociais, inclusive resistindo ao contato com equipes de serviços de apoio social e de saúde, na intenção de não sofrer novas humilhações para além daquelas que já vivenciam diariamente nas ruas (Dequiré, 2010).

Muitas das PSRs se tornam insensíveis frente a dores, a machucados e a outros problemas de saúde, além de não considerar como importante a manutenção adequada do corpo – situações que afetam e são afetadas pela percepção e compreensão do que seria sua própria saúde. Por não estar mais atentos e/ou desconsiderar seus sintomas, parte das PSRs acabam tendo seus problemas de saúde identificados apenas quando mostram seus corpos nos chuveiros coletivos de instituições, ou quando procuram os serviços de saúde diante de emergências (Dequiré, 2010).

Os sujeitos que, apesar da precariedade, buscam manter sua higiene reconhecem, nesse ato, tanto um caminho para manter sua dignidade como estratégia para se misturar às “massas”, serem invisíveis na multidão, e para serem recebidos em entrevistas e mesmo serviços de apoio. Apesar disso, percebem que a melhora da aparência física não é o único ingrediente para a integração social, pois mesmo limpos, sentem o peso do preconceito e os olhares implacáveis da sociedade (Dequiré, 2010).

Iniciar a vida nas ruas exige o desenvolvimento de estratégias compensatórias diante das perdas e o uso de recursos de sobrevivência. As PSRs desenvolvem novas formas de organização para a superação de dificuldades e para a satisfação de

necessidades, e, ao mesmo tempo, incorporam as privações que a rua impõe (Varanda, et al., 2004). Elas carregam em seus corpos e nas suas maneiras de ser as marcas da miséria e da luta cotidiana pela sobrevivência, fatores que se sobrepõem a seus *habitus*, ou seja, às suas disposições constituídas ao longo de suas vidas e que podem ganhar novas configurações quando os agentes são inseridos em espaços sociais específicos. Tais disposições se referem ao sistema de agir, gesticular, falar e compreender o mundo; são resultantes do processo de assimilação e reprodução de valores e normas familiares e sociais (Bourdieu, 2007b; Bourdieu, 2004a). Graeff (2012), através de pesquisa etnográfica com pessoas sem moradia fixa em Paris, constatou que a vida nas ruas afetava o que Bourdieu nomeou como *hexis*, o aspecto mais visível do *habitus*, que se refere aos aspectos corporais tais como posturas, maneiras de falar, olhar, caminhar, estilo de vestimenta etc. (Bourdieu, 2004a; Bourdieu, 2007b; Bourdieu, 2010). As pessoas sob esta condição necessitavam elaborar novos repertórios de práticas para a sobrevivência nas ruas, assim como lidar com o sofrimento vivido, que muitas vezes parecia transbordar de seus corpos (Graeff, 2012). Tais transformações, relacionadas às privações de direito e à degradação moral, afetavam as tentativas de reabilitação psicológicas e físicas, assim como as relações intersubjetivas com seus pares, com as pessoas da classe domiciliada e mesmo com os trabalhadores de serviços de apoio, ocasionando geralmente obstáculos para a interação social (Graeff, 2012).

Ainda em relação ao *habitus*, temos a considerar a mudança dos agentes para espaços sociais diferentes do que muitos deles estavam acostumados. Populações rurais que tentam a vida nos grandes centros urbanos podem sentir o choque da ordem social vigente, sofrer a angústia da adaptação aos costumes da cidade e se perder nesse processo, tal como observado por Bourdieu e Sayad em determinados grupos argelinos (2006). De maneira semelhante, Borysow (2013) constatou casos de homens vindos dos estados da região nordeste do Brasil que migravam às cidades litorâneas do sudeste, nas épocas de temporada de verão, para conseguir empregos de curta duração. Muitas vezes, eles se utilizavam dos espaços públicos e de barracas de praias como dormitório. Quando algo dava errado, recorriam aos serviços de assistência social (Borysow, 2013). Tal situação também foi abordada por Nels Anderson em *The hobo*, quando procurou analisar sociologicamente a vida de trabalhadores itinerantes nos Estados Unidos na década de 1930. Por não terem trabalho fixo acabavam sem moradia

estabelecida e, muitas vezes, encontravam-se em risco de viver nas ruas (Anderson, 1967). São pessoas que, ao migrar para os centros urbanos, vivenciam a persistência e, muitas vezes, o agravamento da sua precariedade. Na mesma situação estariam os trabalhadores manuais sem qualificação profissional, idosos aposentados e pessoas com doenças crônicas, que não conseguem se enquadrar às exigências das cidades, ou seja, obter trabalho, renda e manter aparência aceitável para serem aceitos nesse espaço social (Menezes, 2012).

Violência e territórios psicotrópicos

Estar sem domicílio é condição que afeta muitas vezes as barreiras entre o individual e o coletivo. Se o privado é a dimensão particular e escondida da vida dos sujeitos, oposta à dimensão coletiva e visível dos atos públicos (Bourdieu, 2014), como manter determinadas ações que seriam da ordem privada em um espaço de convívio coletivo? Como manter a singularidade frente à massa de pessoas que transitam pelas calçadas e espaços públicos, locais que irão se tornar, ao entardecer, o dormitório das PSRs? Diferentes pessoas possuem diferentes necessidades em relação à preservação de sua intimidade, fato que está intimamente ligado ao seu bem-estar (Hall, 1982). Em um lugar onde não há barreiras para esta preservação, as PSRs recorrem a locais cobertos e com alguma proteção de muros, ou mesmo a papelões e tecidos para elaborar divisórias, fato também observado em um albergue (Borysow, 2013). A delimitação do espaço permite a organização espacial e a construção de identidades particulares e coletivas por meio de dispositivos simbólicos. As práticas dos sujeitos são sempre manifestações que provêm do contato entre as espacialidades diversas, e eles procuram, a todo instante, fazer do espaço seu habitat (Paul-Lévy, et al., 1983).

Habitar em locais como calçadas, jardins ou estações de ônibus exige das PSRs certa dose de desconsideração dos significados simbólicos e históricos desses locais e, ao mesmo tempo, o enfrentamento às normas sociais que estabelecem que estes não são lugares para se habitar, pois possuem funcionamentos e regras específicas que não incluem a moradia (Lopes, 2007). Seria o desafio de habitar um não-lugar, um espaço cuja lógica é a superabundância de informações que exigem do ego o esforço de voltar a si próprio. São localizações transitórias em que apenas os procedimentos de entrada

e saída são registrados – apenas se passa por eles. Ao não permitirem a estabilidade da vida e a elaboração identitária, estes não-lugares desafiam a pessoa que nele tenta criar algum sentido permanente, pois tudo é fugidio e disperso. O fato é que, em muitos desses não-lugares, desses espaços residuais, as pessoas estão habitando e tentando construir sentidos (Augé, 2003).

A rua, apesar de ser uma solução de problemas entre outras não acessíveis, pode apresentar uma série de desafios para os que a ela chegam, como por exemplo lidar com o lixo e a situações de violência. Mesmo sendo fonte acessível de alimento, de roupas, de demais objetos úteis e de recursos através da coleta de recicláveis, o lixo é um recurso socialmente desvalorizado; assim, pessoas que mantenham contato direto com dejetos são alvo da depreciação social, tal como observado entre catadores de materiais recicláveis (Abreu, 2001). Conviver em meio à poluição e aos detritos provoca sentimentos oriundos do conflito entre o reconhecimento de uma estratégia de vida prejudicial e o fácil acesso e habituação a essa estratégia – parte das necessidades diárias podem ser supridas dessa forma (Auyero, et al., 2009). Sentimentos de resignação à esta condição irão interferir negativamente na consideração das PSRs sobre suas condições de saúde, e na relação com os profissionais dos serviços assistenciais (Varanda, et al., 2004).

O vínculo intenso estabelecido entre as pessoas e o lixo está muitas vezes associado a sentimentos de valor a tal objeto que se sobrepõem aos cuidados com a higiene – deve-se aproveitar ao máximo o que os dejetos podem oferecer, para se garantir a sobrevivência (Dall'Agnol, et al., 2007). Junto a isso, as longas filas em refeitórios, horários rígidos em instituições sociais e a reclusão individual são outros elementos que contribuem para que os sujeitos se submetam à busca de alimentação no lixo, o que ocasiona uma dieta de péssima qualidade e diversos problemas de saúde (Dequiré, 2010).

Viver nas ruas também é entrar em contato frequente com o uso e comércio de substâncias psicoativas legalizadas e não legalizadas. O consumo de álcool e outras drogas é estratégia utilizada para reduzir a fome e o frio, ao mesmo tempo em que auxiliam na socialização, tornando-se, dessa forma, elementos da vida nas ruas (Snow, et al., 1998). Alguns locais das cidades tornam-se reduto para o tráfico, para o consumo de substâncias ilícitas, ou mesmo para o levantamento de fundos para sua compra (três

ações que podem estar separadas ou inter-relacionadas na mesma área), passando a agregar agentes interessados nas drogas. Muitos desses locais são disputados devido à localização protegida e vantajosa, seja para consumidores como para comerciantes. Estes sujeitos acabam por desenvolver uma série de normas de conduta e de proteção, geralmente relacionadas ao uso de armas, configurando-se como microrregiões dentro das cidades. Ao serem reconhecidas como espaços físicos que articulam dimensões psicológicas, sociais e biológicas relacionadas ao fenômeno droga, estas microrregiões foram nomeadas como territórios psicotrópicos (Fernandes, et al., 2002). Estão, de maneira frequente, fora do alcance do controle social, exceto quando ganham destaque na mídia e passam a ser alvo de ações policiais a partir de interesses políticos, como aconteceu na cidade de São Paulo na região conhecida como Cracolândia (Silva, et al., 2013). Muitas PSRs frequentam tais locais e pode ocorrer também de seus locais escolhidos para dormitório serem tomados por estas dinâmicas. Ainda, pode acontecer de serem eles mesmos os formadores de tais espaços, seja para o uso de substâncias ou para o comércio como forma de subsistência, como verificado em Porto Alegre, na área ao redor de um albergue e de outros equipamentos voltados às PSRs (Raupp, et al., 2015).

Também observamos que pessoas, antes possuidoras de residência, tornam-se dependentes dessas substâncias e, aos poucos, passam a estar em situação de rua devido a problemas com a família, dificuldades financeiras, ou pela facilidade em se obter e usar as substâncias na rua (Brasil, 2012a; Nery-Filho, 2012). São pessoas que se transformam em agentes do cenário de uso e comércio, e passam a vivenciar intensamente a dinâmica desses territórios (Fernandes, et al., 2002). Mesmo as pessoas que apenas frequentam estes locais, mas não são consumidoras de drogas, como parte das PSRs e profissionais do sexo, acabam por ficar estigmatizados pelo peso social desta área considerada degradada, afetando suas possibilidades de socialização (Frúgoli Jr, et al., 2013).

Outro fator agravante da vida nas ruas é a violência. Às vezes associada aos territórios psicotrópicos, mas também independente deles, a violência é um fator de risco com o qual as PSRs precisam lidar, pois ao estarem desprotegidas em locais abertos, estariam expostas a roubos e agressões (Rosa, et al., 2006). Algumas pessoas expressam a discriminação às PSRs por meio de atitudes violentas (Moura-Junior, et

al., 2014), inclusive formando gangues, grupos de extermínios e estabelecendo ações de exploração sexual como verificado no caso de adolescentes em situação de rua (Nogueira, et al., 2006). O motivo para tais ações agudas parece ser a relação estabelecida entre PSR, inferioridade e criminalidade por parte de determinados segmentos sociais domiciliados (Moura-Junior, et al., 2014; Nogueira, et al., 2006). Vivenciar situações frequentes de violência podem levar a dois caminhos de reação: ações rotineiras e passivas de proteção, ou a assimilação e reprodução da agressividade (Auyero, et al., 2015). Nesse sentido, formam-se grupos para autoproteção e evita-se a exposição e a circulação em determinados locais ou direciona-se ao uso de posturas agressivas como meio de imposição frente a outras violências (Moura-Junior, et al., 2014; Nogueira, et al., 2006; Menezes, 2012). O resultado da exposição à violência é o medo constante, a dificuldade em dormir e a necessidade de cuidados dos ferimentos após as agressões (Brasil, 2012a; Moura-Junior, et al., 2014).

Olhando pela perspectiva de Pierre Bourdieu (2010), podemos considerar as situações anteriormente descritas como espécie de violência simbólica, pois as pessoas em situação de rua acabam por incorporar e reproduzir uma condição de vida prejudicial, provocada por um sistema social ao qual não possuem muitos recursos para enfrentar e para evitar sua reprodução.

Como qualquer espaço físico, a rua é expressão das distinções estabelecidas nas relações sociais, ou seja, no espaço social. O espaço físico retrata a exclusão mútua entre agentes com posições e recursos diversos e que lutam para manter ou galgar melhores níveis na sociedade. O espaço habitado e também a rua, mesmo sendo considerada um não-lugar, são arenas dessa luta, o que ocasiona distâncias sociais, privilégios ou bloqueios de acesso aos locais de moradia, seja na diferenciação de bairros, nos estilos de construções (Bourdieu, 2012b) ou ainda, cabe-nos acrescentar, na oposição entre os que participam da vida domiciliada e os que estão nas ruas.

Transpondo a reflexão que Bourdieu faz sobre o jogo social (Bourdieu, 2007a) para a condição das PSRs, podemos pensar que esse segmento social está alijado de recursos para ingressar nas disputas valorizadas pelos grupos dominantes. E, de maneira mais grave, essa barreira social parece ser mantida e reproduzida por agentes de diversas instituições que deveriam dar suporte à integração social (considerando o ingresso no jogo social valorizado), dentre elas as instituições públicas (Souza, 2009).

Desafios das políticas públicas frente à saúde das PSRs

Os sistemas públicos de saúde enfrentam o dilema de contribuir para que sujeitos em desvantagem social obtenham acesso a recursos e possam vivenciar considerável integração na vida em sociedade com qualidade de vida, e não reproduzir práticas coercitivas (Cohn, 2006). Ao mesmo tempo em que os serviços de saúde consideram em suas propostas o paradigma da defesa da vida e promoção da saúde, há o risco da imposição de modelos de vida pelos agentes às PSRs, pois ao atuarem junto à população acabam por determinar padrões específicos de comportamento (Lancetti, 2009). As práticas dos trabalhadores influenciam, como diria Foucault (2012), os modos de produção da subjetividade das populações e efetuam diferentes tipos de violência por meio da imposição de modos de higiene, alimentação etc.

Ao nos aproximarmos das relações entre usuários e trabalhadores de serviços públicos, podemos constatar a presença e influência das estruturas sociais e institucionais sobre a interação pessoal. Estes dois grupos de agentes baseiam grande parte de suas atuações a papéis previamente atribuídos pelas instituições. Apesar da relativa autonomia dos usuários frente aos agentes públicos, os primeiros acabam por serem subjugados às determinações sociais no momento da interação e reproduzem tais elementos. Incluso nesse processo também está a necessidade dos atendidos em obterem serviços e benefícios, vivenciando certa dominação simbólica ao depender dos servidores para solucionar seus problemas (Dubois, 2014). Como verificado por alguns autores (Dubois, 2016; Lipsky, 2010; Dubois, 2014) a classe mais empobrecida acaba por procurar com maior frequência os serviços públicos e sentem o peso do estigma na relação com os agentes públicos – apesar destes últimos terem a incumbência de auxiliarem, por meio dos mecanismos do Estado, os usuários nos diversos problemas.

As mesas de recepção e de negociação de serviços e benefícios públicos se tornam locais onde os “excluídos” são recebidos, e onde as normas sociais são transmitidas, num processo de manutenção da socialização conforme os ditames do Estado. Essas inter-relações são, muitas vezes, vividas de maneira desigual, pois os servidores possuem informações, linguagem técnica e poderes que podem resultar na melhoria de vida dos assistidos, e os usuários, apenas as suas necessidades e queixas (Dubois, 2016). Além disso, os serviços públicos de apoio social e assistência em

saúde são muitas vezes locais em que os usuários se tornam sujeitos passivos e impotentes da “espera”. Transformam-se em “pacientes do Estado” (Auyero, 2010). Como aponta Bourdieu, fazer esperar é uma privilegiada maneira de se impor sobre o tempo das pessoas, lançando-as à incerteza, sem retirar delas a esperança (Bourdieu, 2010).

Associa-se à essa desigualdade de recursos a dificuldade das PSRs em organizarem-se enquanto coletivo político para reivindicação de melhorias no atendimento (Reis, 2011). Sabemos que vivenciar a pobreza, a fome e a ausência de trabalho não é condição que irá conduzir as pessoas a protestarem; mas estas questões, quando associadas à formação e mobilização política, e à presença de redes associativas prévias que reúnam recursos, poderão produzir movimentos sociais por exigência de cidadania e acesso a serviços (Auyero, 2013), tal como ocorreu com o Movimento Nacional da População de Rua (Reis, 2011).

Por outro lado, os trabalhadores do “nível da rua”, aqueles que estão em contato direto com a população, também sofrem a imposição das normas institucionais e da precariedade de suas condições de trabalho. Necessitam lidar com a miséria e com grande número de usuários. De forma a mediar o limite de recursos e de tempo, recorrem a estratégias de simplificação do trabalho, criando rotinas nas tarefas. Utilizam-se também de recursos visuais, tais como uniformes e cartazes fixados nas paredes dos escritórios, para otimizar tempo e estabelecer critérios de proximidade e afastamento nas relações (Lipsky, 2010). O peso da representação do Estado e a enormidade de tarefas e demandas os obrigam a reproduzir normas operacionais institucionais e estabelecer rotinas, para tornar possível seus trabalhos (Lipsky, 2010; Dubois, 2016).

A presença de agentes de saúde nos territórios geográficos e existenciais são formas de intervenção nas vidas dos sujeitos – estratégias de controle do Estado no cuidado sobre os corpos. Porém, como proposto por Lancetti, buscaremos evidenciar em nossa pesquisa o potencial das ações de saúde, principalmente da atenção primária, cuja proposta prevê a capilaridade do cuidado nas comunidades e nas ruas, procurando estimular a participação das populações nas decisões (Lancetti, 2009).

Ao viver de maneiras diferentes dos segmentos sociais domiciliados, as PSRs constituem clientela com especificidades que diferem do comumente apresentado

pelos usuários do setor de saúde, que podemos resumir em: frequente itinerância, dificuldades na construção de vínculos com equipes e estratégias de alívio de sofrimentos por meio do uso frequente de substâncias psicoativas. Estas especificidades desafiam os trabalhadores da rede de saúde em acolher adequadamente as PSRs. As dificuldades em lidar com esse público se expressam por meio de condicionalidades incabíveis por parte dos profissionais: exigência de documentos de identidade, comprovantes de residência, higiene adequada, conhecimento dos fluxos e serviços da rede de saúde, cumprimento de horários de consulta. Talvez isso explique a procura mais frequente das PSRs pelos equipamentos socioassistenciais, como por nós verificado anteriormente (Borysow, 2013) e por outros autores (Albuquerque, 2009; Aristides, et al., 2009). É comum que essas pessoas somente busquem por serviços de saúde ao perceber que seus problemas se agravaram. Quando vinculado aos serviços socioassistenciais, geralmente o acesso à rede de saúde pelas PSRs é facilitado por meio de encaminhamentos e articulações com as equipes dessa rede ou pelo estímulo dos profissionais para que busquem por cuidados (Aristides, et al., 2009; Borysow, 2013). O número maior de homens do que mulheres na situação de rua deve ser considerado (META, 2008) pois, aos obstáculos citados acima, vêm somar-se a questão do gênero masculino e o cuidado em saúde (Couto, et al., 2010). Diante de uma rede de serviços de saúde pouco adaptada, a PSR é vítima de iniquidades.

Considerando as dificuldades anteriormente elencadas, e o fato das PSRs vivenciarem múltiplas exclusões por condições que variam entre a situação de rua em si, o uso abusivo de substâncias, o histórico de cuidado institucional e a participação em atividades de rua (tais como recolhimento de materiais recicláveis, tráfico de drogas, prostituição etc.) – essas pessoas necessitam justificadamente de estratégias de diferentes setores de maneira coordenada (Brasil, 2008; Fitzpatrick, et al., 2011; Borysow, 2013).

Pesquisa realizada no Brasil em 2008 constatou que quase metade das PSRs ouvidas procurou preferencialmente os hospitais e serviços de emergência em caso de problemas de saúde e cerca de um quarto delas procurou por postos de saúde de atenção primária (META, 2008), situação também identificada nos Estados Unidos (Estados Unidos da América, 2013a), na Inglaterra (Deloitte LLP, 2012), e em Portugal (Portugal, 2009). Cabe-nos destacar outra pesquisa brasileira em que todas as

PSRs entrevistadas apenas citaram os prontos-socorros como locais procurados para atendimento em saúde (Rosa, et al., 2006).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) não havia preconizado programas específicos à população em situação de rua até o ano de 2003, quando o governo federal passou a considerar a busca ativa e a itinerância das equipes como ferramentas imprescindíveis às políticas de atenção básica e de saúde mental (Brasil, 2003a). Como veremos com mais detalhes adiante, até os anos 2000, o país contava com uma série de instituições públicas e privadas que ofereciam serviços que hoje são considerados híbridos, tais como: apoio social e acolhimento provisório ou permanente em albergues e abrigos, articulados com intervenções de primeiros socorros e acompanhamento de tratamentos, além da internação de pessoas com transtornos mentais. Alguns municípios organizaram iniciativas de trabalho itinerante nas ruas na década de 2000, um deles associado à estratégia de redução de danos (Nery-Filho, 2012) e outros inspiradas no modelo de assistência da atenção básica (Canônico, et al., 2007; Carneiro-Junior, et al., 2010; Reis-Junior, 2011).

A partir da constatação dos problemas de acesso das PSRs aos serviços de saúde, das reivindicações de movimentos populares (Vargas, 2012) e com base nas experiências locais acima citadas, o governo federal elaborou a estratégia Consultório na Rua (CnR) em 2012. Essa iniciativa buscou garantir cuidado na atenção básica às pessoas em situação de rua de maneira geral. Dessa forma, investiu-se em uma estratégia itinerante que favorecesse a prática dos profissionais, contribuindo com maior agilidade e capilaridade sobre o mundo dos usuários e suas especificidades (Lemke, et al., 2010). Essa estratégia também veio potencializar a territorialização da atenção básica, estimulando equipes a superarem um modelo estático alheio ao território (Faria, 2013), pois são essenciais o planejamento e a presença das equipes nos locais onde as pessoas podem ser encontradas. O serviço CnR seria um meio de operacionalizar o cuidado em saúde no território (Lemke, et al., 2010) oferecendo atenção integral. Seria também uma forma de chegar a populações de determinadas áreas da cidade nas quais o poder público precisa negociar e disputar sua inserção e influência, ou cujas populações não obtém acesso aos serviços de saúde, seja pela distância como pela precariedade das condições de vida dos indivíduos (Fernandes, et al., 2002; Londero, et al., 2014; Hallais, et al., 2015).

A partir da relevância do programa Consultório na Rua para um segmento social em desvantagem social, e dessa importante estratégia para a universalidade e a equidade propostas pelo Sistema Único de Saúde, propomos sua análise utilizando três perspectivas integradas entre si: estudo comparado das propostas de unidades móveis de saúde do Brasil, Estados Unidos e Portugal; estudo sócio-histórico do CnR; e avaliação de implantação de uma equipe atuante na cidade de São Paulo.

Considerando que há propostas semelhantes em outros países, e que compartilham objetivos e estratégias em comum, realizamos um estudo comparado de serviços para as PSRs a fim de elucidar os elementos principais de estratégia móvel de saúde. Esta modalidade de análise também teve o objetivo de auxiliar na compreensão de como os serviços podem se organizar em diferentes contextos, quais os elementos considerados importantes na redução da iniquidade em saúde e entender a proposta brasileira em contraste com outras.

Em seguida, analisamos como o CnR foi gerado e se estabeleceu no Brasil. Partimos do pressuposto de que este programa surgiu em um contexto político favorável, oriundo de disputas e acordos ocorridos entre agentes de diversos campos e espaços sociais. Esse processo pode ter sido influenciado de maneira mais efetiva por agentes com maior acúmulo de recursos sociais, ou seja, posicionados nos polos dominantes do governo ou de outros campos. Também consideramos que determinados valores e propostas foram excluídos do processo de criação do Consultório na Rua, mas de alguma forma estariam sendo reproduzidos ou trazendo embates em sua execução pelas equipes municipais. Em uma breve análise histórica, a proposta federal para este programa parece ser fortemente inspirada no chamado Consultório de Rua (Nery-Filho, 2012) serviço que era financiado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental e suas respectivas coordenações municipais entre 2009 e 2011. Ele foi delineado para a assistência à saúde do cidadão usuário de substâncias psicoativas. Questionamos se realmente esse serviço é o principal modelo de referência na gênese do programa em questão. Da mesma forma, buscamos entender como ocorreu a transição do Consultório de Rua para o Consultório na Rua enquanto proposta do Ministério da Saúde (MS), e quais as possíveis influências do serviço originário da saúde mental sobre a criação e estabelecimento do Consultório da atenção básica. Afinal, qual seria a resultante do deslocamento do programa que apresentava

bases teóricas e conceituais ligadas à atenção psicossocial e redução de danos para a atenção primária em saúde?

Por fim, interessou-nos investigar como uma equipe de Consultório na Rua (aos nos referirmos às equipes, utilizaremos eCR) executa suas atividades a partir da proposta elaborada pelo MS. Além da intenção de compreender a transposição das portarias para a prática cotidiana de uma equipe, baseamo-nos na conjectura de que os conflitos e acordos surgidos na gênese dessa política podem determinar a execução dos serviços nos municípios. Propomos um estudo avaliativo por meio da análise de implantação, visto que por intermédio desse tipo de avaliação são verificadas adaptações das propostas legais pelos municípios conforme a realidade da região, da população, e mesmo da situação política.

Ademais às justificativas já elencadas para este estudo, identificamos lacunas entre as produções realizadas sobre o Consultório na Rua. Não há nenhuma pesquisa que o tenha abordado por meio de análise comparada ou pela perspectiva sócio-histórica. Tratando-se de proposta relativamente recente, há restrito número de pesquisas avaliativas sobre as eCR (Ferreira, et al., 2016; Medeiros, 2016). A primeira delas efetivou avaliação pelo olhar dos usuários do serviço e a segunda tratou do processo de implementação do CnR em nível federal. Outros estudos voltados ao mesmo programa abordaram a análise de saberes ideológicos e instrumentais de uma dada equipe (Kami, et al., 2016), as práticas executadas pelas eCRs no cuidado em saúde (Almeida, 2014; Londero, et al., 2014; Alecrim, et al., 2016; Engstrom, et al., 2016; Machado, et al., 2017), e em suas relações com a educação permanente (Gil, 2016). Também foram abordados, pela perspectiva socioantropológica, o acolhimento e a produção de cuidados oferecidos por uma eCR (Hallais, et al., 2015), e a avaliação sobre as atitudes dos trabalhadores em relação ao uso abusivo de drogas (Davel, et al., 2016). Foi realizado estudo sobre a experiência da implementação de uma eCR (Pereira-da-Silva, 2016) em Salvador, que apesar de ter analisado a prática da equipe em contraste com os documentos normativos, não produziu um juízo de valor como uma pesquisa avaliativa. E ainda há lacunas sobre avaliação do grau de implantação de uma equipe em comparação aos seus marcos legais, que articule a perspectiva dos trabalhadores e dos usuários do serviço, e sobre os impactos de elementos presentes no processo de criação dessa política sobre a prática de uma eCR.

Organizamos esta pesquisa no intuito de analisar o Consultório na Rua enquanto política pública e entender os dilemas acima apresentados. No primeiro capítulo, apresentamos os objetivos desta tese. Em seguida, descrevemos os aspectos éticos da pesquisa e questões de reflexividade do autor. No capítulo III, abordamos nossos principais referenciais teóricos, de forma a orientar o leitor a respeito das perspectivas pelas quais direcionamos nosso olhar sobre o objeto. No quarto capítulo, desenvolvemos uma análise comparada entre as unidades móveis de saúde de três países, com o objetivo de compreender suas potencialidades de acesso à rede de saúde a partir das resoluções criadas para estes serviços, dentro de diferentes sistemas de saúde e de serviços. A análise da gênese do Consultório na Rua está descrita no capítulo V. O capítulo em sequência traz uma avaliação da implantação de uma equipe de Consultório na Rua atuante na cidade de São Paulo. Por fim, informamos nossas considerações finais, seguido das referências bibliográficas. Salientamos que os métodos escolhidos para realizar nossa pesquisa estão indicados nos capítulos IV, V e VI, relativos a cada abordagem de análise.

Todo esse trajeto foi alimentado por incursões a diferentes campos e com alguns interlocutores de referência. Foram realizados dois encontros, em 2014 e 2015, com pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que realizaram pesquisas utilizando o método da sociogênese de Bourdieu. Esta permanência em Salvador nos permitiu acompanhar o trabalho de campo de duas equipes de Consultório na Rua e conhecer o CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, instituição onde foi criado o Consultório de Rua. Também foi realizado um estágio supervisionado na Universidade do Porto, entre os meses de abril e julho de 2016, com o prof. Virgílio Borges Pereira, no Instituto de Sociologia. Ele utiliza o referencial de Bourdieu em suas pesquisas e tem estreita ligação com Loïc Waquant, um dos principais parceiros de pesquisa de Bourdieu. Nesse período, foi possível acompanhar o trabalho de equipes dos Médicos do Mundo junto às pessoas em situação de rua da cidade do Porto, e estabelecer diálogo com o prof. Luís Fernandes, referência em pesquisas voltadas ao uso abusivo de drogas e territórios psicotrópicos. Além disso, debatemos nosso projeto de pesquisa com uma das principais referências em sociogênese, o prof. Patrice Pinell, do Centre Européen de Sociologie et Science Politique, em Paris.

CAPÍTULO I. OBJETIVOS

Analisar o programa Consultório na Rua desde suas origens, desenvolvimento e implantação.

Objetivos específicos

- Comparar o referido programa com modalidades assistenciais semelhantes desenvolvidas em outros países,
- Investigar as condições de possibilidades relacionadas ao surgimento do Consultório na Rua e as circunstâncias privilegiadas dos agentes para criá-lo,
- Avaliar os desafios da implantação de um serviço dessa natureza em um município.

CAPÍTULO II. ÉTICA E CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADES DO PESQUISADOR

Ética

A presente pesquisa foi submetida e aprovada, via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estando registrada pelo protocolo 218/15 (CAAE 45553015.2.0000.0065), e aprovada pela instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE 45553015.2.3001.0086). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram redigidos conforme a resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 (anexo I). Em específico para os entrevistados na análise da sociogênese, foram solicitadas autorizações para o uso de seus nomes, visto tratarem-se de pessoas com cargos e posições públicas.

O projeto de pesquisa recebeu financiamento pelo CNPq entre os dias 5 de dezembro de 2014 e 30 de julho de 2015 e financiamento pela FAPESP entre os dias 1º de agosto de 2015 a 30 de novembro de 2017, processo número 2014/19616-4.

Condições de possibilidades do pesquisador

Pierre Bourdieu procurou garantir a cientificidade de seus estudos por meio de rigorosa autoanálise, pela qual buscava a identificação das possíveis influências que os valores sociais, as suas experiências de vida e formação acadêmica poderiam ter sobre suas pesquisas. A reflexividade foi proposta por ele enquanto ferramenta a ser utilizada em todos os estudos sociológicos, considerando que o *habitus* de pesquisador é formado no seio do espaço social e, com isso, submetido a todas às crenças e normas por ele impostos (Bourdieu, 2003).

Não tratarei de realizar uma análise de trajetória aprofundada, mas sim apresentar algumas das condições de possibilidades e elementos de influência para a formação de meu *habitus* acadêmico e para a determinação de meu objeto de pesquisa.

Nasci na década de 1980, momento em que o enfraquecimento da ditadura militar e o acirramento da crise econômica permitiu a abertura ao debate sobre democratização do país. Crescer ouvindo falar sobre “Diretas Já”, inflação e criação do SUS possibilitaram que eu pelo menos tivesse a percepção de que havia grandes

processos sociais em andamento e que era necessário estar atento a eles. Nesse momento, a participação de meus pais em alguns comícios abriram meus olhos para o mundo político-partidário, mesmo que ainda de maneira superficial.

Outro fator que merece ser destacado nesse contexto sócio-histórico é justamente o aumento de pessoas em situação de rua entre os anos 1980 e 2000. Passou a ser recorrente o encontro com adolescentes e adultos nessa condição pelas ruas de minha cidade, além da divulgação da mídia sobre esse fenômeno.

Meus avós paternos são originários da Rússia e vieram ao Brasil no período pós-2ª Guerra Mundial, seguidores da Igreja Ortodoxa. Já meus avós maternos vieram da Bahia e de Sergipe e se estabeleceram em São Paulo nos anos 1950, seguidores do catolicismo apostólico romano. A partir da influência e reprodução da dinâmica dessas duas vertentes da Igreja Católica pela minha família, pude identificar duas situações que possibilitaram meu interesse pelas pessoas em situação de rua:

- Um sentimento de inadequação constante aos valores morais impostos no ambiente familiar, tanto pelos parentes de origem russa como pelos parentes brasileiros, mediante o processo de reconhecimento de minha homossexualidade. Esse sentimento muitas vezes me fez pensar em como seria uma vida diferente em outro ambiente. Ao ver com frequência homens que perambulavam nas ruas de meu bairro, que apesar da aparente miséria indicavam viver libertos das normas estabelecidas pelas famílias e instituições religiosas, cheguei a elaborar pressuposições e fantasias sobre esse modo de viver;

- E a incorporação das ideias caritativas do catolicismo por meio do convívio familiar, que favoreceram a reprodução do desejo de auxiliar os “menos favorecidos” e “sofredores de rua”, pois neles estaria o “Cristo vivo”. Com o ingresso na adolescência, participei de encontros da Pastoral da Juventude, que na época era inspirada pela Teologia da Libertação, experiência que me levou a reorientar parte dos pensamentos caritativos para os da justiça social.

Associados aos aspectos acima apresentados, o fato de meu avô ter colaborado com um médico brasileiro em publicações sobre saúde mental e gênero e o desejo não concretizado de minha mãe em estudar Psicologia pareceram contribuir para minha escolha por essa profissão. No momento da definição por esse curso, era apenas consciente para mim a disposição em escutar e acolher os problemas alheios, e

ingressar nessa faculdade poderia aperfeiçoar essa habilidade, transformando-a em carreira profissional. Além disso, meu interesse por mitos e religiões diversas, desenvolvido a partir da rejeição das normas cristãs, levou-me muitas vezes a realizar leituras de textos que dialogavam com a Psicologia.

Não havia discussões sobre população em situação de rua na universidade, mas as teorias e estudos de caso a respeito de pessoas com esquizofrenia me lembraram das experiências de inadequação na família e das imagens incompreensíveis e instigantes dos “homens de rua” da infância. A constituição de meu *habitus* favoreceu o interesse pelos debates sobre saúde mental. No último ano da graduação vim a descobrir que meu avô paterno acabou sendo internado, pelas forças de segurança do governo, em um hospital psiquiátrico na década de 1950 em função de suspeitas de seu envolvimento com movimentos comunistas. Meu avô desapareceu após fugir do país, deixando muitas dúvidas sobre o que teria acontecido com ele, além da marca da internação psiquiátrica em minha família.

Com a conclusão da graduação, houve convite para que eu ingressasse em um grupo militante de luta antimanicomial apoiado pelo Conselho Regional de Psicologia. Acompanhei a atuação política de pessoas com transtorno mental e conheci de perto suas histórias de vida. Muitos dos militantes indicavam dificuldades em organizar suas finanças e responder ao ritmo exigido pela sociedade, o que os levava a perder suas moradias, demandando do grupo respostas para o problema. Esse foi o momento em que comecei a me aproximar mais efetivamente do tema da situação de rua, e perceber a necessidade de resgatar aspectos incorporados por meio da Teologia da Libertação, que propunha olhar os processos coletivos para além da perspectiva psicológica individual. Esse trabalho também me levou a conhecer a rede pública de saúde e a realizar leituras mais atentas sobre a política de saúde mental.

Conviver com um pai “workaholic” que havia concluído três graduações enquanto trabalhava parece ter sido um dos componentes para se estabelecer minha disposição pelo estudo, e favorecido a escolha por ingressar no mestrado. Diante de tantas situações relacionadas com saúde mental em minha trajetória, não seria nenhuma surpresa direcionar meus estudos a essa área. As questões de moradia já haviam me marcado tanto pelas fantasias e curiosidades sobre os moradores de rua como pelas experiências com os militantes da luta antimanicomial, e ganharam

contornos enquanto objeto de projeto de pesquisa a partir das áreas de interesse de meu orientador. Acabei por definir como proposta de dissertação a investigação de como a rede pública de serviços estaria favorecendo ou limitando o acesso das pessoas em situação de rua aos cuidados em saúde mental. As conversas informais com meu companheiro e seus amigos trabalhadores da rede de assistência social também se constituíram como elemento significativo no direcionamento de minha pesquisa.

O projeto de pesquisa que resultou na presente tese está relacionado à intenção de investigar uma das lacunas identificadas em minha pesquisa de mestrado (Borysow, 2013). Ao estudar como ocorria o acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde mental, identifiquei forte presença das equipes dos serviços da Assistência Social na garantia do atendimento em saúde, pois elas tentavam compensar a restrita adaptação das equipes de saúde mental frente ao perfil das PSsR, o que ocasionava uma série de desistências ao longo do tratamento. No momento em que eu estava realizando a pesquisa de campo, o Ministério da Saúde lançou a portaria que redefiniu a Rede de Atenção Psicossocial e estabeleceu o Consultório na Rua como serviço de atenção básica. Esta proposta pareceria representar uma das peças que faltava na assistência à PSR no município em que o estudo foi realizado. Nasceu ali a pergunta: o Consultório na Rua poderia fazer diferença na busca de resolução dos problemas de acesso da população de rua aos serviços de saúde?

Além dessas experiências, participei do PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – no cargo de supervisor de equipe, o que me permitiu conhecer de maneira mais aprofundada os serviços de atenção básica de algumas regiões do estado de São Paulo, e verificar a rara presença de pessoas em situação de rua nas unidades de saúde. A integração entre as lacunas identificadas da dissertação com a experiência no PMAQ potencializou meu interesse em investigar o acolhimento oferecido pela rede de saúde às PSRs, agora com enfoque para a atenção primária.

Porém, as conversas realizadas com meu orientador para a definição do projeto de pesquisa de doutorado começaram a expandir minhas ideias iniciais. Sua pesquisa realizada à época (Furtado, et al., 2014) havia abordado a gênese do espaço social da avaliação no Brasil, utilizando perspectiva sociológica para identificar as determinantes sócio-históricas desse espaço, a partir dos métodos propostos por Pierre

Bourdieu. Esse olhar da Sociologia sobre os objetos sociais pareceu ser estratégia interessante para contribuir com uma avaliação de serviços, identificando os valores e intenções que permaneceram ou que foram superados ao longo do processo de definição desses programas e serviços, e de que forma estes poderiam estar influenciando as práticas dos profissionais.

Ao assumir uma perspectiva sociológica de pesquisa, venho constantemente confrontando as disposições constituídas em mim enquanto psicólogo. A tendência a analisar os fenômenos identificados nessa pesquisa pela perspectiva psicológica foi uma limitação e um desafio neste estudo. Por outro lado, esse “*habitus* psicológico” parece ter contribuído para realizar análises que contemplassem aspectos subjetivos na inter-relação agência e estrutura. Também se configurou como um esforço constante a tentativa de diminuir influências de minhas disposições caritativas e de militância, que muitas vezes me levam a querer que as políticas públicas tratem as PSRs como se não tivessem autonomia e condições para lidarem com suas próprias escolhas de vida.

CAPÍTULO III. REFERENCIAL TEÓRICO

A Análise de Políticas se configura como conjunto de teorias e métodos que possibilitam estabelecer perspectivas variadas e articuladas entre si sobre o processo de elaboração de políticas públicas. É uma forma de se estudar a ciência do Estado em ação, ou dito de outra forma, analisar a atividade concreta da autoridade e dos agentes públicos (Serafim, et al., 2012). Segundo Dye (1984), considerado uma das principais referências nessa área de conhecimento, a análise de políticas trata de investigar quais ações os governos executam, o porquê delas e quais impactos resultam na população. É uma ferramenta que auxilia na descrição e explicação dos objetivos, justificativas e consequências das atividades do governo. Ham e Hill (1993) complementam esta conceituação ao destacarem a importância da análise das instituições e estruturas de governo por meio de estudos que considerem os comportamentos de seus representantes. Para estes pesquisadores, o surgimento da análise de políticas veio em função das preocupações crescentes dos formuladores de políticas, de maneira mais evidente a partir da década de 1960, frente às dificuldades em lidar com os problemas cada vez mais complexos dos governos e das populações. Esse método também teve origem no interesse de investigadores acadêmicos em abordar as questões vinculadas às políticas públicas e apresentar possíveis respostas à solução de problemas.

A análise de políticas nos possibilita a investigação, discussão, debate e compreensão do estabelecimento e desenvolvimento das políticas públicas nos planos de interesse – nacional, estaduais ou municipais – e a inter-relação de fatores a elas intrínsecas. Faz parte desse tipo de análise a compreensão sobre o comportamento dos agentes envolvidos, os jogos políticos e a conformação de agendas dentro dos setores estatais. Esses enfoques direcionam a análise ao entendimento do porquê, por quem e para quem as políticas foram criadas e mantidas (Serafim, et al., 2012).

Antes de avançarmos à apresentação de nosso principal referencial teórico, cabe-nos trazer a discussão sobre análise e avaliação. Estudo recente procurou investigar o uso dos termos avaliação e análise entre pesquisadores da saúde coletiva (Furtado, et al., 2017). Apesar de usos distintos e difusos identificados nos estudos brasileiros, há consenso entre as principais referências que pesquisam programas e serviços em associar a avaliação à um método mais próximo com a prática, utilizando-se de atributos prévios e abrangendo estudos que abordem metas, estratégias e/ou

resultados de políticas, programas e serviços. A análise estaria atrelada a aspectos mais teóricos, numa perspectiva mais ampliada e de abstração do objeto em estudo. A pesquisa aqui referenciada nos alerta para o risco de se estabelecer hierarquia entre avaliação e análise, como a reprodução de uma disputa no campo acadêmico que valoriza mais uma em detrimento da outra (Furtado, et al., 2017). Utilizamos o termo “analisar” no objetivo principal da presente tese por termos inter-relacionado três estratégias para compreender, de maneira ampliada e ao mesmo tempo aprofundada, o Consultório na Rua. Recorremos à avaliação com a intenção de possibilitar uma aproximação entre nós e a prática de uma equipe, com o pressuposto de entender sua implantação.

Importante destacar que a Análise de Políticas por si só é apenas um conjunto de métodos e conceitos, que devem ser articulados a outros, a fim de possibilitarem análises profundas sobre o objeto (Serafim, et al., 2012). Pierre Bourdieu constituirá nossa principal referência de análise, considerando suas formulações sobre o Estado e sobre o campo burocrático.

Pierre Bourdieu nasceu na França e viveu entre 1930 e 2002. Teve formação inicial em Filosofia e se direcionou a outras áreas como a Antropologia e a Estatística. Ao travar contato com a Sociologia, Bourdieu encontrou as ferramentas que considerou mais adequadas para compreender a complexidade dos fenômenos que vinha pesquisando e passou a dedicar-se plenamente a essa disciplina sem perder suas referências anteriores. Articulando o conhecimento herdado de teóricos como Karl Marx, Émile Durkheim, Max Weber, Gaston Bachelard e Maurice Merleau-Ponty, elaborou um arcabouço teórico e metodológico inovador que foi organizado e sedimentado a partir de suas pesquisas empíricas, e se propôs a utilizá-lo para novos objetos de pesquisa, tais como os microcosmos da religião, da educação, da filosofia, das leis, da alta costura, entre outros (Wacquant, 2002).

Bourdieu desenvolveu sua forma de analisar e compreender os fenômenos sociais por meio de uma perspectiva estruturalista construtivista. Para ele, o mundo social é atravessado por estruturas objetivas que orientam e coagem os agentes em suas práticas e em suas representações, independentemente de suas consciências. Os esquemas de pensamento, percepção e ação seriam construídos pela inter-relação entre as disposições dos agentes e as estruturas sociais (Bourdieu, 2004a). As estruturas

seriam entendidas pelo autor como lógicas inseridas nas representações sociais, nos códigos compartilhados e em mecanismos que constroem concepções de sentir o mundo e de reproduzi-lo, influenciando o grupo que esteja participando de um mesmo sistema simbólico.

A partir dessa perspectiva, Bourdieu elaborou os conceitos de espaço social, campo, capital, *habitus* e *illusio*. Bourdieu utilizou, inicialmente, os termos espaço social e campo de maneiras muito semelhantes, referindo-se a delimitações de redes sociais estabelecidas por agentes em torno de um objeto em comum. Porém o autor definiu diferenciações entre estes termos ao longo do desenvolvimento de suas produções. Em aula professada em 1984, e traduzida para espanhol em 1989, Bourdieu irá definir o campo como subespaços mais delimitados e autônomos dentro do espaço social (Bourdieu, 1989). Dessa forma, entende-se que haveria o espaço social global, que se constitui pelas relações de toda a sociedade, tal como utilizado por Vieira da Silva (2014) e Souza (2013a). E incluso neste espaço social global, pode haver subespaços – chamados de campos – delimitados por redes relacionais entre os agentes e instituições, que possuem regras e funcionamento próprios. Geralmente são campos de imposição de forças que submetem os agentes que estão implicados nele e espaços delimitados de lutas, quando os agentes se posicionam através de seus capitais, ou seja, suas forças sociais relativas, mantendo ou transformando sua estrutura. Esses campos existem quando há interesses e investimentos de diversas naturezas. Quando um possível campo não atinge autonomia ou mesmo estabelece regras bem delimitadas, mas se constitui em torno de um objeto ou tema, Bourdieu irá considerá-lo como um espaço social (Bourdieu, 2007a; Bourdieu, 2010).

Podemos identificar agentes com um mesmo *habitus*, constituindo e fazendo parte dos espaços sociais. Reafirmando o que dissemos na introdução, entendemos o *habitus* como a apropriação e incorporação de estruturas sociais pelos agentes em seus comportamentos e em seus corpos, segundo as vivências familiares e comunitárias, desenvolvendo um sistema de perceber, de pensar e de agir sobre o mundo. O *habitus*, entendido como um conjunto de disposições, pode ganhar novas características a partir da convivência do agente em um determinado campo (Bourdieu, 2004a).

A inserção nos campos pode levar os agentes a adquirir diversos tipos de capitais, que são compreendidos como formas de acúmulo de recursos. Estes podem

possuir diversas naturezas, mas basicamente são classificados como de ordem financeira, cultural, social e simbólica. Nos espaços sociais a distribuição do capital é desigual e os agentes utilizam-se de seus recursos acumulados para conquistar e manter posições privilegiadas, situação que pode gerar conflitos entre os grupos dominantes e os dominados. Em cada tipo de campo há capitais considerados de maior importância, o que faz com que o acúmulo de determinado capital seja supervalorizado ou desvalorizado conforme os interesses do jogo daquele campo. O jogo existente em cada campo funciona segundo regras próprias estabelecidas, assimiladas e reproduzidas pelos agentes, e apresenta possibilidades de ganho de vantagens aos nele inseridos, o que os fazem acreditar e investir no jogo – mecanismo chamado de *illusio* por Bourdieu (2004a).

O capital cultural, considerado geralmente um recurso importante em diferentes campos, refere-se ao acúmulo de conhecimento, informações e habilidades transmitidas pela família e pelas instituições educacionais. Como bem sintetizou Thiry-Cherques (Thiry-Cherques, 2006), tal capital pode ser reconhecido pelos traços e formas de se apresentar socialmente, pela posse de bens culturais, ou ainda, através de títulos acadêmicos. Em nossa pesquisa, recorreremos à análise de acúmulo de capital cultural vinculado ao cuidado das pessoas em situação de rua, por se tratar de um recurso relevante na dinâmica entre os agentes entrevistados e seus posicionamentos no espaço social.

Bourdieu identificou, além dos quatro tipos básicos de capitais – financeiro, cultural, social e simbólico – outras formas de capitais que permitiriam diferenciar melhor os agentes em determinados campos. Destacamos o capital científico, considerado por Bourdieu como produto da obtenção de conhecimento e do reconhecimento entre pares no campo científico em referência às contribuições do agente nesse campo (Bourdieu, 2004b).

Considerado como uma forma de capital social e simbólico, ou seja, oriundo da mobilização pessoal e da popularidade, o capital político permitiria aos seus detentores meios para se utilizar de recursos coletivos, quer se tratem de bens privados e/ou de serviços públicos. Tal capital seria desenvolvido através da atuação em sindicatos e partidos políticos, e se converteria em posições tanto nos próprios partidos

como em postos de organismos de poder, como por exemplo os cargos eletivos (Bourdieu, 2007a).

Outro capital que merece destaque em nossa pesquisa é o capital militante, que abrange uma série de conhecimentos e práticas acumulados e utilizados durante mobilizações coletivas, em partidos políticos, em organizações e movimentos sociais. São aspectos incorporados pelos agentes como disposições de agir, técnicas de comunicação e abordagem. Tal capital pode ser revertido em outras formas modalidades e possibilitar o acesso a determinadas posições, como nos casos dos cargos eletivos, quando o capital militante é convertido em político ou burocrático devido ao seu ingresso de agentes no metacampo estatal (Matonti, et al., 2004).

Ao realizarmos um estudo que envolve o Estado e suas esferas governamentais e processos legais, também devemos considerar o capital burocrático. Sendo delegado pelo Estado a agentes que o representam, o capital burocrático é formado pela concentração de recursos e conhecimento da esfera pública, que garantiriam poder de decisão sobre diversas questões da vida coletiva. Os agentes imbuídos desse capital têm acesso a ele por meio de concursos, pela exigência de títulos, ou mesmo pela manutenção, a longo prazo, de cargos não oriundos de concursos (Bourdieu, 2014).

Mas o que seria o Estado? Segundo Bourdieu, o Estado não é um ente homogêneo de existência concreta, mas, sim um conjunto de agentes, valores, regras e crenças a ele associados e por meio dele disseminados através dos agentes que o representam, tais como o funcionalismo público. Ele é como uma ficção coletiva, um princípio oculto que só se torna visível e palpável por meio das ações da ordem pública, e que exerce tanto a dominação física como simbólica sobre os agentes que são, ao mesmo tempo, sujeitos e reprodutores dele (Bourdieu, 2014).

O Estado tem como função geral a elaboração e estabelecimento das classificações sociais – como nos lembra Bourdieu “a etimologia da palavra ‘categoria’ – de *categorien* – é ‘acusar publicamente’ e mesmo ‘insultar’; o *categorien* do Estado acusa publicamente, com a autoridade pública” (Bourdieu, 2014 p. 40). Seus agentes atuam através dessa classificação na relação com usuários e no gerenciamento dos casos, produzindo identidades “oficiais”, impondo a estes últimos determinados status, mesmo que não concordem, mas que visam adequar as situações mais diversas da vida humana a uma linguagem burocrática (Dubois, 2016). Nesse sentido, toda a

sociedade é quantificada e codificada pelo Estado, para que se estabeleça de maneira mais prática a ordem e normatividade social – e por isso é nomeado por Bourdieu, a princípio, como campo burocrático (Bourdieu, 2014).

Para que possamos nos desprender da ideia de que o Estado é um ente teológico, podendo dessa forma produzir uma crítica para além das estruturas mentais que incorporamos, devemos considerar a palavra “Estado” como sinônimo das engrenagens e dos atos políticos, executados por agentes inter-relacionados, que visam produzir efeitos sobre a sociedade (Bourdieu, 2014). Visualizar o Estado como um campo contribui para o percebermos como ele realmente é, um campo formado por inúmeras relações pessoais e institucionais (Bourdieu, 2014; Dubois, 2015).

As políticas públicas, as práticas estatais, são formadas por meio de ações e tomadas de posição resultantes das estruturas relacionais que compõem o Estado. Diversos tipos de agentes, como políticos, administradores públicos e militantes, relacionam-se nos espaços de decisões e definem as ações estatais. Tais agentes não representam apenas a si mesmos, mas trazem consigo acúmulos de campos e frações de campo (tais como o setor saúde, o setor econômico e mesmo frações de campo como a atenção primária em saúde etc.) proporcionando o entrecruzamento e o intercâmbio de recursos das mais diversas naturezas (Dubois, 2015). Nesse sentido, podemos entender uma política pública como a objetivação de um estado provisório de disputas e relações de força atuantes no campo de lutas, com vistas a influenciar em sua definição legítima. Para o Estado, o ato de permitir esta congruência entre agentes e campos em suas decisões demonstra sua aptidão para governar e legitimar suas determinações junto aos demais interessados (Dubois, 2015).

Por meio da representação do Estado seriam legitimadas decisões e formas de organização da vida social. O Estado seria o epicentro do campo do poder (Wacquant, 2005), campo da função e administração pública, que cria e impõe bases à integração lógica e moral para a vida social, elaborando consensos sobre os sentidos do mundo social (Bourdieu, 2014). Bourdieu apresenta, ao analisar a gênese do Estado, o acúmulo de diversos capitais em seu interior (capital de força física/militar, político, financeiro, cultural, simbólico, burocrático etc.), e o desenvolvimento de cadeias de autoridades-responsabilidades, que vai ganhando contornos administrativos específicos independentemente das questões políticas e econômicas. Por um lado, um

congregado de condutas e procedimentos burocráticos se instaura de forma a reduzir a liberdade de dirigentes; mas por outro lado, o Estado obtém força sobre demais campos da vida social neste mesmo processo, vindo a se tornar um metacampo (Bourdieu, 2005; Bourdieu, 1993). Dessa forma, o Estado é regido por regulamentos administrativos, voltados aos interesses públicos, mas é alvo de disputa por seus agentes, ou seja, um metacampo desejado para responder a interesses pessoais (Bourdieu, 2005).

A partir dessa constatação, Starepravo (2011) propõe que o Estado seja visto como um campo político/burocrático – um campo em que os agentes agem politicamente (motivações particulares) e burocraticamente (pelas ferramentas administrativas visando o bem público).

O capital público acumulado por aqueles que ocupam posições de comando no campo político/burocrático nada mais é do que o próprio capital político potencializado pela posição do ocupante. E a busca pela conquista e acúmulo desse tipo de capital parece condicionar grande parte da ação dos agentes. (Starepravo, 2011 p. 251).

Considerar o campo estatal como um campo político/burocrático faz sentido quando percebemos que estes dois tipos de capital primordialmente movimentam a máquina estatal brasileira. Mas não devemos esquecer que o Estado é um grande setor do “campo do poder”, um metacampo que acumulou, ao longo do tempo, uma série de capitais para além do político e burocrático, e que atuam de maneira articulada entre si (Bourdieu, 2014; Bourdieu, 2005).

A análise do metacampo estatal, enquanto espaço social delimitado que valoriza e se utiliza, de maneira relevante, do capital burocrático e político para funcionar, auxilia-nos a compreender os “atos de Estado”, conhecer as molas e engrenagens que são mobilizadas para se produzir as políticas estatais, e revelar a “magia do Estado” (Bourdieu, 2014; Starepravo, 2011) – a força que possui para descrever o mundo social e definir sua organização, por meio da mobilização de recursos jurídicos e oficiais (Dubois, 2015).

A sociogênese

Bourdieu reconheceu a possibilidade de analisar as estruturas que influenciam as origens de um campo ou mesmo de políticas, ou seja, desvelar as intenções e os objetivos iniciais que atuaram sobre a gênese desses objetos sociais, e traçar uma linha histórica que permitisse compreender a permanência ou alteração das estruturas e dos valores em jogo, associadas ao contexto histórico e social vigentes. Desse modo, seria possível entender de que maneira estes valores contribuíram com o delineamento final dos objetos sociais, considerando evidentemente as relações entre os agentes envolvidos no processo. Chamado por Bourdieu de sociogênese, este seria o meio para analisar os processos sócio-históricos pelos quais as ideias dos sujeitos são produzidas e são reprodutoras de estruturas sociais, e como ocorrem as forças de dominação entre grupos sociais (Bourdieu, 2014).

No Brasil, há alguns trabalhos de análise sócio-histórica sobre a emergência de políticas públicas, tais como o de investigação de políticas voltadas ao HIV/AIDS (Barros, 2013) e ao esporte e lazer (Starepravo, et al., 2015). Há ainda estudos voltados: à alimentação do trabalhador (Souza, 2013a); à constituição de instituições e movimentos sociais (Magalhães, 2010; Rodrigues, 2009); à emergência e desenvolvimento do espaço social da avaliação em saúde no Brasil (Furtado, et al., 2014); e a pesquisa que realizou breve análise sócio-histórica sobre dois museus brasileiros (Setton, 2017). Estudos internacionais analisaram a emergência e organização de políticas de saúde, tal como o já referido estudo de Pinell (2010), a determinação da velhice como problema social e objeto de intervenção de políticas públicas (Lenoir, 1996), a constituição de um bairro português associada à política de habitação (Pereira, et al., 2004), e a gênese da saúde coletiva brasileira (Vieira da Silva, et al., 2014), não havendo ainda pesquisas que reconstruíram a sociogênese de serviços de saúde voltados à população em situação de rua.

A sociogênese exige a busca de dados que revelem as forças que atuaram e impulsionaram agentes e/ou instituições durante o processo de elaboração e estabelecimento de uma dada iniciativa, e as crenças que os influenciaram (Bourdieu, 2010). Consideraremos o que Bourdieu chama de “amnésia da gênese”, ou seja, os esquecimentos causados pelas disputas iniciais nos processos de institucionalização, que podem ser ideias abandonadas, agentes excluídos e propostas iniciais superadas.

Tal amnésia, quando estamos lidando com o Estado, refere-se a seu poder simbólico em naturalizar ideias, ocultando muitas vezes os conflitos originais, evidenciando certas definições, algumas vezes arbitrárias, que hoje estão sob a forma de *doxa*, de crenças fortemente admitidas. Assim, analisar a gênese nos permite escapar ao poder simbólico que o Estado nos impõe e que impede que o pensamento científico transcorra sem amarras. É um meio de trazer luz ao que foi legitimado e ao que foi esquecido ao longo do processo histórico da estruturação das leis e mecanismos estatais (Bourdieu, 2014). Será possível entender os conflitos e negociações que levaram a estabelecer apenas um caminho possível, que resultou na formulação atual do objeto (Bourdieu, 2007a).

Pinell (2010) utilizou a análise sócio-histórica para reconstruir a dinâmica dos grupos envolvidos na gênese de quatro políticas de saúde na França, determinando os fatores presentes nesses processos. Suas pesquisas identificaram as condições que levaram ao reconhecimento do Estado de que certas doenças deveriam ser vistas como problemas sociais e, a partir de então, assumir a responsabilidade pelo planejamento de intervenções sobre elas. Segundo as investigações de Pinell, os processos que desencadearam as políticas pesquisadas foram constituídos por uma série de arranjos e negociações que alteraram por diversas vezes as propostas políticas, sendo finalmente definidos como respostas oficiais do governo sobre os problemas de saúde em foco.

Estes acordos, colaborações e confrontações que resultam na formulação de uma política ou ação estatal ocorrem dentro de instâncias dos governos, mas são provenientes de disputas entre agentes internos e externos ao Estado. Burocratas e políticos confrontam e negociam com militantes e representantes de instituições. Além disso, diferentes ministérios buscam impor suas ideias e necessidades, como um cabo de guerra na luta por financiamentos ou mesmo pela gestão de uma política – ministérios estes que são vestígios de disputas anteriores. Como um corpo que possui dois braços, os ministérios podem ser divididos entre a mão direita e mão esquerda do Estado – entre os ministérios financiadores e repressores, e os ministérios gastadores, geralmente ligados à atuação social (Bourdieu, 2014). Contradições serão muitas vezes observadas entre os agentes estatais da mão esquerda, por exemplo quando servidores das políticas sociais sofrem de maneira pessoal diante das exigências por cortes de

gastos e da precariedade de serviços e ministérios, resultante de decisões dos setores financiadores, que anseiam pelo controle dos gastos (Bourdieu, 2012a; Bourdieu, 1998). Uma imagem mitológica associada ao Estado, enquanto entidade influenciada e reprodutora dos interesses do mercado, é a do centauro: libertador e colaborador no topo, quando auxilia nos processos de acumulação de recursos para os concentradores de capital econômico e cultural, mas é restritivo e penalizador em sua base, diante das classes dominadas (Wacquant, 2012).

Outro autor que trata das interações entre agentes do Estado, inspirado nos estudos de Bourdieu, é Vincent Dubois. Segundo ele, se toda a mobilização ocorrida no Estado é resultado de interações entre agentes, então os processos que seriam considerados, a princípio, como apenas uma conjuntura de sorte, são na verdade produto das relações de forças internas aos campos envolvidos num debate político específico. As intenções dos agentes convergem por meio de coalisões negociadas entre representantes de diferentes grupos, campos e frações de campos. Um governo não seria capaz de fazer e desfazer as determinações produzidas dentro dos campos, mas sim em organizar e orquestrar os diferentes interesses, e, então, influir simultaneamente em vários campos. Esta influência do governo pode se dar por meio da distribuição de posições de poder entre os agentes (inserindo-os em comissões e comitês), ou ao manter-se como referência legítima sobre determinadas questões da vida (Dubois, 2015).

Um dos desafios da análise de mobilizações dentro de espaços estatais seria superar a fragmentação entre o estudo da inter-relação dos recursos políticos e as lógicas sociais a que eles estão imersos. Tais recursos só possuem determinadas propriedades diante de contextos que os valorizem e não são facilmente convertidos em recursos valorizados em outros espaços sociais. Como exemplo, teríamos os agentes de partidos políticos, que frequentemente encontram desafios em converter capitais acumulados ao longo da militância em capitais capazes de produzir políticas efetivas. Nesse sentido, devemos tomar a análise dos capitais de maneira articulada às conjunturas políticas e sociais (Dobry, 2014).

Um outro desafio na análise das mobilizações e, em específico, do processo de construção da sociogênese seria, conforme Pinell (2010), desmascarar as definições institucionais dessa problemática social, as classificações e definições muitas vezes

bem estruturadas que se impõem sobre todos os agentes, incluindo o pesquisador. Com isso, o autor desenvolveu determinadas categorias que auxiliaram no estudo da gênese de nosso objeto:

- O reconhecimento pelo Estado da necessidade de desenvolver intervenções específicas para a resolução dos problemas que não tiveram solução por medidas anteriormente tomadas;

- A consequente responsabilização do Estado diante da identificação de um problema existente e da ineficácia das práticas institucionais e das políticas de intervenção existentes;

- A necessidade de se estabelecer alianças entre os diferentes agentes e grupos sociais que possuam interesses sobre determinado problema, buscando proporcionar a elaboração de uma definição comum, mesmo que tenham pontos de vista diferentes;

- As negociações para tal aliança poderão gerar conflitos, considerando-se a concorrência entre os grupos para que se prevaleça seus pontos de vista sobre a construção do entendimento a respeito do problema social;

- Tais negociações para a definição do problema serão fruto da dinâmica de um jogo social, constituído por diversas estratégias executadas pelos diferentes grupos de agentes com interesse em sua definição como um problema social. Dessa forma, o entendimento sobre o problema será mais restrito ou mais amplo conforme o nível da concorrência entre os grupos em disputa;

- Com a superação dos conflitos de interesse, a elaboração do projeto comum seguirá a lógica de se definir o problema de maneira ambígua para que não sejam evidenciadas as contradições já superadas;

- No momento da formulação da política em disputa, haverá uma série de ajustamentos tanto do projeto como das instituições e estruturas já existentes, pois um novo espaço social estará sendo constituído, modificando o equilíbrio do que já estava estabelecido. Além do fato de que, ao entrar na esfera pública, uma série de pressões irão se voltar à apresentação dessa nova política como fruto do interesse coletivo.

No que se refere à evolução das políticas de saúde, esse processo seria consequência da dinâmica de um jogo social permeado por algumas questões: os avanços da medicina e da ordem social sobre tal problema; os resultados da implantação da política, que poderão levar à criação de novas instituições, novas

estruturas associativas e à criação de grupos profissionais; as mudanças de grupos políticos no governo, que poderão manter ou criar transformações na política; as alterações em outros campos associados à política em questão, com reformas em outros setores, mudanças institucionais, e mesmo alterações na sociedade, como guerras ou transformações nas estratégias de controle social (Pinell, 2010).

Para se entender as determinantes presentes nos agentes, devemos recorrer ao conceito de trajetória, aqui entendido como a análise da série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente em um espaço ou campo (Bourdieu, 1996). Importa-nos analisar os agentes que travaram as batalhas simbólicas e as estratégias usadas, de forma a clarear os jogos de força ocorridos entre diferentes grupos (gestores, políticos, técnicos dos serviços e as PSRs), assim como as representações que dominam as ações e costumes, e acabam por determinar direitos a uns e não a outros, como proposto por Lenoir (1996). Os agentes a serem considerados são aqueles que tiveram ou têm algo a ver com o problema a ser investigado, e que possuem determinado poder sobre essa questão. Deve-se levar em consideração as propriedades que os agentes necessitam para ter importância e gerar efeitos sobre esse campo. A partir disso, reconstrói-se, por meio da investigação da produção burocrática e da entrevista de agentes, o espaço objetivo, um esquema que demonstre a estrutura do campo estudado – os jogos de força, os equilíbrios e desequilíbrios, as divisões dentro desse campo, elaborando-se, por fim, uma crônica. Os bons informantes são aqueles que estão dentro do campo, que participaram de encontros, comissões etc. (Bourdieu, 2014).

Em especial, devemos considerar a formação das comissões: qual sua composição, quando foram criadas, a o que elas objetivam? As comissões são criações históricas que visam cumprir funções específicas, criar definições e respostas legítimas a um problema público, e assim afetar as políticas, como uma encenação dos atos oficiais que irão, por fim, produzir atos de Estado. Cabe identificar como ocorreram as escolhas para a definição dos seus participantes, pois o jogo já pode estar pré-definido através da escolha de seus membros. No fim, a comissão produzirá “um ponto de vista sem ponto de vista” (p. 61), será encabeçada por um grupo de pessoas com acúmulos consideráveis na área, de forma a parecer uma comissão acima de interesses e conflitos (Bourdieu, 2014).

Geralmente nos processos de produção de políticas são identificados agentes inovadores, pessoas com considerável importância no jogo, que acumulam diversas propriedades, até algumas improváveis, no campo estudado. São agentes que terão capacidades técnicas e acadêmicas, e que ao longo de suas trajetórias transitaram em diferentes setores e, com tais recursos, conseguem obter reconhecimento no campo burocrático. Cabe aos estudo sócio-histórico elucidar tais agentes e verificar suas influências, que são geralmente decisivas (Bourdieu, 2014).

CAPÍTULO IV. UNIDADES MÓVEIS DE SAÚDE PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA – UMA ANÁLISE COMPARADA¹

Garantir o acesso também aos grupos vulneráveis tem se constituído objetivo de alguns dos sistemas de saúde contemporâneos, fato que tem justificado o desenvolvimento de novas modalidades de atenção para além das baseadas em unidades fixas (Massignam, et al., 2015). Apresentamos neste capítulo descrição e análise de propostas dirigidas para pessoas em situação de rua em Portugal, Estados Unidos (EUA) e Brasil, denominadas, respectivamente, de Equipes de Rua, Clínicas Móveis de Busca Ativa e Consultório na Rua.

É da ordem de milhares o número de PSR no Brasil, Estados Unidos e Portugal (META, 2008; Estados Unidos da América, 2013a; Pereira, et al., 2014), onde são identificados problemas de acesso e continuidade dos tratamentos de saúde por inadequação dos serviços às particularidades desse grupo (Portugal, 2009; Post, 2007; Brasil, 2012a) e pelo estigma de que são vítimas, inclusive por parte de trabalhadores (Borysow, et al., 2014). Frente a esses desafios, alguns países têm adotado as estratégias de busca ativa e itinerância para superar limitações do modelo de demanda espontânea a esse grupo (Lemke, et al., 2010). Tais estratégias caracterizam-se pelo deslocamento das equipes no território de modo a alcançar pessoas refratárias ou inadequadas às redes de saúde (Lemke, et al., 2011), superando barreiras ao acesso nos serviços convencionais (Borysow, et al., 2013; Varanda, et al., 2004; Mattos, 2006).

Inúmeras questões emergem das propostas de cuidados itinerantes, tanto de caráter político como técnico e institucional. No Brasil, os Consultórios na Rua totalizam 129 unidades (Brasil, 2017) e apesar de sua expansão numérica e complexidade das ações, a quantidade de estudos sobre o tema é ainda restrita (Almeida, 2014; Pacheco, 2014; Londero, et al., 2014; Pereira-da-Silva, 2016; Hallais, et al., 2015; Alecrim, et al., 2016; Medeiros, 2016; Davel, et al., 2016; Engstrom, et al., 2016; Ferreira, et al., 2016). Buscamos contrastar o que há de comum e de diverso entre as normativas voltadas ao cuidado itinerante em saúde das PSRs, relacionando o contexto socioeconômico e institucional dos países. Também objetivamos evidenciar

1 Texto publicado como artigo revista *Ciência & Saúde Coletiva* em março de 2016. Apresentamos versão ajustada para a tese.

contribuições e limitações das iniciativas à equidade em saúde de sua população-alvo, ou seja, analisar o investimento e a organização dos sistemas e serviços no tratamento diferenciado e justo a uma população que vivencia desigualdades (Vieira da Silva, 2009), como as PSRs. Diante da ausência de estudos comparados sobre esse objeto, situaremos a proposta brasileira numa perspectiva internacional comparada, de modo a que a experiência de outros países represente um espelho analítico (Fleury, 2006) e ofereça elementos úteis para a transferência de conhecimentos nesse campo (James, et al., 2003) e subsídios para futuros estudos.

Método

Trata-se de um estudo múltiplo de casos (Yin, 2015) que tem a comparação como recurso analítico (Conill, 2006). Delineamos o foco sobre as iniciativas itinerantes para PSRs de Portugal, dos Estados Unidos da América e do Brasil. A opção pelos EUA se deu pelo pioneirismo na oferta desse tipo de serviço e o volume de publicações indexadas sobre o tema; e Portugal pela proximidade cultural e semelhanças entre os princípios e desenho organizacional do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS) com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Definimos como unidades de análise as propostas dos governos federais relativas aos serviços móveis, levando em conta a situação sociopolítica dos países e os seus sistemas de saúde (Conill, 2011). Definimos três categorias descritivas: contexto, características do sistema de serviços e das unidades. O primeiro utiliza um conjunto de indicadores que funcionam como aproximações (variável *proxy*) para situar os principais fatores que influenciam a situação de saúde – indicadores demográficos, socioeconômicos e perfil epidemiológico. Incluímos neste item os indicadores de problemas de saúde com maior prevalência entre as PSRs, tais como uso problemático de álcool e outras drogas (Goering, et al., 2002; META, 2008; Brasil, 2012a), transtornos mentais (North, et al., 1998; Cauce, et al., 2000; Heckert, et al., 2002), HIV/AIDS (National Coalition for the homeless, 2009; Brasil, 2012a) e tuberculose (Brasil, 2011a; Bamrah, et al., 2013; Duarte, et al., 2013; Estados Unidos da América, 2013b; Paulino, et al., 2016) – considerando a pouca quantidade de dados específicos de saúde das PSRs em Portugal e no Brasil. Também contemplamos

estimativas das PSRs sendo, no entanto, necessário considerar os limites de sua validade pela difícil operacionalização e uso de distintas metodologias (META, 2008; Estados Unidos da América, 2013a; Pereira, et al., 2014).

A descrição do contexto apresenta uma síntese da trajetória histórica dos sistemas de saúde, situando a opção político-institucional frente à proteção social em saúde predominante em cada país. Na operacionalização das características dos sistemas foram priorizados acesso, cobertura, organização e gestão dos serviços e o modo de financiamento, conforme expressos no marco normativo e legal (Conill, 2006; Carrinho, 2012). As unidades móveis foram descritas conforme sua concepção, modelo de atenção e financiamento.

O trabalho se apoia em revisão bibliográfica e documental, considerando leis, portarias governamentais e cartilhas do setor saúde, dentre outros. Para a identificação de artigos científicos foram utilizadas as bases SciELO, PubMed e Google Acadêmico com as seguintes combinações de termos: “*mobile out reach services*” and “*homeless*”, “*mobile health*” and “*homeless*”, “*mobile unit health service*” and “*homeless*”, “*saúde*” and “*morador de rua*”. A análise sistematiza semelhanças e diferenças entre as propostas das unidades móveis, fundamentando-se na teoria da convergência/divergência entre os sistemas contemporâneos (Saltman, 1997; Conill, 2006).

Resultados

Portugal e as Equipes de Rua

Em 2013, a população estimada para Portugal era superior a 10 milhões de habitantes, com um perfil demográfico marcado por baixa fertilidade e envelhecimento populacional (OECD, 2016). Neste mesmo ano, foram contadas aproximadamente 5.000 PSRs, 0,04% da população total (Pereira, et al., 2014). Em Lisboa, o levantamento de 2015 identificou uma maioria de homens portugueses solteiros, divorciados ou viúvos, com baixa escolaridade e sem formação profissional (RTP, 2015). O Produto Interno Bruto (PIB) por habitante é de US\$ 22.080 com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto, e um Índice de Gini de 36.041

(PNUD, 2014). Ao ingressar na União Europeia em 1986, Portugal teve um período de melhoria dos indicadores socioeconômicos, mas que retrocederam a partir de meados de 2009 com o agravamento da crise financeira nesse espaço geopolítico, aliado às políticas sociais de austeridade (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

O SNS foi criado em 1979, fundamentado na garantia de acesso universal, financiamento por fontes fiscais e descentralização de parte das responsabilidades na prestação de cuidados para as Administrações Regionais de Saúde (ARS); mas o SNS iniciou com baixo financiamento, pouco desenvolvimento de serviços próprios e problemas no acesso. A partir de 1990, ocorreu uma maior participação do setor privado no SNS num contexto internacional de acirramento do modelo neoliberal (Santos, 2012).

Gradativamente, houve favorecimento ao modelo de atenção primária, mas a despeito de seu bom desempenho (Santos, 2012; Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2014), sua implantação foi reduzida com a crise econômica recente. Em 2013, o gasto continuava predominantemente público (66% do total), com crescente aumento dos gastos privados (*out of pocket* e seguros) (OECD, 2013b). Como resultante dessa conjuntura, há hoje três subsistemas de saúde em Portugal: o SNS, os seguros de certas categoriais profissionais e os seguros privados.

Alguns indicadores de saúde de Portugal estão próximos à média dos demais países da *Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)*, enquanto outros – como a mortalidade por doença cerebrovascular, atenção em saúde mental e, principalmente, a prevalência de HIV/AIDS – mostram uma situação desfavorável no conjunto dos países europeus (OECD, 2011; Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2014). Além disso, em 2012, 2,7% da população havia declarado ter utilizado algum tipo de droga nos últimos 12 meses, excluindo álcool e tabaco (MS Portugal, 2014) e em 2013 foi verificada alta taxa de consumo de álcool por pessoa ao ano (OECD, 2013a). Foram estimados poucos casos de tuberculose em 2014 (WHO, 2014) e a taxa de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos sobre a carga global de doenças atingiu 25,6% (WHO, 2011).

Os índices de HIV/AIDS e de uso de substâncias psicoativas têm sido argumento para implementação de equipes itinerantes de saúde desde 2001, como as

Equipes de Rua (ER), voltadas aos usuários de drogas (Portugal, 2001; Barros, et al., 2011; Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2014). Porém, o aumento de PSRs no país também preocupou as autoridades e a população, o que levou à criação, em 2006, de um grupo interinstitucional que elaborou a “Estratégia Nacional para Integração de Pessoas Sem-Abrigo” (ENIPSA) (Portugal, 2009). A ENIPSA considerou a ER como principal meio de aproximação, acompanhamento e encaminhamento das PSR para demais pontos da rede, a fim de oferecer cuidados primários.

As propostas para as ER de Portugal foram reorganizadas em 2013 por meio da criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), responsável pelos programas de saúde ligados a tal temática (Portugal, 2011; Portugal, 2013). O financiamento das ER seria de origem pública federal, complementado com recursos das instituições sociais que executariam o serviço (Portugal, 2013). Divulgar informações, utensílios e programas para a redução de danos e riscos, interagir com os consumidores, realizar encaminhamentos conforme as necessidades e o oferecimento de primeiros socorros são as ações previstas para as ER (Portugal, 2001). Estas equipes podem utilizar ou não veículos, sendo compostas por profissionais contratados e voluntários. Atualmente as ER recebem financiamento do governo federal através de chamadas públicas lançadas pelos municípios, para atuações focais.

Os EUA e as Clínicas Móveis de Busca Ativa

País de grande extensão territorial com uma população estimada em mais de 320 milhões de habitantes (United States Census Bureau, 2015), os EUA contabilizaram 610.042 PSRs em 2013 (Estados Unidos da América, 2013a), o que significava 0,20% da população. Um aumento significativo nesse número foi observado na década de 1970 com a desospitalização de pacientes psiquiátricos e novo acréscimo ocorreu após os cortes de programas sociais nos anos 1980 (Donohoe, 2004). O que se verificou em 2013 foi uma grande maioria de homens com mais de 25 anos e 42,17% das pessoas com transtornos mentais graves e/ou distúrbios relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Estados Unidos da América, 2013a).

O país apresenta um elevado PIB/per capita, IDH de 0.915 e Gini de 41.1. Em 2013, o gasto per capita em saúde era o dobro da média dos países integrantes da *OECD*, predominantemente privado (em torno de 52%). Tanto a mortalidade infantil quanto os anos potenciais de vida perdidos são superiores ao estimado para Portugal (OECD, 2013b; OECD, 2012; OECD, 2015; PNUD, 2014).

Ao longo do século XX, o sistema de saúde dos EUA se estruturou por um modelo empresarial e filantrópico com predomínio do financiamento e da prestação privada de serviços. Embora haja autonomia dos Estados americanos na coordenação do setor (Costa, 2013), o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services – HHS*) gerencia toda a rede de cuidados, regulando planos e serviços privados. Em 1965, foram criados dois subsistemas, o *Medicaid* e o *Medicare*. O primeiro tem caráter assistencial, voltado às pessoas de baixa renda, contando com subsídios federais; o segundo é um seguro social financiado por fontes fiscais e contribuições salariais para cobertura de pessoas com mais de 65 anos ou que apresentem morbididades específicas.

O *HHS* também administra programas para outros grupos específicos, como veteranos de guerra e crianças de baixa e média renda (Costa, 2013). Em 2010, 49% dos americanos tinham cobertura de um seguro patrocinado pelo empregador, 17% do *Medicaid*, 12% do *Medicare*, com 16% de indivíduos sem qualquer proteção social em saúde (Noronha, et al., 2014), entre os quais se incluíam as PSRs. A existência de dificuldades no acesso e gastos cada vez mais elevados contribuíram para a aprovação do *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, iniciando a reforma conhecida como *Obamacare* (Estados Unidos da América, 2010). O ACA baseia-se na expansão da cobertura pela obrigatoriedade de possuir seguro privado; aumento da regulação; ampliação de coberturas no *Medicare* e *Medicaid*; reformas no modelo assistencial; entre outras ações (Conill, 2006). Apesar de críticas ao modelo empresarial com intermediação de seguros privados, esta reforma tem ampliado o acesso das PSRs aos serviços públicos (US Interagency Council on Homelessness, 2015; Conill, 2006).

Os indicadores de saúde identificaram alta taxa de infecção por HIV, semelhante a Portugal, em 2009 (OECD, 2011). O consumo médio de álcool foi de 8,8 litros per capital em 2013 (OECD, 2013a). Sobre o consumo de outras drogas, 9,2% da população relatou ter usado algum tipo de substância no último mês, em 2012

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013); e foi registrado reduzido número de casos de tuberculose em 2014 (WHO, 2014). A taxa de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos sobre a carga global de doenças atingiu 30,9% (WHO, 2011).

O uso de clínicas móveis de busca ativa (*mobile out reach clinics*) dirigidas às PSRs teve início nos anos 1970 por iniciativas de governos municipais (Moulavi, et al., 2000). Dada a gravidade da situação das PSRs nos EUA, diversos movimentos sociais pressionaram o governo federal a garantir direitos a esse público, o que levou à criação de uma seção específica para a população de rua na Lei Antiabuso de Drogas (*Anti-Drug Abuse Act*) (Estados Unidos da América, 1986). Em 1987, ainda sob intensa pressão de instituições e movimentos ligados à temática, e a partir da mobilização dos congressistas Stewart McKinney e Bruce Vento, o congresso aprovou a Lei McKinney para Assistência à Pessoa sem Moradia (renomeada depois como *McKinney-Vento Homeless Assistance Act*), que criou emendas ao *Public Health Service Act* para a implementação de serviços voltados às PSRs, incluindo estratégias de busca ativa (Estados Unidos da América, 1987; National Coalition for the homeless, 2009). A Lei McKinney-Vento não direciona a organização das equipes móveis, indica apenas constituírem serviços de atenção primária que podem ser complementados por equipes específicas voltadas ao tratamento de dependência química e transtorno mental.

Estudo realizado entre os anos de 2006 e 2007 (Post, 2007) demonstrou que a grande maioria das equipes investigadas utilizavam veículo próprio e o financiamento advinha de fundos federais, municipais e de corporações. Elas eram formadas por diversas categorias profissionais e em pouco mais da metade delas estava presente um médico (Post, 2007). Atualmente, diversos elementos apontam uma sinergia de políticas no enfrentamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelas PSRs. A implementação do ACA ampliou os critérios para inclusão no *Medicaid* e facilitou o financiamento de experiências inovadoras. Estas ações contribuíram para que desde 2010 ocorresse um decréscimo das PSRs, apesar do contexto de recessão no país (US Interagency Council on Homelessness, 2015).

Também houve articulação de redes institucionais nacionais junto ao governo federal, tais como a *National Coalition for the Homeless* e a *National Alliance to End*

Homelessness (National Coalition for the Homeless, 2016; National Alliance to End Homelessness, 2016), que atuam como mobilizadoras de ações políticas e oferecem capacitação para diversas instituições públicas e privadas executoras de serviços para PSR espalhadas pelo país.

O Brasil e o Consultório na Rua

Com uma população estimada em 200 milhões de habitantes (DATASUS, 2008), a contagem de PSRs resultou em aproximadamente 50.000 em 2008, ou seja, 0,02% da população brasileira daquele ano (META, 2008). A grande maioria eram homens afrodescendentes com baixa escolaridade, que associavam a ida às ruas ao consumo problemático de álcool e/ou outras drogas e ao desemprego, somados às divergências familiares (META, 2008). Em 2013, o Brasil apresentou PIB/per capita bem abaixo dos EUA e Portugal, e um Índice de Gini bem acima da média dos países da OECD (OECD, 2012), porém seu IDH o posicionou na 75ª posição no ranking do Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014 (PNUD, 2014). O gasto per capita em saúde nesse mesmo ano foi muito abaixo dos países em estudo e os anos potenciais de vida perdidos foram muito superiores aos encontrados em Portugal e Estados Unidos (OECD, 2013a) (Tabela 1).

Com o advento da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito de cidadania no Brasil, assegurado através do SUS (Bahia, 2005), cujo objetivo é oferecer uma cobertura universal, integral e equitativa por meio de redes organizadas de serviços, sob gestão compartilhada entre a esfera federal, estadual e municipal do governo (Brasil, 1988a). No entanto, o baixo financiamento público decorrente da agenda neoliberal da década de 1990 fomentou uma expansão importante de planos privados de saúde. Tanto do ponto de vista do financiamento como da prestação dos serviços, o sistema de saúde brasileiro pode ser considerado híbrido, constituído por três subsistemas: o SUS, financiado com recursos do Estado e de acesso universal com ênfase na atenção primária; um subsistema privado, podendo ter fins lucrativos ou não, mantido com recursos públicos e privados; e o subsistema suplementar composto de diversos tipos de planos privados, que também recebe subsídios fiscais (Bahia, 2005; Paim, et al., 2011).

Em 2009, 0,31% da população vivia com HIV/AIDS (OECD, 2011). No ano de 2013 foi consumida uma quantidade menor de litros de álcool por pessoa que nos outros dois países (OECD, 2013a), mas no ano de 2005, 10,3% da população havia declarado ter consumido algum tipo de droga, excluindo álcool e tabaco, nos últimos 12 meses (Duarte, et al., 2005). A alta incidência de casos de tuberculose em 2014 (WHO, 2014) posicionou o país na lista de acompanhamento da Organização Mundial de Saúde. E foi calculado índice de 20,3% de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos na carga global de doenças (WHO, 2011).

As estratégias em saúde para as PSRs surgiram de experiências municipais entre os anos 1980 e 2000, algumas relacionadas à atenção primária e outras voltadas aos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua (Carneiro-Junior, et al., 2010; Canônico, et al., 2007; Nery-Filho, 2012). A partir de 2007, o Ministério de Desenvolvimento Social articulou-se com outros ministérios (Ministério das Cidades, da Educação, Saúde, Justiça, Trabalho e Emprego, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União), com trabalhadores da área e movimentos populares, o que resultou na produção da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (Brasil, 2008). A partir desse documento, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu um plano emergencial para fortalecer e expandir os chamados Consultórios de Rua, serviços móveis itinerantes de assistência inspirados nas estratégias de redução de danos e tratamento à dependência química (Brasil, 2009).

Dois anos depois, o MS reorganizou a Rede de Atenção Psicossocial, articulando-a com os serviços da atenção básica, e remodelou o antigo Consultório de Rua para o “Consultório na Rua” (CnR), que passou a compor a atenção primária (Brasil, 2011b). Em 2012 foram estabelecidos parâmetros para a implantação dos CnRs e critérios para o número de equipes conforme a população dos municípios (Brasil, 2012b; Brasil, 2012c), e posteriormente foram redefinidos os valores de incentivo e o rol das categorias profissionais que integrariam as equipes (Brasil, 2014a; Brasil, 2014b).

O CnR é um serviço multiprofissional de atenção primária às PSRs. Inclui o cuidado ao uso problemático de álcool e outras drogas por meio da busca ativa e do compartilhamento de ações com demais pontos da rede e outros setores. Sua implantação é obrigatória conforme o número de PSRs identificadas nos municípios.

Foram definidas três modalidades de equipes, sendo que apenas a modalidade III prevê a inserção de médicos (Brasil, 2014a).

A Tabela 1 e os Quadros 1 e 2 sintetizam os principais elementos encontrados na comparação entre os contextos, as características dos sistemas e das unidades móveis nos países analisados.

Tabela 1 - Indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde: Portugal, Estados Unidos e Brasil

Indicadores/países	Portugal	Estados Unidos	Brasil
População, censos 2010	10.562.178	308.745.538	190.732.694
População estimada, 2015	10.427.301 (2013)	321.865.400	204.881.900
População em situação de rua	Aprox. 5.000	610.042 (2013)	Aprox.
Porcentagem em comparação à população total estimada para o ano referido	(2013) 0,04%	0,20%	50.000(2008) 0, 026%
Produto Interno Bruto per capita, 2013 (US\$)	22,080.90	54,629.50	11,384.60
Índice de Desenvolvimento Humano, 2014	0,830	0,915	0,755
Índice Gini	36,0 (2012)	41,1 (2013)	52,9 (2013)
Taxa de fertilidade, 2013	1,21	1,86	1,8
Anos potenciais de vida perdidos por 100.000 habitantes – APVP, 2010	3492	4629	7576
APVP definidos por mulheres / homens, 2010	2230 / 4841	3447 / 5814	5037 / 10216
Taxa de contribuição dos distúrbios neuropsiquiátricos na carga global de doença, 2008	25,6%	30,9%	20,3%
Consumo de álcool por pessoa ao ano, 2011	10,3 litros	8,8 litros	7,3 litros
Taxa de pessoas que consumiram alguma droga (exceto álcool e tabaco) no último ano, em 2012 (Brasil, 2005)	2,7%	9,2% (último mês)	10,3% (2005)
Taxa de pessoas infectadas por HIV/AIDS, 2009	0,40%	0,39%	0,31%
Incidência de casos de tuberculose a cada 100.000 habitantes, 2014	25	3	44

FONTE: (Brasil, 1988a; Bahia, 2005; Conill, 2006; Estados Unidos da América, 2010; Estados Unidos da América, 2013b; Paim, et al., 2011; Portugal, 2011; Santos, 2012; Costa, 2013)

Quadro 1 - Síntese da caracterização das unidades móveis de saúde para pessoas em situação de rua.

	Caracterização dos sistemas de saúde		
	Tipo de sistema/ cobertura	Organização e gestão dos serviços	Financiamento (2013)
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema nacional de saúde – SNS. - Cuidado universal e integral como direito de cidadania. - Seguros para determinadas categorias profissionais e seguros privados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços públicos oferecidos nos três níveis de atenção através de serviços próprios, parcerias público-privadas e entidades privadas. - SNS fiscaliza serviços públicos e privados. - 5 ARSs responsáveis pela operacionalização e transferência de recursos, incluindo para as Unidades de Saúde Familiar. - Setor privado oferece serviços especializados, hospitalares e alguns procedimentos de alta densidade tecnológica. - Não há política específica de saúde para as PSRs, apenas propostas de adaptação sugeridas pela ENIPSA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fontes fiscais - Gasto total per capita: US\$ 2,514 - Público: 66,56% - Privado: 33,44%
EUA	<ul style="list-style-type: none"> - Empresarial permissivo ou pluralista de mercado. - Obrigatoriedade da vinculação a um seguro privado para garantia de cuidados, com subsídios federais. - Aposentados, portadores de algumas doenças crônicas, população de baixa renda cobertos por <i>Medicare</i> (seguro público) e <i>Medicaid</i> (assistência). - Subsistemas públicos para indígenas, crianças, militares e servidores civis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de serviços fragmentada através de seguros privados ou subsistemas públicos. - Rede mais voltada às especialidades, atenção hospitalar e, com alta incorporação tecnológica. - Governo federal (<i>DHHS</i>) administra seguro público (<i>Medicare</i>) e regula seguros privados; governo estadual administra <i>Medicaid</i>; seguros privados gerenciam a prestação dos serviços que asseguram (<i>managed care</i>). - Há políticas de saúde específicas para PSRs incluídas no <i>McKinney-Vento Act</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fontes fiscais, contribuições patronais e de trabalhadores, orçamento direto das famílias. - Gasto total per capita: US\$ 8,713 - Público: 48,18% - Privado: 51,72%
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Único de Saúde – SUS, sistema público de acesso universal, integral e gratuito, como direito de cidadania. - Subsistema privado constituído por serviços e seguros privados regulados e subsidiados pelo governo federal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de atenção primária oferecidos principalmente pelos municípios; Estados garantem atenção hospitalar e alguns serviços especializados; a União serviços de alta complexidade. - Organização em três níveis de cuidados: atenção básica, média e alta complexidade. - Estabelecimento de redes coordenadas de atenção nas áreas de obstetrícia e especialidades prioritárias. - Gestão compartilhada entre níveis de governo, estímulo à regionalização através de Comissões Intergestores Regionais (CIRs). - Rede privada oferece serviços suplementares voltada às especialidades, exames complementares e atenção hospitalar, com alta incorporação tecnológica. - Há políticas de saúde específicas para a PSR, em especial nos documentos de Atenção Básica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fontes fiscais, seguros privados com financiamento patronal, de trabalhadores e direto das famílias com subsídios federais (renúncia fiscal). - Gasto per capita: US\$ 1, 471 - Público: 48,20% - Privado: 51,80%

FONTE: (Brasil, 1988a; Bahia, 2005; Conill, 2006; Estados Unidos da América, 2010; Estados Unidos da América, 2013b; Paim, et al., 2011; Portugal, 2011; Santos, 2012; Costa, 2013)

Quadro 2 - Síntese da caracterização das unidades móveis de saúde para pessoas em situação de rua.

	Caracterização das unidades móveis para PSRs		
	Concepção	Organização e gestão dos serviços	Financiamento
Portugal – Equipes de Rua	<ul style="list-style-type: none"> - Redução de danos no uso problemático de substâncias psicoativas, atuando como mediadora entre os usuários nos locais de consumo e a rede de saúde. - Prevista articulação com outros setores por meio do Núcleo de Planejamento e Intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços oferecidos: informações, utensílios e programas para redução de danos e riscos, interação com os consumidores, realização de encaminhamentos conforme as necessidades, oferecimento de primeiros socorros diante de situações de emergência e negligências. - Não foram definidas modalidades profissionais para atuar. - Integrantes podem ser contratados ou voluntários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Público e privado. - Governo federal define a percentagem de custeio de fundo público, a ser complementada pela instituição que executará o serviço.
EUA – Clínicas Móveis de Busca Ativa	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção primária incluindo cuidados aos usuários de substâncias psicoativas. - Articula acesso aos demais pontos da rede de saúde e serviços de outros setores quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços oferecidos: podem variar conforme a composição das equipes. - Não há definição para as categorias profissionais, mas devem respeitar o modelo de atenção primária e de tratamento ao uso abusivo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamento público, podendo ser complementado com verba privada via corporações. - Governo federal avalia percentagem de pagamento, mas governo local necessita financiar pelo menos 25% do custo total do serviço.
Brasil – Consultório na Rua	<ul style="list-style-type: none"> - Concepção voltada à atenção primária em saúde e redução de danos. - Articula acesso aos demais pontos da rede de saúde e serviços de outros setores quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços oferecidos: ações de atenção básica, primeiros socorros, testes rápidos, escuta qualificada, apoio psicológico, busca ativa, atividades educativas e culturais, dispensação de insumos. - Categorias profissionais previstas: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física, profissional com formação em arte e educação, agentes comunitários de saúde, médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamento público. - Governo federal custeia gastos do serviço, exceto o fornecimento de veículo, cuja responsabilidade é da gestão municipal.

FONTES: (Estados Unidos da América, 1987; Portugal, 2011; Portugal, 2013; MS Portugal, 2012; Brasil, 2012b; Brasil, 2012c).

Discussão

Convergências para a redução da iniquidade: objetivos, busca ativa, multiprofissionalidade e redução de danos

Apesar das diferenças estruturais nas políticas de saúde dos países pesquisados, os três reconhecem como problema principal as barreiras no acesso das PSRs aos serviços, implantando estratégias e recursos semelhantes de aproximação e cuidado (Estados Unidos da América, 1987; Portugal, 2001; Brasil, 2012b) (Quadro 1). A busca ativa, seguida de encaminhamento aos demais pontos da rede, demonstra ser estratégia essencial no vínculo e assistência continuada às pessoas nas ruas, com potencial para facilitar o acesso dos serviços pela população (Lemke, et al., 2010; Ferreira, et al., 2016). A abordagem e oferecimento de cuidado frente às questões relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas também foi ação convergente (Estados Unidos da América, 1987; Portugal, 2001; Brasil, 2012b), o que condiz com a alta prevalência no uso de substâncias psicoativas entre as PSRs (como destacaram os censos de PSRs dos EUA e Brasil) e entre a população geral dos três países estudados (Tabela 1).

Identificamos como recurso convergente a constituição das equipes por meio da integração de profissionais de distintas graduações. O efetivo caráter multidisciplinar parece fazer face à complexidade de seu objeto, permitindo a articulação de distintas perspectivas sobre os problemas (Almeida-Filho, 1997; Furtado, 2007). Portanto, as estratégias de busca ativa e redução de danos, associadas ao recurso das equipes multiprofissionais favoreceriam a promoção da equidade pela perspectiva de Vieira da Silva (2009) ao adaptar a mobilidade e ampliar o alcance, o rol de ações e a composição das equipes para as necessidades essenciais da população, e atenuar as barreiras impostas pela desigualdade social, muitas vezes reproduzidas pela própria rede de saúde.

Ações divergentes entre as propostas: modelos assistenciais e intersetorialidade

Nos EUA e no Brasil os serviços móveis originaram-se na assistência aos usuários de álcool e outras drogas (Estados Unidos da América, 1986; Portugal, 2001;

Nery-Filho, 2012), mas houve posterior direcionamento e integração com a atenção primária (Estados Unidos da América, 1987; Brasil, 2012b). Destarte, as ERs portuguesas focalizaram a estratégia de assistência aos usuários de substâncias psicoativas em resposta aos altos índices de HIV/AIDS e uso abusivo de substâncias no país (Hortale, et al., 2000), restrição reforçada pelo último decreto-lei (Portugal, 2013), mesmo com a proposta de ampliação das funções das Equipes de Rua pela ENIPSA (Portugal, 2009). Atuando pela atenção primária, os serviços brasileiros e estadunidenses potencializam a atenção integral em saúde para as PSRs, considerando sua complexidade e as barreiras de acesso identificadas. Oferecem assistência para os problemas mais comuns da população, como, por exemplo, a tuberculose, evitando encaminhamentos excessivos às especialidades. Uma abordagem mais ampla permite melhor vinculação e continuidade aos tratamentos, e cuidado às comorbidades (Nuttbrock, et al., 2003; Hallais, et al., 2015; Ferreira, et al., 2016).

Para os três países, mas especialmente para o Brasil, a atenção primária contribuiria para reduzir morbidades entre os homens, que são a grande parcela entre as PSRs, os que apresentam maiores índices de anos potenciais de vida perdidos (Tabela 1), e os que menos procuram por serviços de saúde no país (Figueiredo, 2005). De outra forma, os serviços propostos pela última legislação portuguesa não atendem às PSRs em geral, as quais necessitam buscar em outros pontos da rede a atenção integral (Nery-Filho, 2012; Silva, et al., 2014). Restringir a modalidade assistencial aqui em foco pode resultar em ações limitadas e estigmatizantes à população-alvo, correndo-se o risco de oferecer assistência apenas para questões urgentes, não promovendo processos de melhoria na qualidade global da saúde (Bento, et al., 2002), e não favorecendo a superação da iniquidade (Vieira da Silva, 2009). Além disso, a ausência de um eixo mais organizado de ações em saúde pode levar à segmentação e/ou sobreposição de estratégias pelas ERs (Gomes, et al., 2011).

A ação intersetorial recebeu maior investimento do governo federal estadunidense, que articulou parcerias intersetoriais e interinstitucionais para o cuidado às PSRs, constituindo uma rede organizada que promoveu a redução no número desse grupo populacional, considerando suas múltiplas necessidades (Estados Unidos da América, 2013a; US Interagency Council on Homelessness, 2015). Tanto o governo brasileiro como o português consideraram a articulação de diversos setores

em suas estratégias nacionais (Brasil, 2008; Portugal, 2009). No entanto, apenas as portarias brasileiras do setor saúde consideraram tal princípio (Brasil, 2012b; Brasil, 2009), sendo que ambos os países não apontaram resultados concretos sobre tal ação até o momento. A intersetorialidade para a atenção às PSRs se constitui numa estratégia imprescindível frente a complexidade de suas demandas, evitando inadequações dos serviços aos seus usuários e promovendo a equidade (Borysow, 2013).

Recursos diversificados e limitações para o enfrentamento à iniquidade

A existência ou não de um automóvel à disposição das equipes nos parece um indicador da efetiva capacidade de acompanhar as pessoas em seus respectivos territórios, uma vez que tal recurso permite o deslocamento dos profissionais e a condução de equipamentos e insumos, além do traslado dos pacientes para outros serviços (Moulavi, et al., 2000; Hallais, et al., 2015). Ao omitir a exigência de um automóvel nas propostas relativas às ERs, a iniciativa portuguesa compromete um dos pilares dessa estratégia, pautada justamente na mobilidade de sua equipe, não contribuindo para a redução da iniquidade diante das dificuldades das PSRs em acessarem os serviços.

Com relação ao financiamento, em Portugal e nos EUA, opera-se pelo compartilhamento dos recursos entre setor público e privado. Porém tais legislações diferem entre si pelo fato de que as ERs portuguesas são terceirizadas, enquanto a legislação norte-americana possibilita tanto a execução do serviço pelo poder público como por terceiros, mesmo sob um sistema fortemente influenciado pela iniciativa privada (Estados Unidos da América, 1987; Portugal, 2001; Portugal, 2013). No caso da proposta brasileira, cabe ao governo federal e aos municípios arcarem com os custos e executar os CnRs (Brasil, 2012b).

A contratação direta pelo órgão público garante estabilidade e favorece a manutenção de vínculos entre estes e os usuários. Já a contratação por meio de instituições privadas permite maior agilidade no recrutamento de profissionais, mas traz o risco da precarização dos vínculos trabalhistas e da insatisfação dos trabalhadores, o que pode afetar a qualidade da atenção (Jorge, et al., 2007). Porém,

mesmo com a vantagem na continuidade do cuidado apresentada por um serviço público, há o desafio de se manter uma equipe em pleno e adequado funcionamento quando inserida num sistema de saúde subfinanciado, como temos visto ocorrer no Brasil (Paim, et al., 2011).

Conclusão

Para além de um produto de decisões técnico-institucionais, políticas de saúde são resultantes de sucessivas mediações entre diferentes agentes, até que ocorra sua expressão operacional em termos de serviços ou programas. Por essa razão, o quadro legal e normativo que descrevemos e comparamos neste capítulo representa apenas uma parte desse panorama. Cada um dos países pesquisados organizou o serviço móvel conforme seu respectivo contexto econômico e político, seus sistemas de saúde e do modo como a problemática das PSRs foi se conformando em cada uma dessas sociedades. No entanto, a perspectiva comparada nos permitiu apontar os principais elementos que compõem intervenções dessa ordem.

O objetivo de melhorar o acesso, o estabelecimento de equipes multiprofissionais, a busca ativa e a assistência frente ao uso problemático de substâncias são comuns às três iniciativas, sugerindo um eixo essencial no cuidado das PSRs. Porém, identificamos divergência entre as estratégias e recursos assistenciais – por um lado, cuidados primários e recurso obrigatório de veículo, e por outro, o oferecimento restrito à redução de danos com uso facultativo de veículo. Há maior potencial para reduzir o tempo de acesso e garantir a continuidade de cuidados se as equipes itinerantes puderem oferecer ações de atenção primária articulados à redução de danos *in loco* como proposto pelas estratégias brasileiras e norte-americanas, resultando em maior equidade. Porém, oferecer toda a assistência possível na própria rua ou especificar serviços apenas para PSRs poderá ocasionar menor frequência desse grupo nas unidades tradicionais, gerando um circuito segregador de assistência (Lester, et al., 2002). Além disso, o excesso de atribuições das equipes associado às frágeis condições de trabalho resultantes das situações encontradas nas ruas, podem levar à simplificação de tarefas pelos trabalhadores, e redução do que poderia ser

oferecido aos usuários dos serviços, mecanizando o cuidado na atenção primária (Lipsky, 2010; Paula, 2011).

O sistema de saúde norte-americano surpreendentemente apresentou propostas de assistência para PSRs com maior integração à atenção primária, quando comparadas à iniciativa portuguesa, que está inserida num sistema orientado pelo modelo primário. Os EUA também indicaram melhor inserção das ações de saúde no âmbito intersetorial em sinergia com medidas de melhoria do acesso pelo ACA.

Os aspectos destacados de cada um dos países estudados provêm de revisão bibliográfica e da análise do quadro legal e normativo. No entanto seriam necessárias novas abordagens metodológicas e um aprofundamento no campo de avaliação de modo a identificar como os aspectos levantados se materializam na prática cotidiana.

CAPÍTULO V. SOCIOGÊNESE DO CONSULTÓRIO NA RUA

Então ele cria uma coisa nova, não dá importância ao Consultório de Rua via coordenação de saúde mental e, portanto, os Consultórios na Rua vão ser uma invenção da atenção básica para cuidar de populações em situações de rua. (Antônio Nery, entrevista em 20/09/2015)

O conflito mais evidente na gênese do Consultório na Rua pode ser localizado na disputa entre defensores da proposta de serviços móveis em saúde mental e redução de danos no uso abusivo de substâncias e aqueles que advogavam em favor de serviços itinerantes inseridos na atenção primária à saúde. Ainda que reconhecendo a complexidade das necessidades e demandas de pessoas em situação de rua (PSRs) e a premência de um atendimento integral englobando aspectos físicos e mentais, os integrantes desses dois polos divergiam em aspectos essenciais da formulação e implementação de um programa permanente para esse segmento social no Ministério da Saúde (MS).

No capítulo IV analisamos o Consultório na Rua em uma perspectiva comparada, identificando o que há de comum e de diverso entre unidades móveis de saúde para PSRs de Portugal, Estados Unidos e Brasil. Este estudo nos permitiu verificar que além de aspectos essenciais compartilhados por essas propostas, o processo de formulação das políticas de saúde para esse segmento social ocorreu em função da cultura e das características governamentais de cada país. Com o objetivo de elucidar o trajeto de criação do Consultório na Rua, os eventuais conflitos e acordos no processo de sua formulação, e os referenciais que prevaleceram e aqueles que foram excluídos, desenvolvemos o nosso trabalho de análise de sua gênese.

A iniciativa aqui abordada possui antecessor – de nome e estratégias muito semelhantes, o Consultório de Rua (CdR). É a partir do CdR que trilharemos a gênese do Consultório na Rua (CnR). Criado e aperfeiçoado em Salvador por Antônio Nery Filho, este serviço teve como objetivo oferecer assistência às pessoas que faziam uso abusivo de substâncias e que se encontravam em situação de rua (Nery-Filho et al. 2012). Em 2009, o MS e a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) passaram a oferecer estímulo por meio de financiamento para que os municípios o implantassem.

Paralelamente, existiam iniciativas em alguns municípios para atendimento em atenção básica às PSRs, sendo que um deles obteve financiamento do MS.

Com isso posto, questionamos como ocorreu a transição do Consultório de Rua para o Consultório na Rua enquanto proposta do Ministério da Saúde, e quais as possíveis influências do serviço originário da saúde mental sobre a criação e estabelecimento do “consultório” da atenção básica. Afinal, qual seria a resultante do deslocamento do programa que apresentava bases teóricas e conceituais ligadas à atenção psicossocial e redução de danos para a atenção primária em saúde? Quais as implicações ao modelo tecnoassistencial desse novo serviço? Que propostas foram abandonadas ao longo do processo? E que influências as iniciativas municipais de atenção básica puderam ter sobre a proposta do CnR?

Método

Foi realizado estudo sócio-histórico relativo ao período compreendido entre 1985 e 2012, sobre o programa Consultório na Rua, utilizando o método da sociogênese (Bourdieu, 2014; Pinell, 2010). Em 1985 foram iniciados os projetos voltados à redução de danos em Salvador e em Santos, que se tornaram referência para as iniciativas subsequentes. Em 2012, foram publicadas as primeiras portarias e o manual técnico relativos ao CnR, que definiram os modelos de equipes e o escopo de ações desse programa.

O processo de compreensão e apropriação do método envolveu a visita técnica a centros de interesse. Foram realizadas duas visitas ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde foi possível debater o projeto da pesquisa. Na segunda visita, ocorrida em 2015, conhecemos o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição na qual o Consultório de Rua foi criado e sediado. Além de entrevistar o autor da proposta, acompanhamos o trabalho de duas equipes de Consultório na Rua.

Entre abril e julho de 2016, estagiamos na Universidade do Porto, Portugal, sob a supervisão do prof. Virgílio Pereira, do Instituto de Sociologia. Nesse período, aprofundamos estudos nos conceitos de Bourdieu para a sociogênese. Ao final do

período na Europa, tivemos encontro com o prof. Patrice Pinell, quando foi possível expor e debater o projeto, e conhecer mais sobre os serviços em Paris para as PSRs.

Com o objetivo de identificarmos iniciativas brasileiras semelhantes ao Consultório na Rua, ocorridas antes da formulação do Sistema Único de Saúde, realizamos revisão narrativa de literatura (Lúcia Silva, et al., 2005; Cordeiro, et al., 2007). Devido à escassez de artigos indexados na base de dados Scielo referente às iniciativas para população de rua antes do SUS, utilizamos o banco de teses da CAPES, com os termos “vadios e mendigos” – expressões utilizadas no período colonial e em grande parte do século XX – obtendo 113 resultados. Recorremos também à base de dados Google Acadêmico. Utilizamos as palavras-chave: “tudonotítulo: mendigos OR vadios”, resultados somente em português, excluindo citações. Foram encontrados 59 resultados entre livros, artigos, teses e dissertações brasileiras. Considerando os resultados das duas buscas, foram excluídas as produções repetidas e aquelas que eram textos institucionais (como de grupos religiosos e prefeituras), chegando ao total de 66 trabalhos. Os resumos foram analisados e os trabalhos pertinentes à nossa pesquisa – relativos às iniciativas surgidas no período colonial e no século XX – foram lidos em sua íntegra. Selecionamos informações que elucidassem as propostas oferecidas ao segmento social em foco, abrangendo ações de cuidado e de controle promovidas por instituições religiosas e pelo Estado (artigos estão relacionados no quadro 3, Anexo II).

Quadro 4. Utilização dos bancos de dados com relativos descritores e palavras-chaves

Base de dados	Descritores ou palavras-chaves	Resultados obtidos	Resultados considerados para a revisão
Banco de teses da CAPES	“mendigos e vadios”	113 teses e dissertações	66 produções
Google acadêmico	“tudonotítulo: mendigos OR vadios”	59 produções	

Fonte: próprio autor

A sequência temporal de posições tomadas pelo governo federal foi estabelecida por meio de artigos de jornais, diários oficiais e documentos do Ministério da Saúde tais como portarias, cartilhas e manuais, o que possibilitou estabelecer as

condições históricas de possibilidade para a gênese do CnR. O conjunto de informações foi estabelecido em esquema gráfico com as linhas do tempo das políticas gerais do governo federal, das ações internacionais no campo das drogas, dos marcos teóricos da atenção primária e das ações promovidas em prol das pessoas em situação de rua (figura 1, p. 103).

A análise das decisões, acordos e conflitos entre os agentes envolvidos com as questões de saúde das PSRs no período de 1985-2012 foi possível por meio de entrevistas em profundidade. Para identificar os agentes em potencial para as entrevistas, foi construída uma matriz de análise (quadro 5, Anexo III), contemplando os principais documentos, eventos, leis e portarias relacionadas à temática. Identificados os agentes, realizamos entrevistas abordando aspectos ligados às suas origens familiares, trajetórias sociais, profissionais e políticas, a maneira como entraram em contato com os programas de saúde e com as questões vinculadas às PSRs. Com a realização das primeiras entrevistas, requisitamos indicações de mais agentes a serem entrevistados e seguimos esse processo por meio da rede de contatos estabelecida entre eles, até atingirmos um grau de saturação (Vinuto, 2014) que nos permitiu reconstruir a lógica global da gênese histórica de nosso objeto.

Foi indagado aos agentes como eles descreviam seus envolvimento com o Consultório na Rua e como compreenderam o processo de criação dessa política. Conforme a necessidade, foram solicitadas mais informações sobre fatos ocorridos nas instâncias de decisão (roteiro apresentado no Anexo IV).

Totalizamos 19 entrevistas em profundidade, constituindo uma amostra intencional de agentes vinculados às políticas de saúde para PSR, agregando pessoas com diferentes posições profissionais e políticas. Foram selecionados 15 entrevistados para aprofundarmos nossa análise, visto seu maior envolvimento com a gênese do CnR. Houve duas recusas e o falecimento de um dos agentes de interesse. Dez entrevistas foram realizadas de maneira presencial e cinco delas foram feitas por videoconferência. Todas foram gravadas, transcritas e, quando necessário, complementadas com documentos oficiais, currículos na Plataforma Lattes e artigos de jornais. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizaram o uso de seus nomes no texto da tese.

Reconstruímos as trajetórias de vida dos agentes e elaboramos narrativas a partir de cada uma das entrevistas, com o intuito de constituir um *corpus* para a elaboração da sociogênese. Os dados das entrevistas foram reorganizados por categorias descritivas, definidas por: trajetória familiar, profissional e política; participação em programas voltados às PSRs ou populações vulneráveis; inserção e/ou contato com as instâncias federais de decisão ligadas à temática; participação no Comitê Técnico de Saúde para PSRs.

Para elucidar o grau de influência de cada agente nas decisões vinculadas à gênese do CnR, definimos as posições ocupadas pelos agentes no espaço social, os campos e espaços sociais aos quais pertencem e analisamos os recursos que cada um possuía em 2012. Dessa forma, recorremos a duas classificações:

- classificação de volumes de capitais considerados como relevantes para nossa pesquisa, inspirados nos trabalhos de Barros (2013), Souza (2013a), Vieira da Silva e Pinell (2014): indicadores de capital burocrático (cargos ocupados e recursos associados ao campo burocrático); indicadores de capital político (participação em partidos políticos, ocupação de cargos eletivos e cargos administrativos que se originaram de articulações políticas); indicadores de capital militante (participação em movimentos sociais e/ou partidos políticos); indicadores de capital científico (grau de escolaridade – a valoração do capital científico decorreu do ponto de vista do campo burocrático, cujos agentes não possuem geralmente altas titulações, como por exemplo pós-doutorado); indicadores de capital cultural relacionado ao cuidado às pessoas em situação de rua (ter estado em situação de rua em algum período da vida, e/ou atuar em programas voltados a esse público).

Quadro 6. Classificação dos capitais considerados na pesquisa

Volume / tipo de capital	Muito alto (AA)	Alto (A)	Médio (M)/	Baixo (B)
Capital cultural referente a experiências de cuidado às pessoas em situação de rua	Ter vivido em situação de rua, e/ou ter criado e atuado em serviços voltados à PSR	Ter experiência em trabalho voltado às PSRs, e/ou militado por esta causa	Ter atuado em serviços que também assistiam PSR entre outros segmentos sociais, ou ter realizado pesquisa sobre o cuidado às PSRs	Ter experiência em trabalhos que envolvam indiretamente a PSR

Capital burocrático	Cargo de primeiro escalão no MS (ex.: Ministro da Saúde)	Cargo de segundo escalão no MS (Dirigentes de departamentos no MS ou cargos de coordenação com interferência sobre a política nacional de saúde). Direção de Secretarias Estaduais	Cargos técnicos em instâncias federais. Cargos de direção em Secretarias Municipais de Saúde.	Cargos Técnicos em programas municipais. Participação nas reuniões para definição das políticas do MS.
Capital político - Participação em partidos políticos	Dirigente nacional de partido e/ou indicação para disputa eleitoral de âmbito nacional	Dirigente estadual de partido e/ou indicação eleitoral de âmbito estadual	Dirigente municipal de partido e/ou indicação eleitoral de âmbito municipal	Filiação ao partido político
- Indicador de capital político também pode ser analisado em decorrência da influência política de cargos burocráticos oriundos de indicação	Ministro da Saúde	Secretário Estadual de Saúde. Coordenador ou Chefe de Departamento em instâncias federais	Secretário Municipal de Saúde	Posição técnica de indicação política
Capital militante	Dirigente nacional de movimento social com liderança carismática capaz de mobilizar e aglutinar (elevado capital simbólico)	Dirigente de ONGs ou dirigente estadual de movimentos sociais	Quadro intermediário de ONGs ou movimentos sociais	Militantes de ONGs ou movimentos sociais
Capital científico	doutorado	mestrado	graduação	2º grau completo

FONTE: próprio autor

- posições no espaço social da saúde e no espaço social aqui nomeado por “cuidado às pessoas em situação de rua”, além das posições dos agentes em campos específicos por eles ocupados, como o campo científico e o campo da Medicina. Desenvolvemos a matriz contida no quadro 7 que indica o tempo de entrada dos agentes no espaço da saúde, por meio da escolaridade, início de trabalho e/ou militância em tema de saúde. Também indica em que momento os agentes se envolveram com a situação de rua ou com as PSRs, seja por vivência própria ou pelo contato profissional com esse

público, o que nos permitiu avaliar o conhecimento do agente sobre a questão (capital cultural específico nesse tema) e possivelmente maior reconhecimento no espaço social. Buscamos evidenciar o envolvimento dos agentes com ações caritativas religiosas, ter recebido educação escolar ou ter sido abrigado em instituições religiosas, visto a presença constante dessas instituições nas iniciativas voltadas às PSRs antes do SUS. Por fim, o quadro 10 (p. 80) originário da matriz constante no quadro 7, indica se o agente teve participação direta ou indireta sobre a definição da Portaria 122/2012, o que nos trará informações mais claras sobre sua atuação e poder de decisão a respeito da formulação do Consultório na Rua.

Quadro 7. Matriz de análise dos indicadores de posicionamento dos agentes no espaço social da saúde e do cuidado voltado às PSR.

Entrevistados	Escolaridade	Entrada no campo da saúde (ano da graduação ou início de atuação e/ou militância no setor)	Início do contato com a situação de rua, e natureza do contato inicial	Histórico familiar ligado a alguma religião e/ou a instituições de caridade e apoio social	Participação na definição direta da Portaria 122/2012

FONTE: próprio autor

Articulamos o material provindo das entrevistas aos documentos oficiais e outros materiais bibliográficos, tal como proposto por Pinell (2010), para estruturar a contextualização histórica e política e os conflitos ocorridos entre os agentes – uma análise que irá considerar a relação agência-estrutura. Por fim, reconstituímos uma crônica do processo que levou à produção dos documentos oficiais e norteadores do Consultório na Rua, buscando explicar suas origens e determinantes, conforme método de Bourdieu (2014).

A conformação do espaço social do cuidado às PSRs no Brasil

O espaço social que aqui designamos como “espaço do cuidado às pessoas em situação de rua” teve origem no espaço da atenção à saúde mental voltado à redução de danos referente ao uso de drogas, estabelecido a partir dos anos 1980. Nos anos 2000, agentes vinculados aos programas de atenção básica entraram nessa arena de disputas, apresentando e defendendo propostas de atenção integral às PSRs. Tivemos então, nos anos de 2011 e 2012 – momento de estabelecimento das portarias ligadas

ao CnR – agentes em disputa para a formação de uma nova política de saúde voltada às PSRs. As instituições mais envolvidas com a produção dessa política foram o Ministério da Saúde (MS) – por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) – o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), agentes vinculados a programas municipais de atenção básica de São Paulo e Belo Horizonte e agentes ligados ao programa de redução de danos de Salvador. Ainda que com menor protagonismo, identificamos a presença da Pastoral do Povo da Rua e da Associação Médicos Sem Fronteiras, além de convidados de outros ministérios.

Apesar de sua vinculação com agentes e instituições de saúde voltados às questões das drogas, o espaço social do cuidado às PSRs tem histórico marcado pela atuação de instituições religiosas e de assistência social, auxiliadas muitas vezes por agentes de segurança pública.

Instituições Católicas no provimento de cuidado aos mendigos e vadios

As iniciativas voltadas aos grupos mais vulneráveis socialmente no território brasileiro tiveram, em sua origem, um modelo que agregava indiscriminadamente ações de saúde e de assistência social, sob a tutela de instituições católicas. Por meio da Irmandade da Misericórdia, instituição criada em Portugal, foram estabelecidas as Santas Casas na colônia, a partir do século XVI. O público era constituído de famílias e indivíduos pobres, crianças e velhos abandonados, criminosos, doentes, loucos, indigentes e vadios. O cuidado era realizado principalmente por religiosos, que ofereciam abrigo e realizavam algumas tarefas de enfermagem. Não havia ainda um projeto de Medicina nestas instituições, tendo ações mais próximas à Medicina social surgido a partir das grandes epidemias do século XVIII (Machado, et al., 1978).

Os homens pobres livres eram malvistas pelas elites portuguesas que os julgavam como selvagens, sem disciplina e desejosos pelo ócio. Ao mesmo tempo eram disputados entre os vereadores e o governador, por exemplo como ocorria na Capitania de São Paulo, enquanto força de trabalho agrícola, de construção civil e potenciais membros do exército. Muitos desses homens resistiam ao trabalho forçado e fugiam para o mato, sendo então nomeados como “vadios” e considerados criminosos por desrespeito à Coroa (Brambilla, 2015).

O número de hospitais na colônia americana de Portugal cresceu lentamente ao longo dos séculos XVI e XIX – a primeira das Santas Casas foi estabelecida em Santos no ano de 1543, seguida da de Salvador em 1549 e do Rio de Janeiro, fundada em 1567. No ano de 1599 seria a vez de São Paulo receber uma unidade, e logo em seguida João Pessoa em 1602, Belém em 1619, e São Luís, no ano de 1657. Após um longo período, foi criada a Santa Casa em Campos, 1792, em Porto Alegre, 1803, e a de Vitória, em 1818 (CMB, 1997). Para muitas dessas povoações, as Santas Casas serviram como referência institucional frente ao ainda frágil reconhecimento enquanto cidades e vilas, que deveriam responder à Igreja Católica e ao Império (Franco, 2014). Apesar da gestão dessas instituições manter-se sob o poder dos religiosos, ocorreu gradualmente o aumento no número de médicos e sua influência nas decisões cotidianas dos hospitais (Machado, et al., 1978). Esse assunto será tratado mais a frente.

Houve relativa diversidade entre o público atendido pelas Santas Casas. Em algumas delas, os comerciantes menos favorecidos financeiramente também poderiam receber assistência (Franco, 2014). Mas verifica-se grande número de negros e pardos assistidos nos hospitais. O processo de abolição da escravidão ocorrido ao longo da segunda metade do século XIX, gerou uma população de negros e mestiços livres excluída do mercado de trabalho (Fraga-Filho, 1994). Mais de um terço da população que mendigava nas ruas da antiga Salvador no final do século XIX era descendente de africanos, a maioria mulheres idosas que conseguiam a alforria com mais frequência do que os homens. Entre os anos de 1847 a 1856, cerca de 58% dos mendigos que frequentaram o hospital da cidade da Bahia eram negros e 85,2% de todos os internos eram negros ou pardos (Fraga-Filho, 1994).

A elite das colônias sempre demonstrou incômodo com a população de mendigos e vadios. Um exemplo disso foi a pressão realizada junto à Comissão de Higiene de Salvador sobre o governo da província, devido à insatisfação das elites com as epidemias e o alto número de mendigos e indigentes. A resposta das autoridades foi a criação do Dormitório de Mendigos de São Francisco em 1855, com o apoio dos franciscanos, que cederam os cômodos térreos de seu convento (Fraga-Filho, 1994). O governo da província da Bahia, além de criar o dormitório, estabeleceu ações mais firmes para o recolhimento de pessoas nas ruas. Houve, anos depois, a proposta de se

criar um novo asilo na cidade, aberto em 1876, com a função de recolher os vadios saudáveis, separando-os dos incapacitados e doentes que permaneceriam sendo internados nos hospitais. Apesar da escolha pela clientela saudável, este asilo matinha médicos para avaliação dos residentes (Fraga-Filho, 1994), mantendo ações de saúde e abrigo. Até o início do século XX, a Irmandade da Misericórdia foi hegemônica na assistência hospitalar no Brasil (Sanglard, 2007).

Em 1941, o Estado brasileiro declarou oficialmente os vadios e mendigos como problema social por meio da lei 3688/1941, que proibia a mendicância por ociosidade ou por desejo, sob o risco de prisão. Foi inserido artigo na Lei de Contravenções Penais que punia a vadiagem de pessoas com idade e condições de trabalhar e criada a Delegacia da Vadiagem, responsável por receber os “criminosos”, conforme reedição apresentada no Acervo O Globo (O Globo, 2014). Com esses atos, “mendigo” e “vadio” se tornaram termos oficiais utilizados também em publicações científicas (Stoffels, 1977; Passador, 1993).

O governo federal, no ano de 1944, redefiniu os nomes e funções de instituições que ofereciam assistência médica e social em instituições hospitalares – que englobariam os hospitais gerais e os hospitais especializados, voltados à assistência aos doentes por meio de cuidados médicos, com menor atuação social – e as instituições para-hospitalares, com predominância do modelo de assistência social – que atuavam de maneira complementar aos hospitais, incluindo-se ambulatórios, abrigos, asilos e albergues (Brasil, 1965). Entre a metade do século XX e os anos finais da década de 1980 ocorre o rápido surgimento e a expansão de serviços voltados às populações pobres no modelo para-hospitalar. Tais estabelecimentos eram geralmente de proveniência religiosa, ofereciam assistência diante de problemas sociais e intervenções para problemas simples de saúde, de maneira pouco articulada umas às outras. Serviam como prontos-socorros sociais e ofereciam auxílio compensatório aos excluídos nos moldes de instituições brasileiras do século XVI. Mas não favoreciam o acesso dos grupos residentes a outros cuidados de saúde (Vieira, et al., 2004). Um exemplo foi a Fazenda Modelo, construída em 1947 no Rio de Janeiro pelo governo federal, que se tornou um centro de ressocialização para pessoas em situação de miséria, em 1984 (Cunha, 2008). A Fazenda chegou a ser considerada um dos maiores abrigos para mendigos do mundo, com população de residentes que variou entre 1500

e 2500 pessoas, muitas delas capturadas por ônibus “cata-mendigos” ou “mendigão”. Entre outras edificações, a fazenda contava com um posto de saúde para o atendimento dos residentes por meio de médicos e enfermeiros, pertencente à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (Cunha, 2008).

Outra iniciativa de destaque foi a Comunidade dos Sofredores de Rua. No início dos anos 1970, leigos e irmãs da Ordem de São Bento, em São Paulo, iniciaram ações caritativas na região do centro da cidade, visitando viadutos, cortiços e regiões de prostituição. As irmãs não utilizavam o hábito e recusavam-se a usar termos como “vagabundos”, “dementes” e “criminosos”, preferindo “populações marginais” (Georges, et al., 2015). Em 1978, a instituição apoiou a realização de uma peça de teatro por voluntários. Ao longo da apresentação os atores se referiram à população de rua como “maloqueiros” e o público demonstrou grande incômodo. Em resposta, um dos membros da plateia disse aos atores que na verdade eles eram “sofredores”. O grupo religioso responsável pela organização levou em consideração esse acontecimento, e fez uma associação do termo utilizado pelos expectadores da peça à ideia de sofredor utilizada em uma passagem bíblica. Resolveram então nomear o projeto como Comunidade dos Sofredores da Rua. Além disso, as irmãs da ordem começaram a afirmar que os grupos encontrados na rua formavam um “povo”, com direitos iguais aos demais moradores da cidade. Houve rápida apropriação dos termos “sofredores de rua” e “povo da rua” por diversos grupos religiosos e movimentos sociais (Georges, et al., 2015).

Ainda não havia uma política estabelecida de assistência social até os anos 1990, o que permitia a multiplicidade de instituições que ofereciam ações pontuais e dispersas à população acometida pela miséria, com projetos muitas vezes apoiados pelo Estado. Com a promulgação da Constituição de 1988, a assistência social foi tornada um direito (Brasil, 1988a), mas passariam quase duas décadas para que ganhasse contornos mais claros de um setor (Brasil, 2004). Dessa forma, manteve-se no país a atuação de instituições filantrópicas privadas, geralmente inspiradas pela caridade cristã (católicas, evangélicas e kardecistas), que realizavam a distribuição de alimentos às PSRs. Algumas destas instituições também distribuíam roupas, calçados e remédios, ofereciam local para banho e faziam curativos, além de auxílio nas questões ligadas ao uso problemático de drogas (Vieira et al., 2004).

Podemos então verificar o início da conformação de um espaço social fortemente dominado por grupos vinculados à Igreja Católica em articulação com grupos de médicos.

Três de nossos entrevistados estiveram em situação de rua e foram acolhidos por instituições religiosas. Anderson Miranda, representante do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) teve seu primeiro abrigo em instituição espírita, mas o convívio com irmãs religiosas na Baixada do Glicério o aproximou dos movimentos sociais:

Entrevistador: Você soube desse encontro (de Brasília) aqui em São Paulo, você estava em outro lugar?

Anderson: Não, eu sempre morei aqui e aí com o eu vivia com as irmãs que organizavam a população de rua...

Entrevistador: Ah, elas que organizavam, entendi.

Anderson: Elas que organizavam, então elas faziam um trabalho muito forte, padre Júlio, elas, essas questões. Aí eu fui para Brasília em 2001, na primeira marcha dos catadores com a população de rua, primeiro encontro nacional e aí comecei a gostar disso.

(Anderson Lopes, entrevista em 16/03/2016)

Marivaldo da Silva Santos também teve contato com grupos católicos que realizavam formação política para mobilização social e trabalhava numa instituição filantrópica de natureza católica que gerencia atualmente parte dos Consultórios na Rua da cidade de São Paulo. E de maneira semelhante, Maria Lúcia Pereira, representante do MNPR, recebeu apoio de instituições católicas e evangélicas e hoje atua na sede do Movimento Estadual da População de Rua da Bahia, no prédio onde foi instalado o Dormitório de Mendigos de Salvador, local cedido pela Igreja Católica. Além desses, tivemos entre nossos entrevistados o Padre Júlio Lancellotti, líder da Pastoral do Povo da Rua, e mais três agentes que tiveram contato com a Teologia da Libertação, seja por vivência própria ou dos pais. Tais informações nos levam a reconhecer a permanente influência da Igreja Católica sobre as intervenções às PSRs.

Inserção da Medicina no cuidado e controle aos indigentes e mendigos

No que se refere à participação da Medicina no cuidado aos vadios e indigentes, havia um número muito baixo de médicos na colônia portuguesa americana nos séculos XIV a início do XIX. Essa situação só começaria a ser revertida a partir da chegada da família real de Portugal em 1808 (Machado, et al., 1978). Sob a supervisão

de Dom João VI, ocorreu a contratação de médicos e enfermeiros, e coube aos primeiros oferecer assistência gratuita aos pobres em seu consultório particular (São Paulo, 1985).

Ao longo do século XIX foram estabelecidas as fiscalizações dos hospitais pelos médicos, que gradualmente conquistaram influência sobre essas instituições (Machado, et al., 1978). Nesse mesmo século ocorreu a criação dos hospícios no país. O primeiro deles, inaugurado em 1841 no Rio de Janeiro, teve a função de internar a população pobre acometida pela loucura, enquanto os ricos loucos eram vigiados e tratados em suas casas (Machado, et al., 1978). Em 1852 foi a vez de São Paulo inaugurar seu hospício em um prédio na avenida São João (São Paulo, 1985; Mezzalira, et al., 2011). Esse processo ocorreu em decorrência da emergência da psiquiatria no Brasil, resultado tanto da abertura das cátedras de psiquiatria nas universidades como da articulação de médicos alienistas entre os políticos nos anos 1800 (Engel, 2001). Além disso, os hospitais comuns recebiam as pessoas acometidas pela loucura em celas sem tratamento algum (Machado, et al., 1978) – assim como algumas cadeias paulistanas (São Paulo, 1985).

Somado a isso, havia o interesse do Estado em reordenar o espaço urbano e o projeto dos médicos de legitimar a atuação sobre a loucura (Gonçalves, 2016), o que intensificou o trabalho da polícia médica sobre os loucos e vadios que circulavam nas ruas (Machado, et al., 1978). A prática do recolhimento de mendigos e indigentes e o transporte forçado de alguns desses para as cidades interioranas tornou-se uma das principais ações das forças policiais comandadas pela Guarda Nacional. Os indigentes considerados sadios eram levados às prisões e os doentes e inválidos eram encaminhados aos hospitais (Fraga-Filho, 1994) – um tímido movimento de separação institucional entre os doentes e os indigentes sadios.

Por solicitação dos cursos de Medicina, e com o avanço da bacteriologia e cirurgia, começaram a ser abertas alas e até mesmo hospitais específicos para determinadas enfermidades, nos anos próximos à virada do século XIX para o XX (Almeida, 1965). O projeto dos médicos para o chamado “hospital moderno” era constituir local de excelência da arte de curar voltado “ao ‘doente’ que é ali a finalidade máxima, e não somente ao indigente” (Almeida, 1965 p. 71). A distinção entre doente e indigente foi sendo cada vez mais estabelecida e o público-alvo dos hospitais

circunscrito àquele acometido de problemas de saúde independentemente da classe social.

Mesmo com o avanço das instituições de apoio social, os então nomeados moradores de rua das décadas de 1980 e 1990 encontravam dificuldades em obter atendimento nos serviços de saúde. Quando esse público tentava buscar cuidado em prontos-socorros e postos de saúde, geralmente enfrentavam o preconceito de médicos e dos demais profissionais de saúde, como constatado em pesquisa realizada em 1991, citada por Vieira et al. (2004). O atendimento precário resultante da dificuldade desses trabalhadores em se relacionar com esse grupo populacional, associado aos tratamentos que não consideravam as condições de vida nas ruas – como a falta de higiene, dificuldades em lidar com horários para tomada de medicação – dificultavam a vinculação da população aos serviços e tratamentos.

O breve resumo acima descrito nos leva a compreender que o modelo de intervenção hospitalar misto de ações assistencialistas e de saúde, gerenciado por grupos religiosos, e gradualmente influenciado pela categoria médica, prevaleceu desde o início das atividades das Santas Casas e ao longo do século XX. Algumas iniciativas do império português se aproximaram do modelo de busca ativa, surgidas da necessidade de se enfrentar as epidemias e imputar maior controle das populações, com o internamento forçado das pessoas em nome do “bem comum”. No final do século XIX, a distinção da clientela dos hospitais entre doentes e indigentes, tanto pela expansão das instituições específicas para este público como pelo avanço da Medicina a partir de pesquisas e reformulações desenvolvidas em diversos países e no próprio Brasil constituiu marco importante. Esta ruptura trouxe contornos mais definidos para as instituições hospitalares em geral, mas para as PSRs isso pareceu não ocorrer efetivamente, pois as instituições que se propunham a atender esse público ainda mantiveram o modelo híbrido de saúde e ações assistencialistas, sem articulações com outros serviços. Ademais, o atendimento em saúde para o citado segmento social ficou circunscrito a essas instituições.

Com a criação dos hospícios e dos dormitórios para mendigos, agentes da Medicina ganharam novos espaços de atuação e continuaram sua influência sobre esse segmento social, apoiados por equipamentos de controle, como a Guarda Nacional e posteriormente as Delegacias da Vadiagem. Veremos mais a frente a reconfiguração

desse espaço social pela disputa de agentes pelo controle e responsabilidade de cuidado dessa população.

Da parte da Medicina, os quatro agentes entrevistados com maiores acúmulos de capitais burocrático, político e cultural-científico são médicos, dois deles com especialização em Psiquiatria – Antônio Nery Filho e Roberto Tykanori – e os outros com formação em infectologia e saúde coletiva – Alexandre Padilha e Hêider Aurélio Pinto respectivamente.

Os programas antidrogas e as propostas de redução de danos

O governo brasileiro desenvolveu muitas de suas leis e políticas sobre drogas a partir das determinações internacionais sobre o combate ao consumo e tráfico de substâncias, principalmente as promovidas pelos Estados Unidos (Araújo, 2012). Nos anos 1961, 1971 e 1988, representantes do governo brasileiro participaram de reuniões promovidas pela ONU, nas quais foi firmado e reafirmado o compromisso dos países participantes em atuarem de maneira repressiva sobre o tráfico e consumo de drogas (Machado, et al., 2007). Junto a isso, a década de 1970 assistiria à inserção da Medicina no espaço da formulação das políticas sobre drogas, que conseguiu agregar à identificação do usuário de substâncias o diagnóstico de doente, o que desencadeou uma série de internações em hospitais psiquiátricos e centros de tratamento (Rodrigues, 2003). No Brasil, esse movimento foi acelerado após a promulgação da lei 6368 de 1973, que estipulou atribuições ao Ministério da Previdência e Assistência Social no cuidado aos usuários de substâncias, inaugurando a aproximação entre o setor público e a assistência a esse público (Bittencourt, 1986).

O governo de Nixon nos EUA estabeleceu uma estratégia mais radical, a política de guerra às drogas em 1972. Como reação ao aumento da violência vinculada pelo governo ao consumo de drogas, tal política propunha ações mais severas aos usuários (Rodrigues, 2003). Como demonstra o documentário 13ª Emenda, a violência, na verdade, explodiu em decorrência de alterações na demografia do país e o descompasso entre ações governamentais e as necessidades da população, que provocaram o surgimento de inúmeros grupos militantes pelos direitos civis. O governo decidiu reagir contra as manifestações de maneira repressora (DuVernay, 2016). Grande parte das estratégias foi direcionada aos grupos sociais que foram

associados às drogas pelo governo, como os negros, hispânicos e jovens ligados a movimentos libertários e contrário às guerras, assim como os segmentos mais pobres, incluindo-se a população que vivia nas ruas (Rodrigues, 2003). No Brasil, o estabelecimento da ditadura militar em 1964 acentuou o tom de repressão e, mediante o contato com o governo norte-americano, as propostas oriundas da guerra às drogas seriam incorporadas nas intervenções brasileiras nos anos 1970 (Machado, et al., 2007). Fortemente influenciado por esses valores, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção e Fiscalização de Entorpecentes e o CONFEN em 1980 (Brasil, 1980). O CONFEN foi constituído de representantes de vários ministérios, por um representante do Departamento da Polícia Federal e um da Vigilância Sanitária, um jurista selecionado pelo Ministério da Justiça e um médico psiquiatra convidado pela Associação Médica Brasileira, com aval do Ministério da Justiça (Machado, 2006). O CONFEN voltou seus esforços inicialmente para a repressão ao uso e ao tráfico de drogas, mas com o fim da ditadura, houve a abertura para a participação de agentes com propostas mais flexíveis, como, por exemplo, a redução de danos².

Com os resultados insatisfatórios da repressão ao uso de drogas, integrantes da academia norte-americana desenvolveram estratégias para a redução do risco de contaminação do HIV/AIDS associada ao uso de drogas injetáveis. Entre elas, foram criadas equipes que realizavam troca de seringas e distribuição de hipoclorito de sódio nos locais de uso de drogas para limpeza de seringas utilizadas. Esse modelo de trabalho foi executado em algumas cidades dos EUA (Marlatt, 1999; Rodrigues, 2003), e desenvolvido na Holanda no início dos anos 1980, por meio das Junkiebonden (Bastos, 2003).

Logo após a promulgação da Constituição brasileira de 1988, participantes do CONFEN simpatizados à redução de danos aproveitaram a configuração política pró-democracia e impulsionaram a elaboração da “Política Nacional na Questão das Drogas”. Conseguiram influenciar os demais agentes para que as propostas do documento referendassem tratamento aos consumidores de substâncias com

2 A redução de danos se configurou como um conjunto de ações de saúde voltadas a atenuar danos provenientes do uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, entende-se que nem todas as experiências com drogas são danosas, nem todas as pessoas que possuem relações danosas com as drogas desejam parar de consumi-las e que os danos podem ser de diversas naturezas, devendo as ações de saúde serem abrangentes e diversificadas, dando atenção às especificidades de cada caso (Souza, 2013b).

abordagens menos preconceituosas, com discurso mais flexível e menos aterrorizante (Machado, 2006; Brasil, 1988b).

Em 1994, entraria na gestão do CONFEN o advogado e juiz Luiz Matias Flach, especialista no tema das drogas, que tinha perfil mais conciliador e audacioso. Ele retomou a gestão democrática do conselho, que desde 1991 teve uma liderança mais autoritária, e liderou movimento em prol da abertura para propostas novas, principalmente em função da AIDS. Ideias vindas da Europa, muitas ligadas à redução de danos, passaram a estar mais presentes nos debates do conselho (Machado, 2006).

Os centros de tratamento ao uso de drogas, propostos em 1976, ganharam corpo e destaque na década de 1990, em grande parte por meio das universidades, principalmente em relação à produção de pesquisas. Esses centros tiveram influência em determinações do CONFEN, com apoio de Matias Flach. E promoveram maior aceitação das ideias de redução de danos no conselho (Machado, 2006). Em 1998, como exigência da vigésima assembleia geral da ONU, o CONFEN realizou um primeiro fórum nacional para que membros da sociedade trouxessem contribuições à criação da Política Nacional Antidrogas. Com a presença de cerca de 2000 pessoas, o fórum contou com diversos segmentos da sociedade, desde policiais, representantes de comunidades terapêuticas e pessoas ligadas a redução de danos (Machado, 2006).

Com a finalização do fórum, foram criadas a SENAD e o SISNAD, extinguindo o CONFEN. O SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas – ficou responsável por integrar as atividades de repressão ao uso indevido de substâncias, ao tráfico e produção de drogas ilícitas. A SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas – foi responsável pela prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social (Gazir, 2000). Walter Maierovitch, agente muito envolvido com a redução de danos, assumiu a secretaria. Mesmo com a SENAD sustentando concepção antidrogas, Maierovitch conseguiu avançar com algumas propostas de redução de danos, inclusive estabelecendo parceria entre a SENAD e a ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos). Porém, no ano 2000, Maierovitch entregou a direção da SENAD por divergências política (Gazir, 2000), e entrou em seu lugar o General Alberto Cardoso. No ano seguinte, o General Paulo Uchôa assumiu essa direção, permanecendo no posto até 2011, quando foi substituído pela psicóloga Paulina Duarte.

Em 2001 ocorreu o II Fórum Nacional Antidrogas. Neste momento foi finalizada e publicada a Política Nacional Antidrogas e, no ano final da presidência de Fernando Henrique Cardoso, a portaria 816/2002, vinculada à lei 10.216/2001, que estabeleceu os CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas). Esse foi o primeiro movimento do MS para atender a essa demanda.

Com a entrada de Luís Inácio Lula da Silva na presidência, em 2003, seria iniciado movimento de aproximação entre a SENAD e o MS, mas várias foram as críticas dos movimentos pró redução de danos nesse período. O entendimento dos agentes desse movimento é que a SENAD continuou atuando de maneira ambígua sob a presidência de Lula, ora tencionando ações para a visão da repressão ao uso de drogas, ora abrindo a possibilidade para políticas mais flexíveis (Delmanto, 2013). Apesar disso, o governo de Lula desenvolveu propostas relevantes para o cuidado às pessoas que faziam uso abusivo de drogas, principalmente em relação ao setor saúde. Em 2003, foi elaborada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, inaugurando a proposição de políticas mais abrangentes para esse público (Brasil, 2003b). Foi nesse mesmo ano em que o Ministério da Saúde citou, pela primeira vez, a população em situação de rua em seus documentos. Esse segmento social foi descrito como público em situação de risco social e que justificaria, entre outras situações, o apoio matricial das equipes de atenção básica pelas equipes de saúde mental (Brasil, 2003a).

No ano de 2005, o governo federal, em articulação com a SENAD, alterou o nome do Programa Nacional Antidrogas para Políticas Públicas sobre Drogas e publicou a portaria 1059/2005, que estabeleceu financiamento para programas de redução de danos em CAPS AD. Esta decisão faria com que a redução de danos deixasse de ser estratégia exclusiva dos programas voltados às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/AIDS (Souza, 2013b).

Os governos de centro-esquerda e a abertura para as PSRs

Com o início do primeiro governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, houve investimentos para a ampliação do PSF, procurando induzir melhorias no acesso e integralidade da assistência (Teixeira, et al., 2005). A ampliação do escopo da atenção básica passou a ser assumida com a Política Nacional de Atenção Básica em

2006, ato influenciado pelas determinações do plano de “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” da OPAS/OMS de 2005 (Conill, 2008). Nesse período, novos agentes entraram no ministério trazendo acúmulos do movimento sanitário e promovendo articulações, como a já citada aproximação entre SENAD e MS.

Um fato a se destacar foi a experiência vivida pelo então presidente Lula, em 2003. Uma matéria de telejornal mostrou um catador de materiais recicláveis dizendo que estaria comendo pela última vez um pedaço de melancia do lixo devido à eleição do presidente e as melhorias que ele promoveria. Depois de assistir à reportagem, Lula decidiu visitar um grupo de representantes de catadores de materiais recicláveis na cidade de São Paulo (Folha, 2003). Tal visita se tornou evento anual até o último ano de seu governo:

Quadro 8. Reportagem relativa aos eventos do ex-presidente Lula com catadores de materiais recicláveis

Em natal de catadores, Lula ora por Alencar, cobra Kassab e promete visitar lixões

Maurício Savarese Do UOL Notícias. Em São Paulo 23/12/2010 14h13

Lula e a presidente eleita, Dilma Rousseff, estiveram juntos em evento de catadores em SP

Em sua última visita a catadores de material reciclável e moradores de rua como presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva prometeu nesta quinta-feira (23), em São Paulo, que visitará lixões depois de deixar o Palácio do Planalto. Lula também cobrou o prefeito de São Paulo, Gilberto Kassab (DEM) por não firmar convênios com os catadores e se emocionou ao pedir uma oração a seu vice, José Alencar, internado em São Paulo em estado grave. Lula esteve na manhã de hoje no hospital Sírio Libanês e disse que o vice perdeu "3 kg" de sangue.

Acompanhado da presidente eleita, Dilma Rousseff, de oito ministros e dos presidentes do Banco do Brasil e do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), Lula se comprometeu a retornar ao evento, realizado nos dias 23 de dezembro, no qual catadores de todo o Brasil se reúnem em São Paulo. O presidente participa do encontro desde 2003. Ao pedir ao padre Júlio Lancelotti que se iniciasse uma oração por Alencar, Lula disse: "Ele só tem um desejo: sair do hospital no dia 1º de janeiro para as 16h estar lá em Brasília na posse da Dilma, nem que seja de cadeira de rodas". Lula criticou Kassab por ter assumido o compromisso de um convênio com os catadores de papel, não assinado até agora. "Estou aqui de público, no microfone, cobrando", disse o presidente, aplaudido por cerca de 2.000 pessoas presentes.

Lula se comprometeu a brigar por melhores condições de trabalho para os catadores. Citados pelo presidente em vários discursos, eles sofrem riscos à saúde ao trabalharem em lixões e aterro sanitários. O presidente ficou com os olhos marejados ao ouvir histórias de catadoras que atribuíram a ele e seu governo uma mudança de vida.

Em discurso, Dilma também se comprometeu a participar do evento dos catadores no final de 2011 para provar que "a invisibilidade neste país acabou e a cidadania é um direito de cada um".

Dilma e Lula entregaram um caminhão ao movimento nacional dos catadores e assinaram convênios, com apoio do Banco do Brasil e do BNDES. A presidente eleita disse que as medidas são "um símbolo do meu compromisso de continuar esse caminho que o presidente Lula abriu".

FONTE: (Saravese, 2010)

Ao longo do governo de Lula foram também criadas ações para grupos populacionais específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, programas voltados às crianças e adolescentes, à saúde do trabalhador, à população negra, quilombolas, indígenas e assentados (Cohn, 2006). E sob a gerência

de Patrus Ananias ³ no Ministério do Desenvolvimento Social, ocorreu a revisão da Lei Orgânica de Assistência Social, com a inclusão de um parágrafo único, no artigo 23, referente à assistência às pessoas em situação de rua (Brasil, 2005). Nesse mesmo ano, foi criada a Diretoria de Proteção Social Especial do MDS, que inicialmente ficou sob a gestão da assistente social e socióloga Rita de Cássia Angarten Marchiore e contou com a consultoria de Adelina Barone Renucci e Ana Paula Motta Costa para os assuntos ligados às PSRs. Adelina Barone Renucci foi representante do segmento população de rua na II Conferência Municipal de Assistência Social de São Paulo em 1997, e atuou como assessora da vereadora Aldaíza Sposati em 1995. Ana Paula Motta Costa é advogada e bacharel em Ciências Sociais, mestre em Ciências Criminais e doutora em Direito. Foi autora do artigo “População em situação de rua: contextualização e caracterização” (Costa, 2005). Essa diretoria foi responsável pela primeira definição, no governo federal, sobre o que constitui “pessoas em situação de rua”. Além disso, realizou um levantamento sobre o segmento da população de rua nas capitais e nos municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes, promovendo articulação de representantes de outros ministérios, com o objetivo de compor um grupo de trabalho interministerial para a elaboração de políticas voltadas ao público em questão (MDS, 2006).

Destacamos também desse período a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS, instância que possibilitou a participação de usuários dos serviços da rede pública nos espaços de discussão, como no Conselho Nacional de Saúde (Mendonça et al., 2005). Foi por meio dessa secretaria que os entrevistados Marta Marques, Marivaldo Santos, Anderson Lopes Miranda e Maria Lúcia puderam participar das reuniões sobre a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e da elaboração do Consultório na Rua. A SGEP, por meio do Departamento de Gestão Participativa (DAGEP), criou o Grupo de Trabalho Interministerial para a PSR em outubro de 2006 e o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, em 2009. Estas ações se deram por iniciativa

³ Advogado, com formação e atuação em ações cristãs, teve trajetória política como vereador e prefeito em Belo Horizonte, além de grande envolvimento com o Partido dos Trabalhadores. Liderou programas municipais de combate à pobreza e desnutrição. Sob seu ministério foi implementado o programa Bolsa Família (Revisa IHU, 2007; Martins y Miguel, 2013).

da diretora do departamento à época, Jacinta de Fátima Senna da Silva – enfermeira de formação e com trajetória acadêmica em saúde coletiva com ênfase em equidade e participação popular – e Letícia Toledo do Amaral – psicóloga de formação com mestrado em Psicologia, teve experiências prévias à sua inserção no MS com adolescentes em situação de rua e em conflito com a lei. Esse comitê se tornou um importante espaço de mediação entre a gestão federal e os militantes do tema PSR, e coube à SGEP possibilitar a participação dos diversos agentes nas reuniões.

Principais agentes e instituições na formulação do Consultório na Rua

Recorremos às entrevistas e análise de trajetórias dos agentes abaixo elencados devido ao envolvimento que tiveram com a criação do Consultório na Rua, direta ou indiretamente.

Antônio Nery Filho, médico de formação com especialização em Psiquiatria, é professor no curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com experiência de militância no tema das drogas e redução de danos junto a algumas instâncias do governo federal. É o formulador do Consultório de Rua e foi citado por todos os entrevistados que tiveram cargos no MS, assim como por Maria Lucia. Frequentemente ele é chamado para participar de eventos com a temática das drogas, ou mesmo discussões sobre os Consultórios de/na Rua.

Alexandre Padilha, médico de formação com especialização em Infectologia, foi Ministro da Saúde entre os anos 2011 e 2014, época de criação do Consultório na Rua e teve trajetória militante e política ligada ao Partido dos Trabalhadores (PT). Foi convidado pelos presidentes Lula e Dilma para assumir cargos de confiança no governo federal. Roberto Tykanori, médico com especialização em Psiquiatria, foi o Coordenador Geral de Saúde Mental do MS entre os anos 2011 e 2015, e é filiado ao PT. Hêider Aurélio Pinto, médico sanitарista, foi o diretor do Departamento de Atenção Básica no período de 2011 a 2014, sendo também filiado ao PT.

Alexandre Trino, graduado em Odontologia e mestre em Saúde Coletiva, atuou como apoiador institucional do DAB entre 2011 e 2013. Rosana Ballesterro Rodrigues, psicóloga, trabalhou no DAB entre 2010 e 2017 como analista de atenção primária, e antes de ingressar no MS atuou na ONG Médicos Sem Fronteira, com população em

situação de rua. Claudio Antônio Barreiros, também psicólogo, integrou a Coordenação Nacional de Saúde Mental como assessor bolsista a partir de 2011, e acompanhou a transição dos editais do Consultório de Rua para a portaria do Consultório na Rua, na gestão administrativa. Letícia Toledo Amaral, psicóloga com mestrado em Psicologia, atuou no Departamento de Gestão Participativa desde 2007 como consultora da área de saúde. Teve experiência anterior em trabalhos e pesquisas que envolveram adolescentes em situação de rua.

Marta Marques e Marivaldo da Silva Santos (ambos assistentes sociais) trabalham em uma organização social que gerencia parte das equipes de Consultório na Rua da cidade de São Paulo, sendo que Marivaldo esteve em situação de rua por alguns anos. Júlio Lancellotti é padre e Vigário Episcopal do Povo da Rua, lidera a Pastoral do Povo da Rua e atua também em São Paulo, com considerável reconhecimento entre os demais agentes. Maria Angélica Crevelim, enfermeira de formação, trabalha na gestão de um dos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Estes quatro agentes estiveram presentes e atuaram na criação do programa A Gente na Rua.

Anderson Lopes Miranda e Maria Lúcia Santos Pereira da Silva já estiveram em situação de rua e hoje fazem parte do Movimento Nacional da População de Rua. Ambos estiveram na coordenação estadual e nacional do movimento. E Miriam Abouyd, médica psiquiatra, atuou na coordenação municipal de saúde mental de Belo Horizonte, estando à frente de movimento nacional em prol da luta antimanicomial. Atuou por alguns meses na Coordenação Nacional de Saúde Mental. Com esta configuração, foi possível contemplar o ponto de vista de pessoas que atuaram em diferentes estados do Brasil, em diferentes níveis de gestão e articular tanto o olhar de agentes trabalhadores e gestores das políticas de saúde como de agentes militantes e usuários dos serviços.

De forma a detalhar o posicionamento dos agentes no espaço social, procuramos objetivar seus recursos sociais e simbólicos através da classificação de capitais:

Quadro 9 - Volume de capitais dos agentes entrevistados

	Agente / Volume e tipo de capital	Burocrático	Político	Militante	Científico	Cultural ligado à experiência no cuidado às PSRs
01	Antônio Nery	M – direção de programa municipal técnico	M – participação temporária em conselho nacional de controle social, e articulação frequente com agentes do campo político	M – participação em instâncias federais de decisão	AA – doutorado	AA – criação e atuação em programas voltados à PSR usuária de álcool e outras drogas
02	Alexandre Padilha	AA – Ministro da Saúde	AA – cargo de primeiro escalão no MS, indicado por envolvimento político	A – candidato ao governo estadual por um partido político	M – graduação com especialização	M – atuação em programas de saúde que atendiam também as PSRs
03	Roberto Tykanori	A – Coordenador Nacional de Saúde Mental	A – cargo de segundo escalão no MS, indicado por envolvimento político	B – filiação ao partido político	AA – doutorado	M – gestão de programas federais e municipais voltados a usuários de SPA
04	Marta Marques	M – direção de programa municipal técnico	B – cargo de direção em programa municipal via organização filantrópica	B – colaboração com movimentos sociais em prol das PSRs	M – graduação	A – experiência de trabalho voltado às PSRs
05	Marivaldo Santos	B – participação em reuniões para definição de políticas	--	M – representante estadual de movimento social	M – graduação	AA – experiência de vida na rua e atuação em programas de saúde voltados às PSRs
06	Júlio Lancellotti	B – participação em reuniões municipais para definição de políticas	B- apoio público a partido político, participação em reuniões de partidos políticos - Liderança de pastoral com reconhecimento nacional	A – dirigente estadual e representante nacional em pastoral	A – graduação e pós- graduação	A – experiência de trabalho voltado às PSRs

	Agente / Volume e tipo de capital	Burocrático	Político	Militante	Científico	Cultural ligado à experiência no cuidado às PSRs
07	Hêider Aurélio	A – dirigente de departamento no MS	A – cargo de segundo escalão no MS, indicado por envolvimento político	B – filiação ao partido político com intensa militância	A – mestrado	B – atuação em programas de saúde voltados à população em vulnerabilidade social
08	Alexandre Trino	M – cargo técnico em departamento de âmbito federal	B – cargo técnico de indicação no MS	B – envolvimento com movimentos sociais	A – mestrado	A – atuação em programas de saúde voltados às PSRs
09	Anderson Miranda	B – participação frequente em reuniões do MS para definição de políticas públicas	B – representação em conselho nacional de controle social	AA – dirigente nacional e estadual de movimento social	B – ensino fundamental completo	AA – experiência de vida na rua e atuação militante voltada aos direitos das PSRs
10	Rosana B. Rodrigues	M – cargo técnico em departamento federal	B – cargo técnico de indicação no MS	--	M – graduação	A – atuação em programas de saúde voltados à PSR e gestão de política federal de saúde voltada a esse público
11	Maria Lúcia Pereira	B – participação frequente em reuniões do MS de definição de políticas públicas	B – representação em conselho nacional de controle social	AA – dirigente nacional e estadual de movimento social	B – ensino médio completo	AA – experiência de vida na rua e atuação militante voltada aos direitos da PSR
12	Maria Angélica Crevelim	M – cargo de gestão em secretaria municipal	B – cargo de gestão por indicação em secretaria municipal	-	A – mestrado	B – gestão de equipes que se direcionaram ao cuidado da PSR em saúde
13	Claudio Barreiros	M – cargo técnico em departamento federal	B – cargo técnico de indicação no MS	-	A – mestrado	B – atuação em programas sociais voltados a crianças e adolescentes em vulnerabilidade social.

	Agente / Volume e tipo de capital	Burocrático	Político	Militante	Científico	Cultural ligado à experiência no cuidado às PSRs
14	Letícia Amaral	M – cargo técnico em departamento federal	B – cargo técnico de indicação no MS	B – realizou trabalho de articulação com os movimentos sociais	A – mestrado	M – articulação junto aos movimentos sociais ligados à PSR, realização de pesquisa com PSR.
15	Mirian Abou- yd	B – coordenadora municipal de saúde mental por 2 anos, e permaneceu em cargo técnico em departamento federal por curto período	B – cargo técnico de indicação no MS por curto período	A – atuou como representação nacional de movimento social	M – graduação	M – gestão de programas voltados à PSR usuária de álcool e outras drogas
Legenda: B – baixo capital / M – médio capital / A – alto capital / AA – capital muito alto						

FONTE: próprio autor

Sistematizamos abaixo as informações relacionadas à escolaridade, entrada dos agentes no espaço social da saúde, o contato que tiveram com a situação de rua, a vinculação a instituições religiosas e/ou de apoio social, e a participação na produção da Portaria 122/2012 relativa ao Consultório na Rua:

Quadro 10 - Relação de entrevistados, graduação e pós-graduação, ano de entrada no campo da saúde, histórico familiar ligado à religião e/ou ações caritativas, e atuação na definição da Portaria 122/2012, para aferir posicionamento dos agentes no espaço social

	Entrevistados	Escolaridade	Entrada na saúde*	Contato com a situação de rua**	Vinculação a religião ou a ações caritativas	Participação direta na formulação da Portaria 122/2012
01	Antônio Nery	Graduação em Medicina. Doutorado	1970	1985 – profissional	Não	Sim, indiretamente
02	Alexandre Padilha	Graduação em Medicina, Especialização	1989	1995 – profissional	Sim, pais militantes de movimentos católicos	Sim

	Entrevistados	Escolaridade	Entrada na saúde*	Contato com a situação de rua**	Vinculação a religião ou a ações caritativas	Participação direta na formulação da Portaria 122/2012
03	Roberto Tykanori	Graduação em Medicina, Doutorado	1977	profissional	Mãe católica, mas sem envolvimento em ações de caridade ou militância. Militância política do agente durante e após a graduação	Sim, indiretamente
04	Marta Marques	Graduação em Serviço Social	2004	2000 – profissional	Sim, pais católicos, com atuação em serviços sociais	Sim, indiretamente
05	Marivaldo Santos	Graduação em Serviço Social	2004	2000 – pessoal	Sim, protestante e judaica	Sim
06	Júlio Lancellotti	Graduação em Pedagogia e Teologia	-	Meados de 1970 – profissional e depois militância	Sim, católica, com atuação em serviços sociais, envolvimento com a Teologia da Libertação	Não
07	Hêider Aurélio	Graduação em Medicina	1997	2010 – profissional	Sim, família católica, com atuação em serviços sociais, envolvimento com a Teologia da Libertação	Sim
08	Alexandre Trino	Graduação em Odontologia	1991	2009 – profissional	Sim, educação em escolas católicas	Sim
09	Anderson Lopes	1º grau completo	Atuação no Comitê Técnico de Saúde da PSR a partir de 2010	Meados de 1987 – pessoal	Convivência em instituições religiosas de acolhimento, aproximação com o movimento social por meio de grupos católicos	Sim

	Entrevistados	Escolaridade	Entrada na saúde*	Contato com a situação de rua**	Vinculação a religião ou a ações caritativas	Participação direta na formulação da Portaria 122/2012
10	Rosana Ballesterro Rodrigues	Graduação em Psicologia	2000	2002 – militância	Sim, família católica. Agente teve atuação em militância religiosa, envolvimento com a Teologia da Libertação	Sim
11	Maria Lucia Pereira	2º grau completo	Atuação no Comitê Técnico de Saúde da PSR a partir de 2010	1980 – pessoal	Convivência em instituições religiosas de acolhimento, aproximação com o movimento social por meio de grupos católicos	Sim
12	Maria Angélica Crevelim	Graduação em Enfermagem	1999	2002 – profissional	Sim, pais católicos. Primeiro local a trabalhar foi hospital católico	Não
13	Claudio Barreiros	Graduação em Psicologia	1995	2009 – profissional	Militância social do agente durante o ensino médio, mas sem vínculo com instituições religiosas. Posterior desenvolvimento de trabalhos sociais.	Sim
14	Letícia Toledo Amaral	Graduação e Mestrado em Psicologia	2000	2000 – profissional	Sim, família kardecista, com atuação caritativa em favelas	Sim
15	Miriam Abou- yd	Graduação em Medicina e Psicologia	1978	1981 – profissional	Não. Militância social da agente após graduação	Sim

FONTE: próprio autor

* Entrada no espaço social da saúde (ano da graduação ou início de atuação)

** Início do contato e/ou atuação com a situação de rua, e natureza do contato inicial

*** Histórico familiar ligado a alguma religião e/ou a instituições de caridade e apoio social

O que se verifica neste último quadro são muitos agentes com trajetória de vida marcada por vinculação religiosa e participação em ações caritativas. Em especial, três deles declararam envolvimento com a Teologia da Libertação (Rosana, Hêider e Júlio) e outros agentes, ao descreverem a atuação de familiares com movimentos políticos da igreja católica, deram a entender que se tratava também de ações inspiradas por essa teologia. Dois dos agentes mais antigos no campo da saúde e envolvidos com a situação de rua não participaram diretamente das discussões sobre a portaria 122/2012, mas tiveram influência importante no desenvolvimento da política. Obtivemos entrevistas com alguns envolvidos com a referida portaria, contemplando a indicação de Bourdieu de que os melhores informantes serão aqueles que estiveram dentro do campo (Bourdieu, 2014).

A grande maioria dos entrevistados teve contato com o tema da PSR por meio de atividades profissionais e atuaram inicialmente em projetos que não eram específicos para esse público. Anderson e Maria Lúcia, que estiveram em situação de rua por alguns anos, seguiram para a militância. E Marivaldo buscou graduação para atuar profissionalmente com o tema após alguns anos nas ruas. Exceto os agentes que tiveram experiência de vida com a situação de rua, nenhum dos entrevistados iniciou sua trajetória diretamente com o tema das PSRs.

A fim de contextualizar a análise da gênese, apresentamos a seguir uma síntese da conjuntura política e dos principais fatores ligados ao desenvolvimento das políticas de saúde para PSR:

Quadro 11 - Síntese da conjuntura política e principais fatos ligados ao desenvolvimento das políticas de saúde para PSR, entre os anos 1976 e 2015.

Período/fatos	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Governo federal		1985 - Fim da ditadura militar, início do governo presidencial de José Sarney 1988 - Promulgação da Constituição	1990 - Início do governo presidencial de Fernando Collor de Melo 1990 - promulgação do SUS	1992 - início do governo presidencial de Itamar Franco 1995 - início do 1º governo presidencial de Fernando Henrique Cardoso	1998 - reeleição de Fernando Henrique Cardoso	2003 - início do governo presidencial de Luís Inácio Lula da Silva 2005 - criação da SGESP	2007 - início do 2º governo presidencial de Luís Inácio Lula da Silva	2011 - início do governo presidencial de Dilma Rousseff
Plano internacional sobre a questão das drogas e PSR	Visibilidade das ações dos MSF e MdM no mundo Disseminação da política de guerra às drogas pelo governo norte-americano	1984 - início do trabalho com as "junkiebond" na Holanda	1988 - participação de representantes do governo brasileiro em reunião da ONU sobre drogas		1998 - assinatura da Declaração dos Princípios Diretivos da Redução da Demanda por 150 países, na assembleia da ONU sobre drogas			
Políticas voltadas às drogas no Brasil	1976 - Lei nº 6.368 (medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes); 1980 - criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, e do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) (1)	1980 a 1993 - surgimento de órgãos que coordenavam pesquisas e ações referentes às drogas, como o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, da Secretaria Nacional de Entorpecentes, ligada ao MJ	1987 - 1º Levantamento Nac. sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua (MS) 1988 - criação da Política Nacional na Questão das Drogas (1)	1991 - criação do Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, pelo MS	1997 - 4º Levantamento Nac. sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua (MS) 1998 - criação da Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (1) 1998 - Programa Nacional Antidrogas 1998 - participação de representantes do Brasil na assembleia da ONU sobre drogas 1998 - criação da Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD)	2001 - III Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 - Lei nº 10.216/01 (2001 - II Fórum Nacional Antidrogas 2002 - Lançamento do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, pelo SUS 2002 - portaria 816/2002 para implementação dos CAPS AD 2003 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas 2005 - alteração do Prog. Nac. Antidrogas por Políticas Públicas sobre Drogas 2005 - Portaria 1059/2005, relativa a políticas de redução de danos	2007 - apresentação da Política Nacional sobre o Álcool pelo MS 2009 - Lançamento do Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) 2009 - 1ª Chamada de Seleção de Projetos de CdR 2010 - Lançamento do PIED 2010 - 2ª Chamada de Seleção de Projetos CdR (15) 2010 - II Oficina Nacional de CdR do SUS 2010 - IV Conferência Nacional de Saúde Mental (10)	2011 - Organização da Rede de Atenção Psicossocial, apresentando pela 1ª vez o Consultório na Rua (5, 6, 10, 15) 2011 - Prog. Cracké Possível Vencer (5, 6)
Marcos legais da atenção primária no Brasil				1991 - implantação do PACS 1994 - Implantação do Programa Saúde da Família		2005 - Plano "Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas" da OPAS/OMS	2006 - aprovação da PNAB, reformulação do PSF para ESF	2012 - nova PNAB
Mobilização Social e políticas nacionais voltadas às PSR						2001 - 1ª Marcha Nacional da População de Rua (3, 13) 2004 - início de encontros promovidos pelo MDS pra discutir políticas às PSR (9) 2005 - I Encontro Nacional sobre PSR (3)	2007 - criação do GT Interministerial para a PSR (3, 9, 11) 2008 - Pesq. Nac. PSR 2008 - Pol. Nac. de Inclusão Soc. da PSR (3, 9, 11, 12, 13) 2009-10 - Projeto de Capacitação e Fortalecimento Instituc. da PSR (8) 2009 - criação do Comitê Técnico de Saúde para a PSR (2, 8, 9) 2010 - reuniões do CTSPSR (2, 3, 4, 8, 9)	2012 - lançamento portarias 122 e 123, do CnR (4, 5, 7, 8) 2012 - capacitações sobre o CnR (2, 8) 2014 - portaria 1029/2014 relativa à composição e CR (4, 8, 7)

Legenda:	6- R. Tykanori	12- Marta
1- A. Nery	7- Alexandre	13- Julio
2- Maria Lúcia	8- Rosana	14- Maria Angelica
3- Anderson	9- Letícia	15- Cláudio
4- Hêider	10- Mirian	
5- A. Padilha	11- Marivaldo	

FONTE: próprio autor

Na figura acima destacamos em cinza os números que indicam a participação dos agentes na produção dos documentos ou em eventos ligados às políticas de saúde para as PSRs.

O CETAD e os programas de redução de danos

Antônio Nery nasceu em Vitória da Conquista e seus pais são oriundos de outras cidades do interior da Bahia, ambos com ensino fundamental incompleto. Devido à morte prematura da mãe, Nery teve mais contato com seu pai e suas avós – o pai era funcionário público no Departamento Nacional de Estradas de Rodagem, a avó materna era doméstica e a avó paterna geriu um pensionato por alguns anos. Sobre os avós, Nery apenas soube que o pai de sua mãe era um político importante em uma cidade do interior baiano. Nery realizou graduação em Medicina e foi convidado a trabalhar com reclusos de um manicômio judiciário em 1970. Devido ao interesse em estudar psiquiatria social, soube de algumas possibilidades de estudar fora do país. Em 1973, inscreveu-se para realizar especialização em psiquiatria na França, onde permaneceu por cinco anos, vindo a trabalhar como psiquiatra em Paris. Nesse período, Nery teve contato com a intervenção iniciada pelos Médicos do Mundo ⁴

4 A Associação Médicos do Mundo (MdM) teve sua origem na dissidência de integrantes de outras duas instituições humanitárias, a Cruz Vermelha e os Médicos Sem Fronteiras. A Cruz Vermelha foi a primeira instituição de ação humanitária criada na Europa, fundada em 1863 em Genebra, Suíça (Durand, 2011). Tinha a função de socorrer as vítimas no campo de batalha, sem se envolver com nenhuma das partes em guerra (Estébanez, 2005). Em 1967, foi iniciada na Nigéria uma guerra civil entre dois grupos políticos que disputavam o poder do país. Cinquenta médicos franceses da Cruz Vermelha decidiram ir até Biafra em 1968, uma das regiões de maior conflito, para oferecer assistência à população impactada pela guerra, e entre eles estava Bernard Kouchner. Após presenciarem a violência das tropas nigerianas, Kouchner e alguns de seus colegas expressaram descontentamento diante da limitação imposta pela instituição em não intervir em conflitos políticos e decidiram quebrar seus contratos com a Cruz Vermelha. Eles também começaram a fornecer ajuda humanitária sem os regulamentos impostos à Cruz Vermelha e resolveram organizar o GIMCU (Groupe d'Intervention Medical et Chirurgical d'Urgence). Em 1971, este grupo se reuniu com os Secours Medical Français, que no mesmo ano estavam atuando no Paquistão, e fundaram um grupo maior, os Médicos Sem Fronteiras (MSF) (Bortolotti, 2004; Shampo, et al., 2011). Esta instituição se estabeleceu com o objetivo de atuar na assistência itinerante em saúde a grupos vulneráveis, primeiramente em contexto de guerra (Médicos do Mundo, 2016). Kouchner liderou, no início de 1979, um grupo de médicos e jornalistas para socorrer e denunciar a situação de refugiados vietnamitas no meio do mar, mas tal ação não foi apoiada por outros membros dos MSF, por ter sido considerada midiática. Esta divergência resultou no afastamento de Kouchner e outros membros da MSF, e então criaram a Associação Médicos do Mundo (MdM), em 1980 (Shampo, et al., 2011; Médicos do Mundo, 2016). Tanto a MSF como a MdM viriam

(MdM) em Paris, ação que contou com equipes itinerantes de saúde de assistência para as pessoas que viviam nas ruas, muitas delas infectadas pelo vírus HIV.

As experiências vividas com as equipes da MdM sensibilizaram Nery e o inspiraram para iniciar um trabalho de observação e abordagem nas ruas de Salvador junto a um colega de faculdade, em 1985. Nesse período, ele já havia assumido cargo de professor na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Nery se aproximou das demandas das pessoas que viviam em locais públicos de Salvador, tendo enfoque maior em crianças e adolescentes. Sentindo a necessidade de mais suporte para entender essa realidade, buscou informações por meio de Claude Olievenstein, professor do Centro Médico Mormattan, que realizava pesquisas a respeito das políticas sobre drogas na França. Este professor defendia que a abordagem das políticas públicas deveria focar, sobretudo, no cuidado aos usuários das substâncias e não na repressão e criminalização ao uso. A relação entre Nery e esse professor perdurou por anos, inspirando a criação do CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Nery reconheceu o potencial das ações voltadas ao cuidado de usuários de drogas e entendeu que precisaria estabelecer um centro de estudos. Por meio da influência de Olievenstein, o Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia aceitou financiar o CETAD em 1985.

Com o apoio do Departamento de Anatomia, o CETAD obteve estrutura inicial para atendimentos em base fixa e para o deslocamento de pesquisadores e técnicos aos pontos da cidade com maior concentração de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, além da organização de pesquisas na área. Segundo Nery, a ideia inicial do CETAD era não ser configurado como um serviço de saúde, de modo a evitar práticas consideradas tradicionais e rígidas oriundas desse setor, estruturando-o como serviço de apoio social, com perspectiva voltada mais ao usuário e seu contexto de vida. No início do trabalho, o grupo constituinte do CETAD verificou um alto número de crianças e adolescentes em situação de rua e uso abusivo de substâncias psicoativas

a utilizar o conceito de “quarto mundo”, referindo-se focos de pobreza e a grupos de excluídos e vulneráveis dentro de países de primeiro mundo. Desenvolveram ações em grandes cidades europeias, para além das atividades em outros continentes (Estébanez, 2005).

em Salvador, mas que não acessavam o centro de tratamento por desconhecimento ou por falta de condições para se deslocar ao serviço. Com o interesse em obter informações de outros trabalhos de abordagem de rua, Nery foi à cidade de Santos, em 1989, para conhecer o trabalho de redução de danos.

A cidade de Santos foi pioneira nas ações de redução de danos no país. Em 1989, Telma de Souza, do Partido dos Trabalhadores, foi eleita prefeita de Santos e convidou David Capistrano, agente da reforma sanitária, para ser secretário municipal de saúde. Roberto Tykanori foi convidado para trabalhar como médico psiquiatra devido a seu envolvimento com o partido e com o movimento sanitário. Segundo Tykanori, Capistrano entrou em contato com as demandas oriundas das pessoas que viviam com HIV/AIDS na cidade, ao mesmo tempo em que a mídia começava a divulgar uma epidemia da doença. Na época, havia apenas programas voltados a esse público oferecidos pela iniciativa privada. Capistrano constatou o alto número de pessoas com HIV no município e decidiu divulgar a informação aos jornais, entendendo que era necessária mais visibilidade sobre o assunto. Esta ação gerou um escândalo, pois a cidade passou a ser reconhecida como a cidade com maior número de casos no país. O secretário de saúde organizou reuniões semanais com sua equipe para planejar ações e então alguns projetos foram desenvolvidos como ações informativas aos usuários de substâncias e a implantação de casas de apoio a pessoas infectadas que estavam em situação de rua, muitas delas devido ao preconceito de familiares. Como era difícil chegar até as pessoas, a gestão da secretaria de saúde considerou investir no deslocamento dos trabalhadores até os locais de vida e/ou de uso de drogas, como bares da região do porto, prostíbulos etc. Concluíram que deveria ser criada uma unidade específica de saúde para esta região, uma policlínica no porto.

Alguns integrantes da secretaria municipal de saúde tiveram conhecimento de publicações holandesas, que apresentavam ações de troca de seringas sem que os usuários precisassem se identificar. Os profissionais holandeses iniciaram testes nas seringas entregues e perceberam que ao longo do tempo elas retornavam mais limpas, com menor quantidade do vírus HIV. Além disso, estava ocorrendo gradual aumento no número de seringas trocadas. Isso trouxe indícios de que a contaminação estava diminuindo. Esse projeto animou a equipe de Santos, que resolveu aplicar esta estratégia na cidade, mas devido à grande resistência e dificuldades de locomoção do

público em ir até um ponto específico para a troca de seringas, formou-se uma equipe itinerante. Porém, o Ministério Público entendeu que isso seria incitação ao uso de drogas e emitiu mandado de prisão para Capistrano e um de seus principais técnicos. Com o recuo da prefeitura, alguns grupos de iniciativa civil resolveram continuar a troca de seringas e intensificaram as ações de busca ativa em cortiços, casas abandonadas e áreas degradadas da cidade, para localizar os usuários e fazer as trocas, oferecer material limpo para uso de substâncias, preservativos e realizar orientação e vínculo. Tykanori afirma que o trabalho de rua foi iniciado em função dos casos de HIV/AIDS:

Essa coisa de intervenção na rua ela tem origem na história da AIDS, antes de mais nada. Nos anos 90 o pessoal ia para a rua, está dentro dos muquifos, tal, tal, (...), mas tem uma história, eu acho que se for pensar assim, da onde vem? Disponibilidade de estar com pessoas que estão na rua? De fato, na minha memória vem por conta da AIDS, e era um problema realmente lidar com isso, as pessoas escondidas nos muquifos, fazia atendimento na rua, usuário de droga injetável ele se esconde, então é mais complicado, então era só estar na rua, estar buscando, procurando as pessoas. (Roberto Tykanori, entrevista em 20/06/17)

Outra experiência de rua em Santos, surgida na época, ocorreu com a criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e a necessidade de os técnicos irem até a comunidade, realizar intervenções de urgência em saúde mental, conhecer as famílias etc. Foi a intersecção entre AIDS, drogas e saúde mental que resultou nos programas de busca ativa. Para a equipe de Santos, a questão era a AIDS e não as drogas em si.

Após conhecer a iniciativa santista, Nery elaborou, junto com demais colegas do CETAD, o projeto “Banco de Rua”, que atuou entre 1989 e 1991. A iniciativa teve o objetivo de conhecer a realidade de crianças e adolescentes, por meio de observação participante nas ruas da capital baiana. Segundo Nery, a proposta era se aproximar desse grupo e, através do vínculo e do saber que esse público trazia, construir propostas.

A experiência do Banco de Rua constituiu material empírico da tese de doutorado de Nery, na Universidade de Lyon, defendida em 1993, sob a orientação do prof. Olievenstein. O contato de Nery com os pesquisadores franceses perdurou nos anos seguintes. Nery retornou à França e atuou em uma equipe de Médicos do Mundo, acompanhando o trabalho desenvolvido com o uso de um veículo, no atendimento à

população nas ruas. O retorno deste agente a Salvador impulsionou as ações para a implantação do projeto Consultório de Rua, detalhadas na dissertação de Mirian Gracie Plena Nunes de Oliveira (Oliveira 2009).

Mirian, médica de formação com especialização em psiquiatria, havia iniciado trabalho de assistência aos portadores de HIV/AIDS na rede pública de Salvador, que em grande parte tinham se contaminado por meio do uso de drogas injetáveis. Também teve contato com pessoas que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) em seu consultório particular. Essas duas situações a levaram a procurar o CETAD/UFBA com o desejo de aprofundar seu conhecimento na temática das drogas. Com a conclusão de seu período de estágio, ela foi convidada por Antônio Nery para atuar na equipe clínica do centro e, em 1997, conheceu o projeto Consultório de Rua. Na época, era ainda uma proposta não implantada de serviço de atendimento móvel voltado a meninos e meninas usuários de SPA que vivenciavam risco pessoal e social.

No ano seguinte, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) de Salvador iniciou a busca por soluções em relação às crianças em situação de rua que circulavam no Centro Histórico, usuárias de drogas. Tal ação ocorreria em função da pressão de comerciantes do Pelourinho. Os técnicos do SETRADS haviam iniciado um projeto emergencial para oferecer alimentação, dormitório e atividades lúdico-pedagógicas. A equipe do CETAD resolveu participar de um dos encontros desse projeto, sendo que Mirian tomou a iniciativa de apresentar a esta equipe a proposta do CdR. O CETAD realizou momentos de capacitação sobre drogas com a equipe do projeto e efetivou um estudo sobre o perfil das crianças e adolescentes participantes do projeto (Oliveira 2009).

Em janeiro de 1999, como resultado da articulação de Mirian e Nery, a SETRADS firmou um convênio com o CETAD para financiar o Consultório de Rua. Foram disponibilizados recursos para que a equipe atendesse crianças e adolescentes não apenas do Pelourinho, mas também de outras três regiões da cidade onde esses grupos se concentravam (Oliveira, 2009). Dessa forma, implantou-se a primeira equipe de Consultório de Rua. Conforme descrito por Nery, esse trabalho teve o objetivo de chegar às crianças e aos adolescentes de maneira mais acolhedora e efetiva do que os outros serviços públicos da cidade, incluindo a abordagem feita até então pelo CETAD. Esta equipe se manteria ativa até 2004, tendo seu trabalho paralisado por falta

de continuidade de financiamento pela prefeitura e pelo governo estadual. Nos anos seguintes, o CETAD continuou os atendimentos em sua sede e Nery procurou por outras formas de financiamento para o CdR, não obtendo sucesso ao longo de 6 anos.

A fim de advogar a favor da inserção de projetos de redução de danos no governo federal, Nery vinha participando do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) desde os anos finais da década de 1980 e início dos anos 1990. Nery relatou sua frustração pelo fato do Ministério da Justiça, através do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Prevenção de Entorpecentes, ter se tornado o primeiro órgão público a se ocupar da questão do uso abusivo de drogas em nosso país, seguido com atraso de vários anos pelo Ministério da Saúde.

Nery acompanhou todo o processo anteriormente apresentado e estabeleceu redes de contato com agentes do CONFEN e da SENAD, que facilitaram a continuidade de sua participação em reuniões na década de 2000, quando conheceu o então secretário General Paulo Uchôa. Através da relação estabelecida entre o entrevistado e o secretário, os componentes da SENAD realizaram uma visita à Salvador no ano 2000, com a intenção de conhecer o projeto Consultório de Rua. Segundo Nery, a visita chocou e comoveu a comitiva. A iniciativa soteropolitana foi reconhecida em todo o país, mas foi incluída na proposta de reestruturação da SENAD e recebeu financiamento federal apenas em 2009:

(...) aí eu fiquei surpreso, legal, depois de tantos anos valeu a pena aquele chororô do secretário, nós ficamos aqui convictos como valeu, uma mera visita com chororô foi massa e nós aparecemos pela primeira vez, aí como esse documento foi nacional, todo mundo no Brasil começou a falar um pouco do Consultório de rua. (Antonio Nery, entrevista em 20/09/2015)

Apoiado em seu alto capital científico e considerável capital militante, Nery conseguiu conquistar o reconhecimento de seu programa como uma prática a ser assumida por todo o país a partir de 2009, através da SENAD.

A gestão do general Uchôa na SENAD durou até a metade do segundo governo de Lula, e teve um tom consideravelmente militar. Porém esse período também foi marcado por maior abertura para participação de agentes da redução de danos, o que permitiu intensa disputa entre pessoas com posições divergentes na secretaria (Garcia, et al., 2008). A Associação Brasileira de Redutores de Danos fez duras críticas à gestão da SENAD sob a batuta de Uchôa, que havia restringido a parceria entre a secretaria e

a associação (reportagem no anexo V). E apesar da relação estabelecida entre Nery e Uchôa, muitos agentes da SENAD, contrários à redução de danos, investiram por muito tempo na recusa de projetos dessa natureza – como vimos, demoraram 9 anos para que a secretaria reconhecesse o valor dessas propostas.

Com efeito, a partir de 2002, o MS começou a assumir o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas e criou importantes propostas para a temática, como os CAPS AD e a portaria relativa ao financiamento de ações em redução de danos. Por outro lado, em 2009, simultaneamente à SENAD, o MS desenvolveu o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e citou os Consultórios de Rua como práticas a serem fortalecidas e expandidas (Brasil, 2009). No ano seguinte, tal proposta viria a ser reafirmada através do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) (Brasil, 2010a). Porém Nery afirmou que estas ações do MS não ocorreram por meio de sua articulação, pois ainda mantinha muitas críticas sobre o atraso do ministério em assumir a demanda das drogas.

O investimento constante de Nery em relação ao seu projeto Consultório de Rua permitiu seu financiamento por alguns anos. Diferentemente do que ocorreu em Santos, o programa não sofreu intervenção do Ministério Público e pôde prosperar. Nery utilizou de seus capitais cultural-científico, militante e político para acessar instâncias nacionais de decisão e assim divulgar seu projeto. Ao mesmo tempo em que ganhou reconhecimento no campo político, também conquistou posições vantajosas no campo acadêmico. Porém a incorporação desse projeto pelo ministério, em 2009, seria em decorrência da entrada de agentes favoráveis à redução de danos, que reconheciam este projeto como prática exitosa e valorizavam Nery como agente importante no espaço social.

Desenvolvimento dos programas em Atenção Básica para as PSRs

A política de atenção primária foi iniciada, no Brasil, com o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (Brasil. Ministério da Saúde 1996). Este, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), induziu a reformulação dos serviços municipais de atenção primária de todo o país (Crevelim,

2004). De sua criação até o ano de 2003, as políticas de atenção primária e, de maneira geral, o SUS, não apresentaram propostas específicas às PSRs (Brasil 2003b).

A partir da abertura e investimentos do governo federal para a atenção básica, ocorreram nos anos de 2003 a 2008 iniciativas que viriam a influenciar as discussões a respeito de programas em saúde para PSRs. Tais ações ocorreram quase em paralelo ao avanço do Consultório de Rua em Salvador.

O programa A Gente de Rua em São Paulo

O município de São Paulo implantou o programa de agentes comunitários (PACS) em algumas unidades de saúde, sob determinação do governo federal, em 1994. No ano seguinte, o Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac iniciou a organização de ações específicas para a atenção em saúde das PSRs a partir da atuação do PACS, devido ao alto número de pessoas nessa condição que procuravam pelo serviço (Carneiro et al., 2010). Com o êxito dessa experiência e de outras ações como a implantação da Casa de Cuidados Carolina Maria de Jesus – um serviço voltado as PSRs egressas de internações médico-hospitalares – ficou evidente a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a partir da ideia de “discriminação positiva” (Carneiro-Junior et al. 1998, 2010). Ademais, foi instituída a lei 12.316 em 16 de abril de 1997, por meio da articulação da vereadora e assistente social Aldaíza Sposati, que obrigava o município a oferecer assistência às PSRs.

Segundo Pe. Júlio, foram iniciadas no ano 2000 reuniões com a rede de assistência social e trabalhadores de serviços religiosos para organizar manifestações em prol das PSRs. Em 2003, chegaram à conclusão que deveriam requisitar ao poder público programas em atenção básica a esse segmento social:

Nós fazíamos um dia de luta para o povo da rua como uma manifestação e tudo, e no governo da Marta nós, quando fizemos essa manifestação, umas das questões era saúde, e na discussão no dia surgiu a possibilidade, ‘por que não tem uma saúde da família para a população de rua, por que a população de rua está excluída da família?’ E aí então se criou o agente de saúde comunitário da rua, que começou com um grupo pequeno, que era uns oito, dez pessoas. (Pe. Júlio Lancelotti, entrevista em 21/07/2015)

Em 2003, por exigência do movimento social, foi criada uma equipe do PACS voltada especificamente à população de rua, que atuou por meio de visitas de agentes

aos serviços sociais da região de abrangência do centro de saúde escola (Carneiro et al., 2010). Esse trabalho foi possível com a parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que recrutaram uma enfermeira e um agente comunitário egresso da situação de rua. Conforme Marta Marques, foi por influência do padre Júlio – agente com considerável reconhecimento tanto na cidade de São Paulo como no país no tema da PSR por meio de sua atuação na Pastoral do Povo da Rua, vinculado à Teologia da Libertação⁵ – que ocorreu a escolha de uma pessoa em situação de rua para atuar nesse programa.

Houve também, no mesmo ano, o “Dia de Luta da População em Situação de Rua”, uma mobilização de iniciativa dos trabalhadores dos serviços voltados às PSRs, que agregou lideranças entre a população de rua, com apoio da Pastoral do Povo da Rua, segundo Marta e Júlio. Essa manifestação reivindicou melhorias no acesso aos serviços da rede intersectorial a essa população. Havia grande descontentamento frente ao preconceito exercido pelas equipes de saúde, que resistiam em oferecer atendimento a esse grupo (Canônico, et al., 2007). Na época, Maria Angélica, enfermeira que atuava na secretaria de saúde com foco na região central da cidade, foi designada a participar desse evento. Ela reuniu uma série de agentes dos serviços e da secretaria municipal

5 A Teologia da Libertação teve suas origens na Doutrina Social da Igreja (DSI), que foi um movimento disparado pelas críticas de alguns padres católicos às péssimas condições de trabalho vivenciadas por operários na Europa do século XIX. Essa tomada de consciência de alguns agentes da Igreja Católica levou à escrita da encíclica *Rerum novarum*, publicada pelo Papa Leão XIII em 15 de maio de 1891. Ela clamava aos líderes religiosos e aos leigos que refletissem e elaborassem ações a respeito dos efeitos nocivos das injustiças produzidas pelo setor operário emergente (Ivern, et al., 1994). Apesar de ter sido um movimento reconhecido como mobilizador da aproximação da igreja católica com a questão social, muitos padres consideraram a DSI limitada na crítica em relação ao capitalismo crescente no final do século XIX na Europa e na América. No Concílio Vaticano II, ocorrido entre 1962 e 1965, houve confrontos entre agentes mais conservadores e agentes que visavam mudanças nas ações da igreja, inspirados pelo marxismo. Como resultado desse debate, a igreja católica passou a considerar ideias do materialismo histórico e a reconhecer seu potencial de transformação social (Ivern, et al., 1994; Mattei, 2012). Os bispos latino-americanos, que já haviam se reunido em 1964 no Concílio, intensificaram seus encontros e, em 1968, organizaram em Medellín, na Colômbia, a Conferência Geral dos Bispos Latino Americanos. Dessa conferência se originaram as principais ideias para a Teologia da Libertação: a opção preferencial pelos pobres e a “libertação social”, por meio da transformação da sociedade (Brito, 2010; Mattei, 2012). A Teologia da Libertação propõe uma análise da realidade e posterior planejamento de soluções através da reflexão teológica e das ações pastorais – atividades não apenas de “pregação” em mão única, mas sim que promovam debates e a conscientização das condições injustas de vida (Altmann, 1979).

de saúde de São Paulo para pensar em programas públicos. Os debates nas reuniões foram centralizados nas experiências do PACS para esse segmento e então surgiu a proposta de se fortalecer essas equipes, convidando também mais PSRs para trabalhar. Porém essa organização estava ocorrendo lentamente.

O ano de 2004 foi marcado pela chacina ocorrida na Sé iniciada no dia 19 de agosto, quando seis pessoas que dormiam nas ruas foram assassinadas durante as madrugadas entre os dias 19 e 21. Esse fato intensificou a mobilização de PSRs e trabalhadores da rede de assistência que, com o apoio do Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis, constituíram o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) ⁶ (Reis, 2011).

6 O Movimento Nacional da População de Rua é formado por pessoas em situação de rua e pessoas que tiveram “trajetória de rua”, ou seja, que em algum momento de suas vidas estiveram nessa situação. Sua criação foi estimulada por grupos que desenvolviam trabalhos junto a esse segmento social, após a Chacina da Sé ocorrida em 2004, e com o apoio do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Iniciado pela articulação de representantes de São Paulo e Belo Horizonte, em 2011 o movimento possuía representações também em Fortaleza, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador (Reis 2011). Atualmente há grupos e representantes vinculados ao MNPR nos estados de Alagoas, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Brasília, Paraná, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Bahia, Espírito Santo, Goiás e Maranhão, segundo Maria Lúcia Pereira.

Quadro 12 - Reportagem relativa à chacina da Sé

22/08/2004 – 19h13

Sobe para seis o número de mortos em ataques a moradores de rua

da **Folha Online**

Subiu hoje de quatro para seis o número de moradores de rua mortos com golpes na cabeça em ataques que começaram na quinta-feira passada (19) na região da praça da Sé, no centro de São Paulo. Há ainda oito pessoas feridas, totalizando 14 o número de vítimas, segundo a contagem oficial.

Esses dados foram divulgados hoje pela Secretaria de Segurança Pública de São Paulo, que deixou de incluir na lista outros casos por discordar da sua ligação com a série de crimes.

Um homem, ainda sem identificação, morreu às 5h30 na UTI do Hospital do Servidor Público Municipal. Ele estava internado desde a última quinta-feira.

Também, na madrugada deste domingo, uma mulher branca –identificada apenas como Maria— que aparentava ter 40 anos foi encontrada morta na rua Barão de Iguape, região central da cidade. Ela tinha ferimentos na cabeça.

Outros dois mortos ainda não foram identificados, e os corpos permanecem no IML (Instituto Médico Legal). Ontem, duas vítimas foram sepultadas: Ivanildo Amaro da Silva, 41, conhecido como Pantera, foi enterrado no cemitério da Saudade, em São Miguel Paulista (zona leste), enquanto Cosme Rodrigues Machado, 56, foi enterrado no Cemitério da Vila Formosa (zona leste).

Mais feridos

Para a Secretaria de Segurança, o saldo oficial de feridos nos ataques passou de seis (até ontem) para oito, contrariando a contagem (9) feita nos três hospitais onde as vítimas foram internadas (Hospital do Servidor Público Municipal, Hospital Municipal Alípio Correia Neto, em Ermelino Matarazzo, e Santa Casa da Misericórdia).

Segundo a secretaria, uma mulher identificada como Maria de Lurdes de Souza, 47, branca, sofreu agressões na praça São Vitor, na região do Parque D. Pedro. Já outro morador de rua não identificado, pardo, com 1,70 metro, aparentando 45 anos, sofreu agressões na rua Quintino Bocaiúva.

A secretaria não incluiu no seu saldo outros casos envolvendo moradores de rua, como o de Rivelino Joanela Lemes Pedroso, 25, magro, de cor parda, com 1,80 metro de altura e uma tatuagem de dragão nas costas. Ele foi agredido na praça da Sé.

Também foi excluído da lista oficial o caso de um homem atingido por bomba caseira ontem na zona leste. A justificativa foi de que esses casos diferem do padrão verificado nas outras agressões.

"Diariamente há casos envolvendo moradores de rua. Esse é o cotidiano da cidade de São Paulo", disse o secretário Saulo de Castro Abreu Filho.

Os casos são investigados pelo DHPP (Departamento de Homicídios e Proteção à Pessoa). As quatro principais linhas de investigação são: briga entre os próprios moradores de rua, acerto de contas por traficantes de drogas, ação de grupos de intolerância ou movimento financiado por comerciantes da área. A Associação Comercial de São Paulo classificou essa hipótese de "absurda".

FONTE: (Folha Online, 2004)

Júlio relatou que a partir da manifestação de 2003, das mortes ocorridas em 2004, e com o fortalecimento do movimento social, o governo municipal se viu pressionado a dar respostas às condições de assistência em saúde para as PSRs. A partir das discussões que já vinham sendo feitas na secretaria de saúde, os responsáveis pela

atenção básica do município foram delegados a elaborar um projeto para serviços que atendessem adequadamente as PSRs, conforme relatado por Marta e Maria Angélica. “Esse tipo de coisa acontece quase sempre quando tem pressão popular, e aí aconteceu o massacre, a chacina, e aí então o negócio rolou rapidamente” (Maria Angélica Crevelim, entrevista em 03/2016).

Os gestores da atenção básica junto com demais membros da SMSSP propuseram o projeto A Gente na Rua, lançado em 2004, que utilizou a estratégia da Saúde da Família para delinear suas ações. Como não havia verba para iniciar uma equipe nova e nem concurso, Maria Angélica buscou parceiros. Porém muitos deles se recusaram a apoiar o projeto, inclusive a Santa Casa, que já geria a equipe para PSRs, pois se incomodavam com a liderança polêmica de Pe. Júlio. Havia também a resistência das instituições em trabalharem com população de rua. A prefeitura chegou a convocar estagiários de diversos cursos para atuarem nesse trabalho, mas muitos deles demonstraram medo e falta de habilidade. A Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) começou a financiar esse projeto e ofereceu uma de suas salas como base operacional da equipe, mas de maneira temporária. Por fim, o secretário de saúde da época, Gonzalo Vencina Neto, convocou o Pe. Júlio para pensar uma solução. Este último propôs que o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, uma organização católica sem fins lucrativos que já realizava trabalho com as PSRs, se encarregasse do projeto. Essa instituição ficou responsável pela contratação de parte dos trabalhadores e por sua capacitação.

Maria Angélica contou que a proposta de contrato das PSRs como agentes comunitários foi novamente considerada, mas frente ao desafio de apoiá-los a gerir seus salários, foi sugerida a contratação de uma assistente social. Após a saída da primeira assistente social, Marta assumiu o trabalho como estagiária, a convite do Pe. Júlio. Ela já tinha experiência de voluntariado em orfanato e em projetos de apoio social. Por atuar na Unicef, acabou conhecendo o Pe. Júlio, pois o projeto A Gente na Rua, como dito, estava tendo como base um prédio fornecido pela fundação:

Como eu acompanhava crianças com HIV da Casa Vida e onde o Padre Júlio tinha ligação com a instituição. O Padre Júlio gostava do jeito que fazia o trabalho com jovens, como acompanhava esses jovens e ele me convidou para ser estagiária. Falaram ‘é um projeto que tem começo, meio e fim, a gente precisa levantar um estudo e precisa dar uma resposta para a sociedade, então vamos fazer o projeto’, aí o padre Júlio na época falou, ‘tem que ser pessoas que

vieram da rua, porque a gente não acredita que outro tipo de profissional possa abordar e consiga fazer um trabalho com essa população', aí a secretaria na época topou, então o BomPar fez um processo seletivo que foi feito nos albergues, nos equipamentos sociais. (Marta Marques, entrevista em 14/09/2015)

Segundo Marta, atuar no início do A Gente na Rua foi difícil, tanto no que se referia ao apoio na administração de transporte, à alimentação e à moradia dessas pessoas, como em relação à capacitação para o trabalho, pois os agentes deveriam ter conhecimento sobre o SUS, PSF etc.

Com o sucesso inicial, o projeto foi ampliado para sete Unidades Básicas de Saúde no mesmo ano de sua criação, com 11 agentes e uma enfermeira; e no ano de 2005, mais 21 agentes foram contratados, junto a mais três enfermeiras. Três anos depois as equipes de agentes comunitários foram reconfiguradas como Equipes de Saúde da Família e aumentaram para 9, sendo contratados mais três médicos e seis auxiliares de enfermagem. Havia também duas assistentes sociais e uma coordenadora (Canônico, et al., 2007; Carneiro-Junior, et al., 2010). Marivaldo Santos, que na época estava em situação de rua, participou do primeiro processo seletivo, divulgado no albergue que frequentava. Ele relatou a resistência dos médicos em atender a população de rua nas unidades de saúde e o preconceito vivenciado pelos próprios agentes.

(...) e aí quando havia necessidade, a gente utilizava o médico da equipe de Atenção da Família que tinha uma resistência enorme, tanto para atender as pessoas que a gente trazia e conosco também, a ponto de você ir tomar água aqui, eu pegar esse copo para tomar, a pessoa que era da unidade já há muito tempo ferver o copo e dizer que a gente tinha contaminado. Então a gente presenciou isso no começo, do médico dizer que só ia atender os pacientes de rua às quatro e meia da tarde porque a sala ficava fedida e não era justo as outras pessoas entrarem na sala depois que o morador de rua atendesse. (Marivaldo Santos, entrevista em 29/09/2015)

A chegada das PSRs aos serviços de saúde ocorria por demanda espontânea ou através da abordagem do agente nas ruas, ou mesmo por encaminhamento de trabalhadores de outros equipamentos sociais. O atendimento inicial envolvia o acolhimento da pessoa pelas enfermeiras, quando eram avaliadas suas necessidades mais urgentes de saúde, e o encaminhamento aos procedimentos como consulta médica, curativo, medicação etc. Também eram realizados encaminhamentos para serviços de acolhimento institucional, cujas equipes eram acionadas para o

estabelecimento de parcerias, segundo o relato de Marta e Marivaldo. Além disso, o agente de saúde deveria acompanhar a pessoa aos demais serviços, como albergues, cartórios, bancos etc., para resolução de outras questões, e procurava permanecer em contato com o paciente mesmo após sua passagem pela unidade de saúde, de forma a manter o vínculo e a ligação entre este e as unidades. Diante da frequente perda de documentos, a equipe estabeleceu um cadastro com os dados dos usuários do serviço, e, em algumas situações, guardava seus cartões de matrícula. Também auxiliavam os usuários a se lembrar das consultas e exames, e a reforçar a continuação dos tratamentos, quando realizavam as visitas de rua.

Os resultados alcançados pelo programa A Gente na Rua nos anos de 2004 e 2005 foram comemorados pela equipe paulistana e reconhecidos pela gestão municipal, conforme conta Marivaldo. De oito pessoas com tuberculose, a equipe conseguiu a cura de sete em seis meses de trabalho, pessoas essas que já haviam tentado o tratamento algumas vezes. Por um lado, os resultados exitosos do trabalho começaram a ser reconhecidos pelos trabalhadores da rede, mas, por outro, foi necessária a produção de muitos relatórios denunciando o preconceito e a difícil negociação com esses trabalhadores para que mudanças efetivas ocorressem. Outro fator relevante de sucesso da proposta era a facilidade com que os agentes abordavam as pessoas nas ruas.

Desde o início do A Gente na Rua, a mídia divulgou algumas informações e havia muito interesse em se conhecer a vida dos agentes vindos da situação de rua, como estavam organizando suas vidas etc.:

Aí eles foram, o Jornal Folha de São Paulo, a TV Gazeta foi fazer um levantamento para verificar se eu havia ficado nos albergues, por exemplo, no Pedroso, no São Francisco, aí outros foram fazer... A Globo quando veio fazer a reportagem veio verificar se eu não era egresso do sistema penitenciário, para você ter uma ideia, porque eles achavam que a gente estava num processo de articulação muito rápido para quem veio da situação de rua. (Marivaldo Santos, entrevista em 29/09/2015)

A notícia chegou até o Ministério da Saúde, tanto por conta das reportagens como pela mobilização realizada por Marta e Marivaldo. Os dois agentes passaram a acompanhar todos os eventos realizados pelo MS desde o início do projeto, como a FENAGEP (Feira Nacional de Gestão Estratégica da Saúde, promovida pelo DAGEP), e eventos ligados ao Humaniza SUS, divulgando a experiência de São Paulo. Segundo

eles, o tema da saúde da PSR ainda não era debatido nestes espaços entre os anos de 2004 e 2007. A iniciativa de divulgar o A Gente na Rua era de Marta, que foi motivada muitas vezes por Pe. Júlio. Ambos sentiam a falta de apoio da gestão municipal na execução e divulgação do projeto, a ponto de os componentes da secretaria de saúde apenas ficarem sabendo da participação de Marta e Marivaldo nos eventos após a realização dos mesmos. Muitas vezes a gestão recebia os convites dos eventos, mas não repassava aos trabalhadores, e Marta acabava sabendo deles por outros meios. Houve momentos em que os próprios representantes do MS entraram em contato com a secretaria municipal para saber mais do projeto, que havia sido premiado em alguma mostra ou concurso, deixando surpresos os gestores municipais.

Conforme Marivaldo, o contato entre o MS a organização Bom Parto começou em 2007 – final da primeira gestão do governo Lula – no sentido de colaborar com a elaboração da política nacional para PSR por meio de um grupo de trabalho interministerial e trocar experiências sobre o A Gente na Rua. Marivaldo teve contato com o Movimento Estadual e Nacional da População de Rua e foi eleito, em alguns momentos, porta voz das requisições dos movimentos sociais frente ao MS – fato que podemos compreender mediante sua experiência de rua e pela sua trajetória escolar, reforçada pelo investimento na graduação em Assistência Social e em Ciências Sociais. O referido agente teve acesso a diversas reuniões do grupo de trabalho interministerial em Brasília no ano de 2007, conseguindo divulgar as ações realizadas na atenção básica para as PSRs. Ele passou a participar de um grupo de militantes de todo o Brasil, que contribuíram para o estabelecimento da Política Nacional para Inserção Social das Pessoas em Situação de Rua, publicada em 2008. Com a publicação da Política Nacional, Marivaldo e Marta não participaram mais de reuniões em Brasília.

As equipes do PAR mantiveram-se em funcionamento como equipes de Saúde da Família (eSF) até 2012, e foram convertidas em equipes de Consultório na Rua entre esse ano e 2014 (São Paulo, 2016). Em 2010, o município implantou duas equipes de Consultório de Rua voltadas à redução de danos, focadas na região central da cidade (Brasil, 2010b). Essas equipes permaneceram atuando até 2013 em parceria com as eSFs para população de rua, mas não obtivemos mais informações sobre elas.

As eSFs para população em situação de rua de Belo Horizonte e Porto Alegre

Em paralelo às ações desenvolvidas em São Paulo, a gestão do município de Belo Horizonte vinha organizando ações voltadas às PSRs, conforme o relato de Miriam Abou-yd e Danielle Vassalo e dissertação de Antônio Garcia Reis Junior (2011). Em 1987, foram iniciadas intervenções da Pastoral de Rua nessa capital, para os catadores de papel moradores de rua. Após sete anos de atuação solitária da pastoral, Patrus Ananias foi eleito prefeito e possibilitou que trabalhadores de todas as secretarias contribuíssem com programas para a sua gestão. Da parte da Secretaria de Desenvolvimento Social, foi iniciado um fórum específico para as PSRs, com apoio da Pastoral de Rua e a proposição de um programa voltado à população de rua (Reis Junior, 2011). Da parte da saúde, trabalhadores de hospitais psiquiátricos e dos centros de saúde se reuniram, também propuseram novos programas e indicaram Miriam Abou-yd para assumir a coordenação de saúde mental. Miriam teve formação em psiquiatria e militou por muitos anos em movimento ligado a reforma psiquiátrica. O fórum de PSR convidou a coordenação municipal de saúde mental para participar das reuniões e pensarem ações conjuntas. Na época, representantes da Santa Casa ofereceram atendimento à população de rua, mas os representantes da área da saúde rebateram, dizendo que o SUS é quem deveria oferecer cuidado a esse público.

Os técnicos e gestores da secretaria de saúde iniciaram conversas a respeito de como oferecer adequadamente esse atendimento e perceberam que havia muita demanda por atendimentos em saúde mental. Apesar de algumas críticas em relação à postura preventivista da atenção básica, a equipe entendeu que teria vantagens ao envolver os centros de saúde nesse tipo de trabalho, ao contrário do que o país vinha executando e do que o próprio MS propunha.

A partir de discussões na secretaria de saúde e por pressão do fórum da PSR e da Pastoral de Rua de BH, o Centro de Saúde Carlos Chagas, que era localizado na região central da cidade, foi escolhido para iniciar uma equipe de saúde mental em 1996, que atenderia também a população de rua. Essa equipe iria trabalhar em contato constante com os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) que estavam sendo criados no mesmo ano. A gestão municipal também procurava dialogar com as equipes dos outros centros de saúde para que passassem a atender as PSRs que os procurasse. Em 1998, foi realizado o primeiro censo específico sobre a população de

rua (Belo Horizonte, 1998a; Belo Horizonte, 1998b) e a partir desse estudo foram organizados encontros intersetoriais para a formulação de outras políticas públicas (Reis Junior, 2011).

A Secretaria de Saúde implantou, em 2000, o Programa Saúde da Família em toda a cidade, mas a equipe do centro de saúde verificou que o modelo de equipe proposto por essa política não funcionava bem para as PSRs. Assim, em 2002, por iniciativa dos funcionários desse centro de saúde, foi criada uma equipe de Saúde da Família específica para a população de rua, apresentando-se como a primeira iniciativa de PSF. Realizavam abordagem nas ruas, encaminhamento aos centros de saúde e sensibilização das demais equipes do município para o atendimento desse público (Reis Junior, 2011). As equipes de saúde mental começaram a trabalhar em conjunto com o PSF, em um modelo de matriciamento.

Interessante destacar que entre os registros da equipe acima citada estava o uso do “Manual de Segurança” preconizado pelos Médicos Sem Fronteiras. Esse manual trazia informações sobre cuidados de segurança que a equipe deveria ter no trabalho de rua, como não usar adornos que pudessem ser furtados, deixar sempre visível o logotipo da instituição, posicionarem-se de forma a ampliar o raio de visão da equipe, entre outras. Apontava a necessidade de composição de equipes multiprofissionais e determinava objetivos muito semelhantes aos adotados pelo PSF para pessoas em situação de rua de Belo Horizonte. Este documento veio a ser adaptado e utilizado no *Guia dos Agentes Comunitários de Saúde da equipe do Centro de Saúde Carlos Chagas* (Reis Junior, 2011).

Com a articulação do Fórum da População de Rua, representantes de Belo Horizonte puderam participar das reuniões ocorridas para formulação da Política Nacional para Inclusão Social das PSRs, do mesmo modo que os agentes paulistanos. Por esse caminho, puderam divulgar as experiências do PSF para PSR para agentes de todo o país e do MS.

Outra iniciativa documentada, ocorrida simultaneamente aos programas de Belo Horizonte e São Paulo, foi o PSF Sem Domicílio de Porto Alegre. Uma equipe de atenção básica foi organizada, em 2004, para realizar atendimento itinerante nas ruas, a partir das determinações da Atenção Básica e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua, desenvolvido pela secretaria de assistência social do

município (Londero, et al., 2014). Porém, essa experiência foi relatada por três dos entrevistados de maneira superficial. Eles apenas disseram que era um programa já existente em atenção primária. Os poucos registros que obtivemos apresentam a constituição de uma equipe por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários, sendo dois deles ex-moradores de rua. Realizavam atendimento às PSRs nas ruas do centro de Porto Alegre (Correio do Povo, 2007). Em 2010 o município implantou, com apoio do Grupo Hospitalar Conceição, uma equipe de Consultório de Rua, que foi convertida em 2012 para equipe de Consultório na Rua da atenção básica. Nesse mesmo ano, a prefeitura implantou uma nova eCR (Barros, 2012).

Ao mesmo tempo que as ações paulistanas foram divulgadas nas reuniões interministeriais em Brasília, as iniciativas em atenção básica de Belo Horizonte também começaram a se fazer presentes. O que verificamos é que as propostas mineiras chegaram ao MS por três vias: primeiro, pelo fato de ter sido a primeira equipe especial de PSF voltada às pessoas em situação de rua que havia solicitado financiamento ao ministério; segundo, militantes do fórum da PSR de Belo Horizonte participaram de reuniões em Brasília e divulgaram o que ocorria na cidade (não foi possível identifica-los); terceiro, houve um funcionário do MS, Antônio Garcia Reis Junior, que se interessou pelo programa mineiro e realizou sua pesquisa de mestrado a respeito dessa equipe, com o intuito também de subsidiar o DAB na organização técnico-financeira de um serviço semelhante. Esta iniciativa iria dar o tom inicial a respeito do serviço de saúde integral que o Movimento Nacional da População de Rua vinha exigindo ao MS, a ponto de ter sido escrita uma minuta de portaria fortemente inspirada nessa ideia, como veremos com maiores detalhes adiante.

Apresentamos abaixo a síntese das mobilizações sociais e políticas em Salvador, São Paulo e Belo Horizonte, com a indicação da presença e/ou colaboração dos agentes. Dividimos o gráfico em duas zonas, destacando as ações de saúde mais voltadas à atenção básica (zona superior) e ações mais voltadas à redução de danos (zona inferior).

Figura 1 – Esquema visual das mobilizações sociais e políticas executadas em Salvador, São Paulo e Belo Horizonte, relacionadas às ações de atenção básica, redução de danos e ações em favor dos direitos das PSRs.

FONTE: próprio autor

São Paulo e Belo Horizonte apresentaram desenvolvimento semelhante das políticas de saúde para as PSRs. As iniciativas em ambas as cidades receberam influências da Pastoral do Povo da Rua em seu início e projetaram as ações por meio dos serviços de atenção básica. Pôde-se perceber também o fortalecimento simultâneo de movimentos sociais. O que difere entre os processos das duas cidades foi justamente a articulação do movimento antimanicomial em Belo Horizonte e o fortalecimento de ações voltadas à saúde mental, culminando na escolha de manter o modelo de Consultório de Rua mesmo após a promulgação da portaria 122/2012, como veremos mais a frente. Em Salvador o caminho se deu pela redução de danos e com influências mais diretas do campo acadêmico, apesar do histórico da cidade em ações filantrópicas e religiosas voltadas a esse público.

SGEP e a criação do Comitê Técnico de Saúde para PSR

Em 2007 foi iniciado o segundo mandato do presidente Lula e a entrada de um novo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, com histórico ligado ao movimento sanitário. Ele orientou ações importantes para o setor saúde a partir das propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2007 (Bahia, et al., 2007). Nessa conferência foi aprovada a elaboração de políticas intersetoriais para as PSRs e uma moção produzida por Eulange de Souza, que defendia a inclusão desse segmento social nas políticas do SUS⁷ (Conselho Nacional de Saúde, 2008).

Após a pressão iniciada em 2005 pelos representantes de ONGS e fóruns ligados a PSR e pelos trabalhadores de assistência social participantes do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua⁸, o Ministério de Desenvolvimento Social encabeçou, por meio da já citada Diretoria de Proteção Social Especial, a formação de um grupo de trabalho interministerial para se dedicar especificamente à formulação de políticas voltadas a esse público. Foram convidados os ministérios: das Cidades, da Educação, Saúde, Justiça, Trabalho e Emprego, a Secretaria Especial de Direitos

7 Eulange de Souza, assistente social, militante pelo Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua desde 1985 (CNPq, 2015).

8 Nesse encontro as necessidades de melhoria dos serviços de saúde foram expostas por representantes: do Fórum Permanente de Moradores de Rua de Campinas, do Fórum de População de Rua do município de São Paulo, da Secretaria Municipal de Assistência Social de Recife, do Rio de Janeiro, de Porto Alegre, de São Luiz (MA) e de Campinas.

Humanos e a Defensoria Pública da União. Também foram convidados trabalhadores que atuavam com as PSRs e movimentos sociais. Porém não foi possível obter atas das reuniões e sabemos apenas que Marivaldo, que na época estava iniciando o trabalho no projeto A Gente na Rua, participou dos encontros. Esse grupo de trabalho teve a tarefa principal de produzir propostas para a população de rua, o que resultou na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua em 2008 (Brasil, 2008). Uma das decisões desse GTI era que cada ministério elaborasse propostas para esse grupo populacional.

Letícia Amaral foi a entrevistada com maior tempo de permanência no MS, estando no Departamento de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP) de 2007 até o momento de conclusão desta tese. Ela acompanhou as discussões que vinham ocorrendo no Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a População em Situação de Rua, representando muitas vezes o MS nessa instância. Conforme seu relato, quando o GTI solicitou aos ministérios que apresentassem propostas voltadas às PSRs, o MS foi o primeiro a iniciar a organização de um grupo específico para debater políticas para essa clientela. O coordenador de Gestão da Atenção Básica em 2007, Nulvio Lermen Junior, possui trajetória profissional vinculada à Medicina de família e comunidade e atuava junto com Antônio Garcia Reis Junior, também com trajetória marcada pela Medicina de família e interesse por grupos vulneráveis como a PSR. O grupo interministerial tinha iniciado a discussão sobre estratégias de saúde para a população de rua e as experiências paulistanas e belo-horizontinas em atenção básica estavam sendo comentadas e defendidas como modelos a serem seguidos, além dos relatos das experiências do Consultório de Rua de Nery, no GTI.

Porém o MS criou o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua (CTSPSR) apenas em 2009, por iniciativa de Jacinta Sena e Letícia Amaral da DAGEP, diante da exigência da Política Nacional para PSR de que cada ministério criasse políticas a esse público. Elas convidaram diversos representantes de áreas específicas do MS (Tuberculose, Saúde Mental, HIV/AIDS, Atenção Básica), do Ministério de Desenvolvimento Social e representantes de movimentos sociais, como o Movimento Nacional da População de Rua, a Pastoral do Povo da Rua e ainda representantes do MSF para participar das reuniões.

A primeira ata produzida pelo comitê, relativa à reunião de 18 de junho de 2010 (na qual estavam presentes três das entrevistadas, Rosana Rodrigues ⁹, Maria Lúcia Pereira¹⁰ e Letícia do Amaral – vide anexo VI), relatou a discussão sobre a necessidade de se instituir o Consultório de Rua como política permanente do SUS e a capacitação para os NASF apoiarem equipes de PSF para população de rua. A proposta sobre o Consultório de Rua não era um consenso entre os participantes e entrou em disputa com o plano de produção de minuta para “ESF Pop rua” (sic), que se tornou pauta para a reunião seguinte. Já havia debate no GTI a respeito do atendimento restrito do CdR para a população usuária de substâncias. A proposta do PSF para PSR foi defendida por representantes do DAB e ganhou a concordância da coordenadora nacional do MNPR, Maria Lúcia Pereira. Essa proposição teve o mesmo nome do programa criado em Belo Horizonte. Porém, dentro do Movimento Nacional da População de Rua havia divergência de opiniões, pois Anderson Lopes, representante do movimento por São Paulo, era a favor de se manter o CdR e investir em capacitação para as equipes de atenção básica atenderem as PSRs nas unidades de saúde, como já vinha acontecendo em seu município. Ele argumentou que criar um PSF específico para as PSRs poderia limitar o acesso delas aos serviços de atenção básica.

Dessa forma, havia a proposta de continuidade dos Consultórios de Rua, ou seja, da institucionalização permanente pelo MS de um programa voltado ao cuidado das PSRs sobre o uso abusivo de substâncias, mas também da criação de um modelo para atendimento das PSRs pela atenção básica, como vinha sido discutido no GT interministerial. A partir disso, Letícia e sua coordenadora levaram essa questão ao ministro na época, José Gomes Temporão, e iniciaram diálogo com o técnico que estava realizando mestrado sobre o PSF de Belo Horizonte, Antônio Reis Garcia Junior. A partir dessa conversa, Antônio começou a produzir uma minuta de portaria, conforme relatado por Letícia, uma proposta inspirada na iniciativa mineira. Mas outros fatores devem ser considerados: a presença de representantes da organização

9 Psicóloga, trabalhava no DAB como analista de atenção primária. Possui experiência de trabalho na organização Médicos Sem Fronteiras com populações vulneráveis e, em específico, com o cuidado em saúde das PSRs.

10 Representante nacional do MNPR, atuante em Salvador.

Médicos Sem Fronteiras¹¹ desde a primeira reunião do comitê, trazendo a experiência do trabalho itinerante e da Medicina humanitária¹²; a participação de Rosana Rodrigues, agente acima citada, recém contratada pelo MS e que havia atuado em projeto organizado pelo MSF; e uma representante da Pastoral do Povo da Rua pela arquidiocese de São Sebastião (RJ), Tania Maria Ramos C. do Nascimento¹³, demonstrando a permanente vinculação da Igreja Católica nas ações ligadas à PSR.

Rosana contou que quando começou a participar do MS e do Comitê Técnico de Saúde para as PSRs, acompanhou as discussões sobre a proposta de minuta, e a ideia foi se direcionando para atender não apenas a população de rua, mas também para outros grupos itinerantes, como os circenses. Havia também exigências a respeito da tuberculose, pois o MS tinha realizado, na mesma época, um seminário sobre o tema, promovido pelo Programa Nacional de Tuberculose, e a questão das populações vulneráveis ficou em bastante evidência no ministério.

Porém a minuta demorou um pouco para ser produzida, não sendo apresentada na segunda reunião do CTSPSR como prometido e como exigido pelo Movimento Nacional da População de Rua (Anexo VII). Interessante destacar que neste encontro, o MNPR apontou em sua agenda a participação no Seminário Nacional dos Consultórios de Rua e ao mesmo tempo exigiu a “Imediata pactuação na Comissão Intergestores Tripartite do Plano Operativo e aprovação da Minuta da Portaria de Criação de Equipes de Saúde da Família de Rua, com agentes de saúde com trajetória de rua”, tal como executado em São Paulo. A minuta de portaria foi terminada após este encontro e apresentado inicialmente para o Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde, integrante do Grupo de Pactuação Tripartite, composto por gestores do setor

11 José Mauro Gonçalves Nunes, presidente da Médicos Sem Fronteiras em 2011 e 2012, e David Oliveira de Souza, atuou como médico nessa instituição.

12 A Medicina humanitária trata do encontro entre a Medicina Hipocrática e os Direitos Humanos (já li isso em algum lugar). Propõe olhar o sofrimento humano como uma responsabilidade universal, numa perspectiva internacional. Sua prática extrapola os limites da clínica tradicional, pois suas ações também envolvem denúncia, compromisso social e elaboração de agenda política. Suas áreas de atuação vão desde zonas afetadas por catástrofes naturais e guerras, até os excluídos das esquinas de grandes cidades e mercados de drogas. Tanto a MSF como a MdM viriam a utilizar o conceito de “quarto mundo”, referindo-se a focos de pobreza e a grupos de excluídos e vulneráveis dentro de países de primeiro mundo. Com este entendimento, desenvolveram ações em grandes cidades europeias, para além das ações em outros países (Estébanez, 2005).

13 Tania colaborou com o levantamento promovido pelo MDS sobre PSR em 2007-2008 (Costa, 2007)

saúde das três esferas governamentais. Mas eram os meses finais de 2010, às portas da troca de gestões presidencial e estaduais e Leticia relata que os componentes do GT de Atenção à Saúde não quiseram encaminhar a minuta à Comissão Tripartite para não se comprometerem com a nova política. Realmente a minuta não se tornou pauta das reuniões da comissão em 2010 (Ministério da Saúde, 2017).

O DAB e a produção da nova política, em atenção básica

Com a entrada da presidenta Dilma Rousseff, em 2011, diversas mudanças ocorreram dentro dos ministérios e o médico Alexandre Padilha passou a ser o Ministro da Saúde. Seu pai, Anivaldo Padilha, participava da Igreja Metodista e integrou diversos movimentos ecumênicos contrários à ditadura¹⁴. Alexandre Padilha foi militante estudantil durante a graduação e posteriormente integrou o Partido dos Trabalhadores. Padilha fez parte, durante sua graduação, do planejamento para intervenção no hospital psiquiátrico Cândido Ferreira, que visava sua reformulação institucional, a desinstitucionalização dos pacientes e a criação das residências terapêuticas no entorno. Iniciou sua atuação profissional como residente de infectologia, atendendo grupos que viviam nas ruas, infectados pelo HIV/AIDS. Em 2003 trabalhou na Amazônia com populações indígenas, momento em que teve mais contato com o uso abusivo de álcool e com a necessidade de desenvolver estratégias itinerantes de atendimento e de redução de danos. Em 2005, atuou na área de articulação federativa do governo de Lula e logo em seguida assumiu o cargo de Ministro da Coordenação Política. Nessa última função, teve contato com as demandas ligadas às PSRs, pois, concomitantemente a esse cargo, tornou-se presidente do Conselho de Desenvolvimento Social. Nesse Conselho havia representações muito diversificadas, por exemplo representantes de grupos empresariais e de grupos de catadores de materiais recicláveis. Nesse mesmo ano, iniciou diálogo com o Movimento Nacional da População de Rua por meio desse conselho, tendo acompanhado o presidente Lula nos encontros de Natal promovidos em São Paulo pelo

14 Anivaldo participava do Movimento Latino-Americano de Igreja e Sociedade, um movimento ecumênico estimulado pela Confederação Evangélica do Brasil e apoiado por movimentos da Igreja Católica. Este movimento teve inspiração na Teologia da Libertação. Anivaldo Padilha chegou a ser torturado por agentes da OBAN – Operação Bandeirante (Padilha, 2013).

Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, junto com Pe. Júlio. Ao liderar o Conselho de Desenvolvimento Social, Padilha recebeu denúncias e críticas de militantes dos movimentos de catadores e das PSRs a respeito do pouco alcance que muitos dos programas governamentais tinham para seus segmentos sociais, como o Bolsa Família, os programas de moradia e mesmo os de saúde.

Quando assumiu o MS em 2011, Padilha levou a frente a proposta de reformular a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Rede de Atenção Psicossocial. Por um lado, procurou reafirmar os princípios da atenção primária e, por outro, abriu a possibilidade dos municípios adaptarem os serviços de atenção básica conforme as necessidades regionais, por meio de equipes flexíveis como, por exemplo, para a saúde indígena. Com o início de seu mandato, Padilha começou a receber as informações oriundas do CTSPSR e soube da proposta de criação de novos serviços para atender as PSRs, considerando a questão do vínculo e do cuidado integral, para além das questões do uso abusivo de substâncias.

Também em 2011, Hêider ingressou no MS para assumir cargo de gestão no Departamento de Atenção Básica. Com formação em Medicina, Hêider concluiu especialização em Saúde Coletiva em 2006. Ele teve em sua trajetória envolvimento de familiares, no caso a mãe, com movimento social católico (Teologia da Libertação):

São pais muito religiosos, minha mãe, por exemplo, sempre trabalhou muito com a Teologia da Libertação. Então, eu sou um cara socialista e eu descobri depois de muito tempo que meus princípios socialistas tinham muito a ver com os princípios da Teologia da Libertação da minha família. (Hêider Pinto, entrevista em 01/08/2015)

Hêider ingressou em militância partidária pelo Partido dos Trabalhadores e teve experiências em gestões públicas de saúde, que favoreceram seu ingresso no MS. Hêider confirmou a existência de uma proposta inicial para a criação de Equipes de Saúde da Família para as PSRs formulada pela última direção do DAB, no final do governo Lula. Ele contou que houve pressão da então presidente Dilma em efetivar o Plano Crack, uma das promessas eleitorais, fazendo com que o ex-ministro Padilha reforçasse o pedido ao DAB para a produção de proposta que respondesse às demandas das drogas por este departamento, o que acabava incluindo as PSRs.

A questão do crack já vinha sendo pauta da campanha eleitoral de Dilma e viria a ser tema da campanha de Padilha ao governo do estado de São Paulo, em 2014. A presidenta assumiu essa pauta, fruto da pressão de parte da população e de grupos interessados nas internações compulsórias de usuários de crack, repercutidas na grande mídia. Ela entrou em contato com o assunto por meio de inúmeros relatos durante os eventos eleitorais, de problemas vivenciados com usuários de crack. Dilma chamou diversos ministérios para elaborar a proposta que viria a ser chamada “Crack é possível vencer”. Ademais, havia muita pressão do congresso, com diversos deputados defendendo a proposta das comunidades terapêuticas. A coação dos deputados a favor dessas comunidades foi muito grande e o MS se viu obrigado a inseri-las de alguma forma na política de saúde mental. A primeira estratégia foi criar uma regra da ANVISA, que visava garantir algum controle sobre as comunidades terapêuticas (RDC 29, de 30/06/2011). Padilha, influenciado pelo seu histórico antimanicomial e pelas determinações da Conferência Nacional de Saúde Mental, tentou barrar ações do MS voltadas à internação compulsória. Tal fato chegou aos ouvidos da presidente como se ele desejasse fechar as comunidades terapêuticas, o que resultou em tensão durante seu mandato de ministro, pois ela concordava com as propostas das comunidades. De outro modo, alguns jornais divulgaram uma aparente concordância de Padilha às internações involuntárias e compulsórias, provavelmente em função da pressão ocorrida internamente no governo. Isso desencadeou críticas vindas de Nery, principalmente diante do risco de que seu projeto fosse utilizado em função das internações indiscriminadas. Para ele, haveria um grande prejuízo em utilizar os Consultórios de Rua como veículos de internação involuntária dos usuários de substâncias psicoativas, numa clara oposição a sua proposta de tratamento em liberdade e inspirado na redução de danos.

Quadro 13 - Reportagem relativa à opinião de Antonio Nery sobre o uso do Consultório de Rua como porta para internação involuntária

Governo erra ao focar o crack, diz médico

Para Antônio Nery Filho, criador do 1º consultório de rua do país, dimensão da droga não justifica investimento. Ele critica plano de usar consultório de rua como porta para a internação involuntária, vista por ele como um retrocesso

Erik Salles/Agência A Tarde

O médico Antônio Nery Filho, no Cetad (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas)

ANDRÉIA SADI, JOHANNA NUBLAT – DE BRASÍLIA

Idealizador do primeiro consultório de rua, mecanismo de abordagem de usuários de drogas encampado no novo plano do governo federal contra o crack, o médico Antônio Nery Filho critica o uso da atividade como porta para internação involuntária.

Essa possibilidade foi levantada pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Professor na Universidade Federal da Bahia e coordenador do Cetad (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas), Nery Filho relativiza o problema do crack em comparação a outras drogas.

FOLHA – Por que o senhor afirma que o crack não é o principal problema do país?

ANTONIO NERY -O crack foi alçado a uma posição na saúde pública brasileira que não corresponde à realidade. Sobre tudo se comparado ao álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos usados fora do contexto médico e às substâncias voláteis.

O uso do crack se reduz a população específica. Não penso que se possa falar em “Brasil contra o crack” pois ele não tem uma dimensão que mereça o engajamento.

O sr. foi o idealizador do primeiro consultório de rua. Como vê o fato de a atividade ser incorporada ao plano do crack do governo?

De modo algum uma atividade pode ser incorporada a um plano para o crack. Seria muito mais eficaz um plano da maconha, cocaína em pó e, por que não, do álcool. Falar do plano do crack eu me recuso. A atividade que criamos na Bahia não é voltada para o crack e não deveria estar incorporada em um plano específico para uma droga, mas em um projeto de atendimento às pessoas que consomem drogas em situação de completa exclusão social.

Como foi criado o consultório?

Nós verificamos, em 1995, que havia na Bahia uma população que não tinha possibilidade de procurar um serviço de saúde por sua mais absoluta exclusão social.

Há pessoas que não têm a menor possibilidade de se mover na direção de qualquer coisa que não seja da morte. Nós constatamos, após dez anos trabalhando no Cetad, que essas pessoas nunca iam ao serviço e aí tivemos a ideia de criar um dispositivo com uma equipe multidisciplinar. Fomos onde essas pessoas estão.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, disse que os consultórios de rua poderiam fazer o encaminhamento para a internação involuntária...

Se fizerem isso estarão deturpando completamente a ideia original. Eu me oponho totalmente que o consultório de rua se torne instrumento de internação compulsória.

Internações compulsórias nunca deram resultado nos últimos 50 anos. Nem para doentes mentais inteiramente psicóticos têm sido feitas. Voltar 50 anos para fazer uma higienização das ruas das cidades brasileiras me parece um retrocesso para não dizer um absurdo do ponto de vista técnico.

Sabemos, após 30 anos trabalhando, que quando vamos para as ruas e nos tornamos o instrumento dessa internação compulsória, as pessoas fogem de nós como o diabo foge da cruz. Vem agora uma proposta completamente anacrônica do Ministério da Saúde e propõe aquilo que nós todos da saúde mental mais abominamos (...) Deveríamos criar centros de atendimento psicossocial no lugar de dispor R\$ 418 milhões para se enfrentar um fantasma criado artificialmente no Brasil.

O que difere a internação compulsória da involuntária?

A internação involuntária é igual à compulsória. Involuntária significa que a pessoa internada não aceita, então é compulsória. Alguém da lei decide, interpreta a lei.

E é uma interpretação errônea, porque a lei mudou e hoje a internação é um instrumento de recurso último.

Em nenhum caso o consultório de rua faria essa abordagem para, nos casos extremos, definir a internação?

Sou radical e frontalmente contra a internação involuntária, sobretudo de pessoas que usam drogas na rua e não estão psicóticas, não perderam a capacidade de entendimento e determinação.

O Estado brasileiro está dizendo que os usuários na rua são incapazes de decidir se querem ser internados.

Digo que 90% das pessoas que usam drogas se beneficiam bem do atendimento ambulatorial. Por que optar pelo mais caro, colocando essas pessoas em instâncias compulsoriamente? Por trás disso tem o movimento das comunidades terapêuticas. A maioria é de caráter religioso. As pessoas não suportam rezar o dia todo e achar que Jesus vai substituir o crack, a cocaína, o álcool ou qualquer coisa do tipo.

Exemplo de posições conservadoras provenientes de determinados segmentos sociais e reverberadas pela mídia, em relação ao cuidado aos usuários de substâncias e à própria proposta do CdR, pode ser constatado pelo fragmento abaixo:

A bordo de uma van, Ribeirão Preto passará neste ano a "caçar" usuários de crack pelas ruas da cidade e a lhes oferecer tratamento. O município é um dos que recebeu repasse da União para criar o consultório de rua do crack. Apesar da iniciativa, a própria Secretaria da Saúde de Ribeirão teme que falem vagas para internar pacientes tanto em hospitais como em serviços ambulatoriais – a carência de serviços para dependentes químicos é um dos gargalos da região. (Coissi, 2011b).¹⁵

Segundo Rosana, técnica do DAB, a demanda do ministro era de reformular o documento produzido na gestão anterior, estabelecendo que o novo serviço fosse atrelado às Redes de Atenção Psicossociais (RAPS). Para Hêider, tal proposta deveria considerar as experiências do CdR, com as quais ele teve contato quando atuou na secretaria de saúde do estado da Bahia. Hêider relatou que a intenção do DAB naquele momento era fazer com que a atenção básica conseguisse assumir um papel importante nas questões de saúde mental, para além dos NASF e das ações de matriciamento. A minuta elaborada inicialmente não considerava o que vinha acontecendo em Salvador e Recife. Na entrevista de Alexandre Trino, que era apoiador institucional do MS pelo DAB entre 2011 e 2013¹⁶, fica evidente o desejo da gestão do DAB em produzir uma política bem parecida com a proposta de Nery, mas transpondo-a para a atenção básica e articulada com o plano “Crack”.

A terceira reunião do Comitê Técnico de Saúde para as PSRs só viria a ocorrer em setembro de 2011 e, conforme a ata, devido à mudança da presidência e reorganização do MS e respectivos departamentos (Anexo IX). Porém, Anderson Lopes, um dos representantes do MNPR por São Paulo, recusou-se a continuar participando. Ele não concordou com as propostas que estavam sendo formuladas a partir do CTSPSR, de formulação de uma equipe de ESF móvel específica para a população de rua com cancelamento dos Consultórios de Rua, que objetivavam o cuidado focado no uso abusivo de álcool e outras drogas. Segundo ele, os CdR já

15 Reportagem na íntegra em Anexo VIII

16 Ele foi um dos autores do “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua” do MS.

favoreciam o encaminhamento das PSRs aos serviços de atenção básica, não oferecendo cuidados primários na rua. E o investimento em um serviço móvel de atenção primária poderia afastar esse grupo populacional dos serviços fixos de atenção básica e estigmatizá-los ainda mais:

E vou continuar te dizendo que você não pode fazer atendimento da pessoa na rua, você excluiu ela de participar da UBS, da AMA, desses lugares. Você exclui porque você vai criar uma ambulância só para atender morador de rua enquanto o SAMU, enquanto urgências e emergências... esse cidadão precisa ocupar aquele espaço, se ele não tomou banho e tal, precisamos criar um espaço que ele possa chegar lá na UBS e ter um chuveirinho, tomar um banho, troca de roupa, um profissional que o atenda. (Anderson Lopes, entrevista em 16/03/2016)

Os outros dois representantes do MNPR no comitê técnico, Maria Lúcia (BA) e Walter Agostinho da Silva (MG) se mantiveram a favor de equipes específicas para PSR na atenção básica. Maria Lúcia conhecia de perto a realidade dos CdR em Salvador e questionava o fato das equipes itinerantes apenas atenderem a população pelo olhar do uso de drogas e da redução de danos; o outro representante do movimento era atuante em Belo Horizonte e defendia a experiência do ESF específico para a PSR, que, como apresentado anteriormente, era uma iniciativa que organizou a rede de atenção básica para atender esse público nas UBS, em articulação com os CAPS e os Consultórios de Rua. Maria Lúcia também contou que tal posicionamento foi debatido nas reuniões do movimento em Salvador e a opinião final do MNPR foi a favor da criação de equipes de ESF.

Na terceira reunião do comitê, foi apresentada, pela primeira vez, a proposta de criação do Consultório na Rua por Rosana, do DAB. Importante salientar que esta reunião contou com a presença de Hêider. Mas precisamos analisar de onde surgiu a ideia dessa nova proposta, visto que o Comitê Técnico de Saúde para as PSRs não havia mais realizado reuniões até então.

As conversas entre Padilha e Hêider em relação ao CnR ocorreram no espaço quinzenal estabelecido para a Atenção Básica, junto com a SGESP. Foi nesses encontros que a proposta do CnR começou a ser formulada, enquanto as reuniões do CTSPSR não ocorriam:

A gente tem uma sala de situação para as cinco redes prioritárias, a gente montou cinco salas de situação. É uma sala só, mas que tinham cinco grupos diferentes no ministério,

se reuniam comigo de quinze em quinze dias, então tudo que envolvia essas políticas a gente acompanhava direto, então tinha o Hêider que era do departamento de atenção básica e o pessoal da secretaria de gestão estratégica e participativa, que era quem coordenava o comitê, que coordenou a política nacional da população em situação de rua, toda coordenação era da SGEP, então tinha uma interação muito forte e permanente. (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017)

Padilha relatou que a ideia de ser um serviço móvel surgiu nesses encontros. Ele se lembra de ter apresentado a proposta de reutilizar veículos do SAMU que eram descartados todo o ano. As ambulâncias poderiam ser reformuladas para atender o novo programa. Ele tinha presenciado experiências de unidades móveis para saúde bucal e testagem de HIV em municípios menores e mesmo as unidades de saúde montadas em embarcações, na região da Amazônia. Por outro lado, Hêider afirmou que o CdR era a grande inspiração para a proposta. Segundo Padilha, Hêider teve a intenção de puxar o novo programa para o DAB. Letícia também percebeu o interesse de Hêider em avançar com essa pauta, além do pedido específico do ex-ministro Padilha para definir a ação do DAB no Plano Crack. Junto a isso, havia a meta do MS em dobrar o financiamento da AB. Tanto Hêider como Padilha compartilhavam da opinião de que a AB deveria agregar várias demandas para realmente oferecer atenção integral.

Hêider passou a procurar por pessoas que atuavam através do Consultório de Rua nos municípios, a fim de conhecer melhor as ações e escutar suas experiências e opiniões. Um dos primeiros locais a ser visitado foi Salvador, em 2011, quando foram realizadas algumas conversas com Nery, e organizada uma oficina com os trabalhadores. Enquanto o MS se mobilizava para elaborar o novo serviço, a SENAD continuou a aprovar financiamentos de projetos de CdR e Salvador foi um dos locais escolhidos:

Quadro 14 - Reportagem relativa ao financiamento de unidades de Consultório de Rua em Salvador

Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de Salvador

Secretaria da Saúde
SALVADOR
PREFEITURA
PRIMEIRA CAPITAL DO BRASIL

CONSULTÓRIO DE RUA RECEBE DUAS NOVAS UNIDADES MÓVEIS

A Prefeitura de Salvador recebeu nesta quarta-feira (5) dois veículos do tipo furgão, que serão utilizados no projeto Consultório de Rua, atendendo crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social, com foco no abuso de álcool e drogas.

O projeto é coordenado pelo Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (Cetad), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Além de Salvador, os municípios de Lauro de Freitas e Camaçari também receberam unidades móveis. O investimento total foi da ordem de R\$ 1,6 milhão. A cerimônia de entrega dos novos consultórios móveis, pela Senad, do Ministério da Justiça, ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial Gey Espinheira, em Campinas de Pirajá.

Os veículos ficam sob responsabilidade das secretarias municipais de saúde. Neles, serão transportados equipe e materiais, para realização de oficinas com as crianças e jovens, informativos e equipamentos médicos. O idealizador do projeto, professor Antônio Nery, enfatizou que este é o início de uma nova etapa para o Consultório de Rua, criado em 1999. “Vamos fazer dessas unidades grandes aliadas do nosso trabalho”, assegurou.

Para o secretário municipal da Saúde, Gilberto José, os veículos serão fundamentais no aprimoramento dos trabalhos que já vêm sendo desenvolvidos. “Esses equipamentos chegam em momento oportuno, quando estamos avançando no atendimento às populações carentes da cidade”, pontuou. Para ele, a meta é fazer das unidades móveis aliados, na luta para minimizar os problemas provocados pelas drogas em Salvador.

De janeiro ao último mês de agosto, 1.222 jovens já foram atendidos pelo Consultório de Rua em Salvador. A maior parte é de homens, na faixa etária entre os 19 e 29 anos. “O trabalho é voltado à pessoa em situação de rua, com atenção especial à criança e ao adolescente, mas é aberto a qualquer um que procure a unidade móvel”, explicou Andrea Leite, assistente social da Cetad e coordenadora do projeto.

O coordenador da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), Aldo Azevedo, disse que o projeto tem ampliado o atendimento às pessoas em situação de rua no país. “O Ministério da Justiça se empenhou em equipar os carros, porque o projeto tem mostrado eficiência e serve de exemplo para outras cidades”, elogiou.

O Consultório de Rua tem como objetivo atender a população em situação de risco e vulnerabilidade social. O projeto conta com uma equipe formada por médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos, que prestam atendimento aos dependentes químicos, diretamente na rua, com o suporte de um ambulatório móvel. A estratégia de abordagem é inspirada na ONG francesa Médicos do Mundo, que atende moradores de rua e prostitutas, em ônibus equipados.

05/10/2011

FONTE: (Salvador, 2011)

Depois dessa visita houve uma oficina em Brasília, com representantes de outros Consultórios de Rua do país e com equipes que realizavam trabalhos para PSR pela atenção básica, além de reunião em Belo Horizonte e em São Paulo, sendo convidados os agentes Marivaldo Santos e Marta Marques, da Bom Parto.

Este tema ganhou espaço no DAB como uma das ações prioritárias, inclusive com a formação de uma equipe específica para realizar esta discussão. Hêider procurou conduzir o processo tentando superar a divergência entre atendimento em atenção primária e cuidado focado no uso abusivo de substâncias:

(...) criar uma política pública que não dependesse de decisões em relação aos convênios, que fizessem um repasse regular, mas que fundamentalmente não fosse só da saúde mental e só da drogadição,

que ela trabalhasse com atenção integral à população de rua. O recorte não era a necessidade de saúde, o recorte era a condição da pessoa, então era óbvio que saúde mental era um dos temas mais importantes, drogas era um dos temas mais importantes, mas também tem problemas dermatológicos, saúde bucal, tem problemas de hipertensão, tem grávidas, enfim, era atenção integral a essa população. (Hêider, entrevista em 01/08/2015)

Em simultâneo a essas ações, o ministro e representantes do DAB tiveram que estabelecer negociação com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, pois esta era a coordenação responsável pelo financiamento dos CdR a partir de 2009, como veremos a seguir.

As negociações com a Coordenação Nacional de Saúde Mental

O Consultório de Rua, proposto por Antônio Nery e implantado por alguns municípios com financiamento próprio, passou a ser financiado pelo MS por meio de chamadas de projetos, estabelecendo convênios com gestões municipais, entre os anos de 2009 e 2011. O objetivo principal de atender os usuários de substâncias psicoativas, como estabelecido inicialmente, foi preservado. Conforme Cláudio Barreiros, agente que atuava na Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM)¹⁷, o MS não debateu suficientemente esta proposta e os editais permitiam que cada município tivesse autonomia para gerir seus consultórios, incluindo a desativação do serviço a qualquer momento. O ex-ministro Padilha percebia a necessidade de dotar a iniciativa de meios para torná-la uma política perene.

O ex-ministro da Saúde estabeleceu contatos com Mirian Abou-yd¹⁸ no processo de definição do coordenador nacional de saúde mental em 2011. Ato contínuo, Mirian levou a discussão aos militantes do movimento antimanicomial em vários estados do país, para debate conjunto. A indicação final foi do psiquiatra

17 Cláudio possui graduação em Psicologia (1995), especialização em Promoção da Saúde (2000), e mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente, com tema ligado a organização de grupos populares. Foi servidor público temporário a partir de 2009 na Coordenação Nacional de Saúde Mental e, atualmente, é assessor técnico na mesma coordenação.

18 Miriam é médica psiquiatra, militante pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) e pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental. Foi coordenadora de saúde mental em Belo Horizonte entre os anos 2001 e 2003 e compõe a Coordenação Colegiada de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Roberto Tykanori, reconhecendo sua trajetória e importância na reforma psiquiátrica brasileira. Junto com ele, Mirian e mais duas pessoas ingressaram o grupo responsável pela Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Padilha e Tykanori participaram da organização interministerial em torno do programa “Crack é possível vencer”. O debate sobre o crack ganhou relevância em vários setores da sociedade, sempre exaltado pela mídia, tendo constituído pauta obrigatória da campanha presidencial de 2010.

Todos os candidatos tinham propostas, talvez você vai se lembrar, o debate do segundo turno. Tem embate do Serra com a Dilma, o Serra defendendo o projeto deles aqui do hospital em São Bernardo, o Lacan, sobre isso, e ela fala assim: ‘Tem que ser uma rede diferente’. A gente passa a construir esse debate, tinha a discussão na sociedade sobre a internação compulsória ‘não, crack não é epidemia não’ dentro do governo tinha essa discussão. As pessoas que não eram do campo da saúde eram um pouco seduzidas por essa discussão da internação, do trabalho das comunidades terapêuticas, então dentro do governo tinha isso, era uma tensão que existia dentro do governo. (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017)

Segundo Padilha, havia grande número de senadores e deputados favoráveis às comunidades terapêuticas. Foi criada, em 2011, a Comissão de Juventude da Câmara dos Deputados para se debater o tema do crack, no interior da qual se constituiu a “bancada de comunidades terapêuticas” (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017) favorável à proposta. Padilha procurou avançar com a proposta da presidente em relação às redes de saúde, propondo a reorganização das redes temáticas pela lógica da luta antimanicomial e das diretrizes da atenção primária, nomeada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De um lado, deputados vinculados a propostas de militares e/ou a grupos religiosos (não foi possível identificar com clareza todos esses agentes) defendiam a internação e a abstinência. Por outro lado, grupos vinculados aos direitos humanos e agentes representantes do setor saúde defendiam abordagens voltadas a formação das redes em saúde e atendimento na rede pública.

Tykanori trouxe mais detalhes sobre esse processo. A proposta do programa “Crack é possível vencer” começou a ser elaborada na campanha eleitoral de 2010. Muitas pessoas se aproximaram da então candidata à presidência, durante os comícios, falando sobre problemas com crack na família. Logo que Tykanori entrou no governo, houve três reuniões com a presidenta sobre o projeto do crack. Os outros ministérios foram chamados, a fim de pensarem conjuntamente a proposta. Havia muita pressão

de diversos lados no governo. A Frente Nacional dos Prefeitos veio com a demanda de se instituir programas voltados ao crack em abril de 2011. Representavam um terço dos prefeitos do país e conseguiam produzir visibilidade, inclusive no congresso. Além disso, foi formada uma Comissão Especial destinada a promover estudos e proposições de políticas públicas e de Projetos de Lei destinados a combater e prevenir os efeitos do Crack e de outras drogas ilícitas (CEDROGA). Tal comissão, liderada pelo deputado Givaldo Carimbão ¹⁹ (Partido Social Democrata/Alagoas), produziu um documento com propostas para as políticas sobre drogas, no qual há destaque à participação de grupos das comunidades terapêuticas:

Colaboraram, também, as federações das comunidades terapêuticas que têm se constituído em importante porta-voz junto ao parlamento e demais poderes constituídos. Minha especial gratidão ao Presidente da Frente Parlamentar das Comunidades Terapêuticas e APACS (Associação de Proteção e Assistência aos Condenados) do Brasil, Deputado Eros Biondini, pela grande contribuição prestada a esta Comissão. (Carimbão, 2011)

No documento acima citado não há referências à colaboração de grupos e agentes vinculados às propostas de redução de danos. As poucas referências a essa proposta indicam necessidade de reorientação das práticas dessa natureza, demonstrando aparente insatisfação dos autores.

No que se refere à elaboração do Plano Crack, Tykanori relatou:

Foi construído tudo dentro do campo possível, houve muitas reuniões, várias assim, tive duas ou três reuniões com a presidenta logo no começo, e essa encomenda o que seria, como seria, foi sendo constituído aos poucos, uma coisa que foi interessante desde o início foi que os ministérios foram sendo chamados conjuntamente, eu acho que esse é um grande saldo assim, a possibilidade de ministérios muito distintos, justiça, saúde, assistência social, desenvolvimento social sentarem à mesa para acertar conceitos, ideias, concepções e tal, caldo de... como que chama? De coisas muito díspares, construção de sentidos não é só de consensos, direitos gerais, é consensos de termos, do uso dos termos, qual concepção

¹⁹ Comerciante, vinculado a grupos da Igreja Católica de renovação carismática, fundador do Lar Sagrado Coração Jesus, instituição que em 1989 iniciou o trabalho de acolhimento a crianças e adolescentes em situação de rua. Atualmente é deputado federal pelo Partido Humanista da Solidariedade por Alagoas. Segundo Givaldo, o Estatuto da Criança e do Adolescente só piorou a condição dos jovens em situação de rua, pois interpretações equivocadas do estatuto levavam a não imposição de restrições pelos adultos ou pela própria polícia (Carimbão, 2011; Câmara dos Deputados, 2017).

política, o que é importante, o que não é importante. Isso toma muito tempo. (Roberto Tykanori, entrevista em 20/06/2017)

O ex-coordenador de saúde mental afirmou que o trabalho de produção do Plano Crack foi muito intenso. Demorou perto de 9 meses. Padilha e Tykanori tiveram que lidar com o estabelecimento de uma epidemia de crack pela grande imprensa. Eles decidiram tentar uma abordagem conciliadora, aceitando que havia uma epidemia, no sentido de que realmente ocorreu um aumento de casos na série histórica e ampliação do perfil de consumidores. Houve também o aumento no número de casos identificados em serviços de saúde. Mas eles não pretendiam se restringir à concepção de epidemia ou de que só as PSRs eram usuárias de crack. Pesquisa realizada pela Fiocruz (Bastos, et al., 2014) revelou que, considerando a população total, não havia epidemia. Essa foi outra fonte de discordância com Antônio Nery, que não acordava com o fato do MS assumir suposta epidemia de crack, como mostrado na entrevista da página 111. Ao mesmo tempo em que se estruturava uma nova política sobre drogas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) também se reestruturou. Até 2012, a CNSM não era uma coordenação oficial, passando a integrar formalmente o cronograma do MS neste ano, justamente em função do crack – o que parece demonstrar a força da temática ao interior dos determinantes político-institucionais inclusive para a Saúde Mental.

O nome do programa foi alvo de debate, sendo que os agentes do MS não queriam inserir as palavras de guerra. Dessa forma, sugeriram “é possível vencer” ou “o mínimo de esperança é possível” (Tykanori, entrevista em 20/06/2017). Ao mesmo tempo em que a coordenação ganhava corpo institucional e importância em função do programa do crack, Padilha estimulou o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando a verba dessa coordenação. Dessa forma, o programa “Crack é possível vencer” constituiu verdadeiro catalisador para as RAPS. O MS buscou investir nos CAPS já existentes e numa proposta mais sustentável de ampliação dos CdR. Para Tykanori, a RAPS configurou-se como uma proposta abrangente, apresentando uma variedade de equipamentos e articulações possíveis entre eles para lidar com as necessidades diversas da população.

Como vimos anteriormente, quando Tykanori assumiu a coordenação ainda havia a proposta de financiamento dos CdR por meio de chamadas de projetos. Ele

relata que eram muito poucos os CdR no país, apenas dois ou três, e que eles não haviam gerado muito acúmulo de experiências a fim de ter sua proposta defendida. No entanto, esta afirmação não é condizente com a realidade da época, pois pudemos constatar que em 2010 o MS financiava 35 equipes de CdR, chegando a 80 em 2011 – havendo relatos de suas experiências (Rodrigues, 2011; Brasil, 2010a). Mais do que eventual lapso de memória, o descompasso entre os números referidos por Tykanori e aqueles objetivamente existentes parece indicar menor relevância assumida pelos CdR aos olhos da Coordenação de Saúde Mental, o que diferia das posições de Mirian e Hêider, que valorizavam as experiências de Belo Horizonte e Salvador.

Com o estabelecimento do Plano Crack, o ex-ministro aprovou diversos projetos de financiamento de CdR, tal como o de Ribeirão Preto, citado anteriormente (Coissi 2011a) e São Carlos:

Quadro 15 - Reportagem relativa à implantação de Consultório de Rua em São Carlos

São Carlos terá consultório de rua para o crack, diz ministro

Hospital-Escola contará com enfermaria só para álcool e drogas

Edson Silva/Folhapress

O ministro Alexandre Padilha coloca concreto na primeira coluna da UPA de São Carlos

JULIANA COISSI

ENVIADA ESPECIAL A SÃO CARLOS

São Carlos é uma das cidades do interior paulista que terá um consultório de rua para atender dependentes de crack e outras drogas.

A informação é do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que esteve na tarde de anteontem na cidade, administrada pelo petista e possível candidato à reeleição Oswaldo Barba.

O ministro visitou as obras do Hospital-Escola e da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do Parque Santa Felícia - ambas receberam recursos federais.

Ainda segundo Padilha, a cidade também terá uma enfermaria somente para atender quadros críticos de dependência química. Parte do projeto do Hospital-Escola será alterada para abrigar a enfermaria exclusiva.

Consultórios de rua para viciados em crack estão entre as prioridades no plano de combate à droga, lançado na semana passada pela presidente Dilma Rousseff.

Padilha disse que não há nomes definidos de outras cidades no interior e que o Ministério da Saúde está aberto a receber projetos.

A primeira visita do ministro foi ao segundo módulo do Hospital-Escola. Com investimento de R\$ 80 milhões da União, a unidade abrigará cinco centros cirúrgicos e salas de terapia intensiva.

Depois, Padilha esteve nas obras da UPA e participou do lançamento de um mutirão contra a dengue.

FONTE: (Coissi, 2011a)

Com o aumento de investimento no CdR, percebe-se que este modelo de atenção aos “viciados em crack e outras drogas” havia se estabelecido no polo dominante do espaço social em questão, naquele momento.

Como Hêider havia tido experiências de gestão na Bahia, seu discurso era defender um modelo que se aproximasse dos CdR, mas sob as regras da atenção básica. Inclusive defendia que as ações de Salvador tinham acumulado mais experiência na abordagem de rua do que as demais no país. Tykanori rebatia esta argumentação, resgatando o histórico de ações em Santos. Mas o ex-coordenador de saúde mental

reconheceu que a atenção básica teria mais capilaridade para atingir a população: “pela magnitude do problema, era muito mais inteligente fazer pela atenção básica mesmo” (Roberto Tykanori, entrevista em 20/06/2017).

Simultaneamente à formulação do Plano Crack, o ex-ministro Alexandre Padilha estava organizando a reformulação da PNAB. Sua intenção era propor mudanças que favorecessem a integralidade e, nesse sentido, ele considerou importante inserir e fortalecer ações de saúde mental no rol das equipes de atenção básica. Nas interlocuções estabelecidas entre Padilha e Tykanori, não houve resistência desse último às vinculações entre AB e Saúde Mental propostas no âmbito do DAB. A proposta do Consultório na Rua, que já estava sendo formulada nas salas de discussões com o ex-coordenador do DAB, Hêider, começou a ser pauta de discussão entre o ex-ministro e Tykanori.

Ao mesmo tempo que o DAB pretendia incorporar questões de saúde mental, a CNSM também realizava movimentos para debater questões de atenção básica. Conforme relatou Claudio Barreiros (integrante do corpo técnico da CNSM), a coordenação estabeleceu, em 2011, um núcleo para discutir assuntos de atenção primária na interface com a saúde mental e um dos produtos viria a ser o projeto Caminhos do cuidado, iniciado em 2012.

A fim de conhecer melhor as realidades dos municípios, Padilha convidou Tykanori e outros agentes, vinculados à Secretaria Nacional de Álcool e Drogas e à Fiocruz, para visitar as cenas de uso de drogas no país. Para o ex-ministro, era importante compreender os territórios mais intensos de uso de substâncias e poder elaborar a proposta. A parceria com a Fiocruz também o levaria ao Rio de Janeiro, para conhecer os grupos qualitativos da pesquisa realizada por esta instituição sobre usuários de crack e similares, encomendada pela SENAD.

A visita de Padilha e Tykanori à cracolândia de São Paulo teve repercussões na mídia. O trecho de uma primeira entrevista relatou brevemente essa visita e indicou um momento importante de transição entre o CdR (para os usuários de substâncias psicoativas) e o CnR (atenção primária). Os dois nomes foram utilizados pelo ex-ministro, e não ficou claro qual dos modelos – redução de danos ou atenção primária – seria o implantado. Isso ocorreu justamente na época de maior intensidade da discussão sobre o CnR.

(...) **Folha/UOL:** Crack: o sr. esteve recentemente, pessoalmente na crackolândia em São Paulo, que é um local de concentração de pessoas que se drogam. O sr. é a favor de uma política em que o Estado, pró-ativamente, vá atrás dessas pessoas, dos usuários de crack nas ruas? E como?

Alexandre Padilha: Sou totalmente favorável a isso e o Estado tem que ir buscando acolher essas pessoas. É fundamental que esteja estendendo a mão para acolher e construir um novo projeto de vida, um projeto de tratamento. Por exemplo, nós já apresentamos isso para os Estados e município, tem 80, hoje, existentes: consultórios na rua. São equipamentos que nós criamos no Ministério da Saúde (...)

Folha/UOL: Como que funciona?

Alexandre Padilha: Os consultórios de rua têm médicos enfermeiros, psicólogos, pessoas que são, que nós chamamos de agentes redutores de danos, ou pessoas...

Folha/UOL: Mas é na rua como? É um trailer?

Alexandre Padilha: É como se fosse um trailer, uma Kombi que fica 24 horas, horários variados, para poder chegar durante a noite. E esse papel do consultório é oferecer para aquela pessoa tratamento, avaliar por profissionais de saúde... Se o profissional de saúde avaliar que aquela pessoa corre risco de vida, nós temos protocolos claros da internação involuntária, inclusive defendida pela Organização Mundial da Saúde. (...)

Folha/UOL: Eu queria falar mais do consultório de rua. Quantos exatamente já foram implantados? Em quantos Estados ou cidades? E queria que o sr. falasse mais sobre esse de São Paulo, que é muito visível porque é a maior metrópole do país.

Alexandre Padilha: Nós temos cerca de 80 consultórios de rua no país...

Folha/UOL: Desde quando?

Alexandre Padilha: As primeiras experiências foram no ano de 2010, na gestão anterior ainda. Eram experiências municipais, isoladas. A partir da experiência municipal, nós transformamos isso numa política nacional já neste ano [2011], nós temos 80. E estamos fechando com os Estados, os municípios e com outros ministérios do governo uma ação inclusive de expansão ainda maior dos consultórios de rua. A nossa meta é alcançar todos os municípios que tenham moradores de rua no Censo que o IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística fez [em 2010]. Pelo menos esses municípios.

Folha/UOL: São quantos?

Alexandre Padilha: Pegou os municípios maiores de 300 mil habitantes no Censo do IBGE. E oferecer para todos os municípios menores que 300 mil habitantes, a possibilidade de ter consultórios de rua, desde que ele tenha um Censo local que mostre as pessoas em situação de rua.

(...) **Folha/UOL:** E o consultório de rua... quantos haveria na cidade de São Paulo?

Alexandre Padilha: A previsão inicial, a primeira proposta que nós fizemos para eles são pelo menos oito consultórios de rua na cidade de São Paulo. Concentrar uma parte grande no principal espaço da crackolândia e trabalhar por um outro espaço importante que nós

mapeamos, fica mais próximo... Lá no final da Zona Leste, na Cidade Tiradentes, que também há possibilidade de consultórios de rua naquele bairro, naquela região.

(...) **Folha/UOL:** As equipes dos consultórios de rua, desses oito na cidade de São Paulo, estarão preparadas para fazer o julgamento, o juízo necessário, e eventualmente propor a internação involuntária como o sr. diz?

Alexandre Padilha: Não só isso, mas fazer o cuidado desse paciente. Nós temos que apostar nessa ideia de serviços diferentes para situações diferentes. Tem pessoas que, inclusive, vão continuar morando na rua e vão receber os cuidados por esses consultórios de rua de forma permanente. Oferecendo projeto terapêutico, oferecendo tratamento, reduzindo danos. Às vezes o problema da pessoa... A Unifesp fez um trabalho muito interessante, a Escola Paulista de Medicina, que mostrou que, ao longo do acompanhamento que eles fizeram de pacientes dependentes químicos do crack, o principal fator de morte não foram doenças ou outras complicações ou mesmo complicações do momento de abstinência ou de intoxicação mais grave, de um uso mais excessivo. Foram, em primeiro lugar a violência, relação direta com a violência. E, segundo algumas complicações pulmonares, algumas doenças. Então os consultórios na rua têm o papel não só de fazer o tratamento específico para dependência química, mas também de identificar lesões na pele, infecções na pele decorrentes disso, estão tomando outros medicamentos e estão na rua, às vezes não conseguem tomar todos os medicamentos... Têm outras complicações como tuberculose, HIV/AIDS, hepatite B, hepatite C, doenças relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis pelo uso de drogas injetáveis. Então, o consultório na rua, ele tem o papel de cuidar dessa pessoa, inclusive fazer a avaliação se essa pessoa tem indicação de internação ou não.

Folha/UOL: O consultório na rua, mais essas unidades que vão acolher as pessoas que precisam de tratamento, isso tudo é parte desse programa que a gente ouve, consolidado, de combate ao crack do governo federal, ou tem algo mais que a gente não saiba.

Alexandre Padilha: Nada. Esse é um programa muito mais amplo que ainda está em discussão com vários ministérios. Acho que a presidenta está correta, porque o enfrentamento ao crack necessariamente exige uma ação muito articulada.

FONTE: (Rodrigues, 2011)

Esta visita viria a ser retratada novamente neste mesmo jornal, interpretada pela perspectiva de confronto partidário e campanha política para as eleições de 2014:

Quadro 16 - Reportagem relativa à reação de Gilberto Kassab e Geraldo Alckmin diante da proposta do governo federal para políticas sobre drogas

<p>Kassab e Alckmin temiam ação do governo federal</p> <p>CATIA SEABRA DE BRASÍLIA</p> <p>A nova operação policial na cracolândia foi uma antecipação aos petistas. Apesar do distanciamento político, Gilberto Kassab (PSD) e Geraldo Alckmin (PSDB) se uniram por temer que o ministro da Saúde, Alexandre Padilha (PT), anunciasse algum pacote federal para a área, imprimindo no prefeito e no governador o rótulo de inoperantes. O alvo de preocupação da prefeitura e do governo estadual é o lançamento do programa federal "Consultório de Rua": transporte de equipes de saúde em vans, com a marca do governo Dilma. O custo mensal de cada van é avaliado em R\$ 50 mil, mas o aporte de recursos federais seria de cerca de R\$ 18 mil. A avaliação era de que o governo federal colheria frutos do trabalho desenvolvido pela prefeitura, hoje com sete equipes de saúde nas ruas. Cotado para a disputa pelo governo de São Paulo em 2014, Padilha chamou a atenção de tucanos ao declarar, em entrevistas, ter visitado a região da cracolândia até de madrugada. Em conversas, Alckmin repetia que a dependência química é a pauta do momento e manifestou o temor de que o governo Dilma assumisse a bandeira de combate ao tráfico de drogas. A proposta da operação nasceu há dois meses. Segundo integrantes do governo estadual e até do municipal, foi Kassab quem procurou Alckmin. O prefeito nega ter tomado a iniciativa. A <i>Folha</i> apurou que a vice-prefeita e secretária municipal de Assistência Social, Alda Marco Antônio, e o secretário municipal da Saúde, Januário Montone, procuraram Alckmin em nome do prefeito Kassab. Durante os preparativos da operação, Kassab se preocupava com o efeito da operação -como a dispersão de dependentes químicos pela cidade- e queria dividir o ônus com Alckmin. Mas havia também uma cobrança da opinião pública sobre o assunto, diagnosticada em uma pesquisa interna, comparando São Paulo ao sucesso de operações no Rio.</p>
--

FONTE: (Seabra, 2012)

O ex-ministro acompanhou o trabalho de várias equipes de Consultório de Rua e eSF para população de rua, que apresentavam tendência a centralizar suas principais ações nas unidades fixas. O ex-ministro considerou que seria necessário formular uma proposta de serviço que fosse flexível e adaptada às demandas da rua. Para ele, o atendimento in loco e itinerante deveria receber investimento. Além disso, a pesquisa promovida pela Fiocruz apontou que o modelo de atendimento promovido por unidades básicas de saúde parecia ser o mais desejado pela população que faz uso abusivo de drogas (Bastos, et al., 2014).

Tykanori concordou com o deslocamento do ainda chamado CdR para o DAB e colaborou com o processo. A maioria dos membros da coordenação apoiou a ideia e entendeu que seria mais estratégico atuar dessa forma. Mas houve alguns membros de sua coordenação que acharam desnecessária a mudança do CdR para a atenção básica. Um deles foi Mirian, que reconhecia o importante trabalho que o CdR realizava pela lógica da redução de danos e havia presenciado a reorganização da rede de atenção básica de Belo Horizonte para atender as PSRs por meio das eSFs em articulação com

os Consultório de Rua. Com seu histórico de atuação em saúde mental e militância de luta antimanicomial, valorizava muito esse serviço de redução de danos. Alguns técnicos mais antigos da CNSM estiveram envolvidos nas chamadas de financiamento do CdR e também tinham apreço pelo programa (não foi possível obter maiores informações sobre eles). Isso resultou em certa tensão e disputas no início do desenvolvimento da proposta na atenção básica, como relatado por vários agentes entrevistados. Os técnicos da coordenação de saúde mental estavam preocupados com o risco de determinados saberes e práticas construídos com o CdR, pela ótica da saúde mental, se perderem na atenção básica: “tinha uma preocupação que é válida, que você solta esse negócio para atenção primária, como é que você vai carregar esses saberes?” (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017). Esses membros consideravam que a ESF não teria acúmulo para lidar com as questões de saúde mental. Alexandre Trino, na época atuava como apoiador institucional do DAB, chegou a relatar que o CdR havia sido considerado um programa “eminentemente mentaleiro” (sic), que alcançou status no (possível) subcampo da saúde mental e que não deveria ser deixado de lado pela CNSM.

Porém, em relação ao encadeamento do processo de produção da portaria, houve divergências nos relatos dos entrevistados. Hêider e Alexandre Trino relataram que a negociação entre os agentes do DAB e da CNSM acabou sendo tranquila e gerou uma parceria construtiva. Essa articulação resultou na elaboração de uma proposta que considerava um pouco das duas principais propostas – Consultório de Rua e ESF para PSR – mas que também excluía questões de ambas: para o CdR, representava a perda de financiamento do governo federal e ampliação do foco de atuação para além da redução de danos; para a ESF, ocorreria a reformulação do modelo já estabelecido de equipes de atenção básica voltada ao atendimento de um público inserido em área delimitada. Por outro lado, a ESF ganharia com um novo programa em sua proposta e mais financiamento. Esse processo de parceria levou à produção do Caderno 34 “Saúde Mental na Atenção Básica” (Brasil, 2013).

De outro modo, Rosana, Mirian e Cláudio apontaram as dificuldades de diálogo entre as duas áreas. Como Rosana lembrou, o DAB já havia formulado uma primeira proposta (a minuta anteriormente citada e inspirada na proposta de BH) e agentes mais antigos da CNSM planejavam fortalecer a proposta do Consultório de Rua diante da

formulação da RAPS. Alguns membros da CNSM (cuja identidade não é revelada a pedido dos entrevistados) questionaram essa mudança e tentaram mostrar ao DAB o peso da grande tarefa a ser assumida, indagando aos representantes da atenção básica se seus agentes conseguiriam dar conta, se cuidariam corretamente desta demanda. Na opinião de Rosana, um dos fatores que auxiliou a conduzir os dois grupos a um acordo foi a ideia das redes. A reformulação da política de saúde mental pareceu trazer um olhar mais integrado às ações dos dois departamentos. Diante disso, ambos os grupos perceberam que deveriam fazer concessões e que um pouco de cada área permaneceria na nova proposta:

Eu acho que o início foi difícil sim, mas tinha sofrimento dois lados, porque tanto uma área quanto a outra tinha que abrir mão de uma coisa que estava construindo de alguma forma, para construir uma terceira coisa, que tinha que unir essas duas propostas. Então era, ao mesmo tempo, que você estava fazendo algo em que você acreditava, construindo uma proposta, se ele estava abrindo mão de coisas que você também acreditava, num caminho que você achava que estava certo naquele momento”. (Rosana Rodrigues, entrevista em 18/03/2016)

De outro modo, Letícia considerou que Tykanori foi um dos responsáveis por amenizar o conflito, tentando mostrar a sua equipe as vantagens na reformulação da política em questão. Hêider argumentou que a equipe do DAB intencionava propor uma gestão compartilhada do novo programa com a CNSM mas, como evidenciado por Cláudio, não havia meios institucionais para manter um serviço sob responsabilidade de duas coordenadorias.

Cláudio e Letícia destacaram que os dois principais motivos do desacordo inicial entre os trabalhadores mais antigos da CNSM e a equipe do DAB foi a perda de verba a que a CNSM estaria sujeita e a transferência de responsabilidade por uma iniciativa pela qual tinham especial apreço – evidenciando elementos de disputa entre as duas coordenadorias. Mas ambos esclareceram que a maior divergência nas reuniões foi com o Movimento Nacional da População de Rua e trabalhadores do antigo Consultório de Rua. Os representantes do movimento não estavam compreendendo que a proposta seria outra, não se tratava mais de um “Consultório de Rua” focado em redução de danos; e os trabalhadores da saúde mental viam com grande preocupação a perda do foco em redução de danos que a proposta parecia indicar.

O ex-ministro compreendeu que o debate ocorrido entre saúde mental e atenção básica no atendimento às PSRs foi criado e mantido por pessoas que atuavam na interface academia e serviços de ponta. Pessoas que ajudaram a construir os serviços, “que tinham fé nos serviços”, viram com desconfiança a reformulação da proposta para a atenção básica.

O cerne nesse debate qual é? Por parte dessas pessoas que fazem uma crítica ao Consultório na Rua e ser um equipamento ligado à atenção primária de saúde, eu acho que o cerne da crítica é uma preocupação de que esse equipamento, saindo da coordenação exclusiva da saúde mental e migrando para uma política de atenção primária, que os preceitos, os saberes, as metodologias que foram tão importantes, que foram no campo da saúde mental, pudesse se perder quando ele vai para atenção primária. E que ficaria sujeito a uma visão mais normativa, restritiva da atenção primária que tem de forma muito importante ainda, não na Política Nacional de Atenção Básica, mas no dia a dia da atenção primária. (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017)

Ele entendia a preocupação dessas pessoas, mas via na proposta do CnR (atenção básica) um salto na assistência, devido à ampliação do cuidado para além do recorte do uso de drogas, e então apoiou a mudança liderada por Hêider. Olhar e cuidar das pessoas com ponto de vista integral, considerando o território, lidar com a multiculturalidade que a atenção básica tem como potencial – esse era o fundamento da proposta.

No relato de Nery, Mirian e Alexandre Trino, percebeu-se a opinião de que o ex-coordenador nacional de saúde mental poderia ter defendido melhor a proposta do CdR (saúde mental) e ter valorizado as experiências e o reconhecimento do CdR em várias cidades do país. Assim, manteria o programa em sua coordenação, ainda que outro programa em atenção básica fosse criado. Com a concordância estabelecida entre Padilha, Tykanori e Hêider – os três agentes com maiores capitais político e burocrático entre os entrevistados – o DAB levou para frente a tarefa da reformulação dessa política e a CNSM apenas debateu e fez sugestões quando o texto da portaria estava quase pronto.

Para Letícia, imperava em toda a divergência acima citada a ideia clássica de separação entre mente e corpo nos cuidados de saúde – Consultório de Rua cuidando apenas da mente, e Consultório na Rua apenas do corpo.

A definição e publicação da Portaria 122/2012

A produção da portaria que regularia o CnR ocorreu nas reuniões quinzenais entre o DAB e o ministro. A primeira proposta de portaria, originada das reuniões para produção da Política Nacional para Inclusão Social das PSRs e do encontro inicial do comitê técnico de saúde da PSR, fortemente inspirada nas ideias de Belo Horizonte e São Paulo, acabou sendo deixada de lado, junto com a proposta de financiamento do Consultório de Rua.

A nova minuta foi apresentada à CNSM e o texto recebeu poucas sugestões de alterações. Em seguida, foram convocados os representantes do MNPR de diversas regiões do país, que estavam receosos com o encerramento do Consultório de Rua. No entanto, os agentes do MNPR se mostraram satisfeitos com a proposta do repasse regular para o programa.

Não houve mais contato oficial entre o MS e o grupo que atuava com o Consultório de Rua em Salvador para além do encontro realizado por Hêider, em 2011. Isso gerou certo desconforto em Antônio Nery, principalmente após saber da publicação da portaria 122/2012:

Nesse espaço de tensão política entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, ele (Hêider) vai dizer que não é saúde mental, o que eu acho que é um erro, 'é atenção básica'! E não é 'de', é 'na rua'! Então ele cria uma coisa nova, não dá importância ao consultório de rua via coordenação de saúde mental e, portanto, os consultórios na rua vão ser uma invenção da atenção básica para cuidar de populações em situações de rua. (...) O Ministério da Saúde destitui de reconhecimento essa atividade (CdR), como eu te citei. (Antônio Nery, entrevista em 20/09/2015)

Houve uma conversa tensa entre Hêider e Nery na visita do DAB ao CdR da capital baiana em 2011. Nery defendeu a proposta original de Consultório de Rua voltada para o uso problemático de drogas e alertou sobre o risco desse programa sucumbir à lógica produtivista e mais voltada às questões biológicas da atenção básica. E Hêider estava propondo alterações no projeto original, para que pudesse virar uma política permanente do MS. Tal fato parece ter levado à não inclusão de Antônio Nery nas reuniões finais para elaboração da portaria do Consultório na Rua.

O posicionamento de Nery causou certa inquietação por parte dos agentes do MS entrevistados. Ele possuía grande reputação no país e havia acumulado

considerável capital militante e científico. Alguns agentes que estavam no MS comentaram desconforto ao se encontrar com Nery em eventos ocorridos no momento da transição da política. E Rosana Rodrigues afirmou que ocorreram algumas discussões com ele em encontros e congressos. Ela tentou esclarecer que o Consultório na Rua não estaria excluindo as propostas de redução de danos, mas sim as articulando com o cuidado previsto pela atenção básica.

Rosana reconhece a importância de Nery na produção da política: “bebemos na fonte de Nery, utilizamos a proposta, o projeto” (Rosana Rodrigues, entrevista em 18/03/2016). Tais situações demonstram que a tentativa de Antônio Nery em manter sua proposta original fez com que diversos agentes a favor do CnR da atenção básica o vissem como um agente de resistência à transformação do serviço em questão. Nery acabou ocupando posição no polo dominado do espaço social de cuidado às PSRs apesar de sua proposta ter sido a principal referência para o Consultório na Rua. Mesmo assim, ele manteve-se no polo dominante do espaço da atenção à saúde mental, que valoriza sua proposta de redução de danos e condiz com seu alto capital científico e mediano capitais burocráticos e políticos. Prova disso foi a continuidade de sua procura pela SENAD e o financiamento de sua proposta de CdR, mesmo depois do lançamento da portaria 122/2012:

Quadro 17 – Reportagem relativa à visita da Senad à Salvador, em 2013.

FONTE: (Agência MJ de Notícias, 2013).

Letícia resumiu sua opinião sobre a conformação da nova portaria:

No final das contas esse modelo de portaria não é o mesmo modelo do Consultório na Rua de hoje, ele foi adaptado com a gestão do ministro e com a chegada de Hêider. Então veio uma coisa meio assim ‘vamos criar uma política de atenção para essa população, e que não vai ser nem saúde da família, nem consultório de rua, vai ser uma coisa própria’. Aí foi criado o Consultório na Rua, que tenta fundir mais ou menos as duas propostas (Letícia Amaral, entrevista em 06/06/2016).

A nova minuta do programa, agora com o nome de Consultório na Rua, foi apresentada na terceira reunião do comitê técnico de saúde, ocorrida nos dias 22 e 23 de setembro de 2011 e propôs três modelos possíveis de equipes, tentando considerar as realidades encontradas nos municípios: um primeiro que propõe composição por dois profissionais de ensino superior e dois de ensino médio; um segundo composto por três profissionais de ensino superior e três de médio; e um terceiro modelo que consideraria a mesma formação do segundo modelo acrescida do profissional de

Medicina. O texto foi debatido e aprovado no CTSPSR com o apoio de membros da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, sem grandes embates, até porque os dois ícones de resistência à proposta, Nery e Anderson, não estavam presentes. Segundo Maria Lúcia, uma das ressalvas defendidas pelo MNPR era de que o agente social – categoria profissional criada pela portaria do Consultório na Rua com função de redutor de danos – fosse indicado como integrante obrigatório nas equipes de CnR, mas esta solicitação não foi atendida. Letícia esclareceu que havia preocupação dos agentes do DAB de que os municípios não conseguissem pessoas com experiência em redução de danos para assumir esse cargo.

Com a proposta do CnR pronta na mesma época em que seria lançado o texto sobre a RAPS, foi proposto que esse documento já citasse a nova política. A primeira apresentação pública do documento da RAPS, que incluía o inédito CnR, ocorreu na 226ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, entre os dias 4 e 5 de outubro de 2011. Esta apresentação acabou sendo alvo de críticas de diversos conselheiros²⁰, preocupados com a inserção das comunidades terapêuticas como serviços que poderiam ser articulados à rede SUS. Segundo a maioria destes conselheiros, as comunidades feriam o direito das pessoas serem assistidas em serviços abertos, como os já existentes CAPS. Apesar disso, as críticas não foram à nova proposta do CnR, que inclusive ganhou elogios de dois conselheiros²¹ (Conselho Nacional de Saúde, 2011).

Na 4ª reunião do CTSPSR, a proposta do CnR veio apenas a ser retomada como encaminhamento para publicação da portaria, que ocorreu em 2012. Como o documento da RAPS foi divulgado em 23 de dezembro, no relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 30 de novembro e 4 de dezembro, ainda seria utilizado o termo “consultório de rua”, vinculado à redução de danos, em três propostas (Conselho Nacional de Saúde, 2012). Em 2012 foram estabelecidos

20 Os conselheiros foram Maria Ermínia Ciliberti, do Conselho Federal de Psicologia, Ligia Bahia, representando a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Francisco Batista Junior da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/CUT, Fernanda Lou Sans Magno da Confederação Nacional de Psicologia, Maria Cristina Pedro Biz do Conselho Nacional de Fonoaudiologia, José Carrijo Brom da Federação Interestadual dos Odontologistas, Zilda de Faveri da Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares, José Marcos de Oliveira do Movimento de Luta Contra a AIDS, Jurema Werneck da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, e Ruth Ribeiro Bittencourt representante do Conselho Federal de Serviço Social.

21 Pedro Tourinho de Siqueira da Associação Nacional de Pós-Graduandos e Ruth Ribeiro Bittencourt (CFESS)

parâmetros para a implantação dos CnR e critérios para o número de equipes conforme a população dos municípios (Brasil, 2012b; Brasil, 2012c). Posteriormente foram redefinidos os valores de incentivo e o rol das categorias profissionais que integrariam as equipes (Brasil, 2014a; Brasil, 2014b).

Com a divulgação do texto da RAPS e posteriormente, a publicação da portaria, houve diversas manifestações de trabalhadores municipais que atuavam com o Consultório de Rua, criticando o novo serviço. As críticas vieram, na grande maioria, de pessoas que eram mais ligadas às discussões realizadas pela saúde mental. Segundo os entrevistados, os trabalhadores das equipes de CdR valorizavam o trabalho que realizavam pela ótica da redução de danos, os acúmulos teóricos e metodológicos que haviam desenvolvido e a articulação que estabeleciam com os serviços de atenção básica, ainda que com dificuldades. Houve equipes que nunca quiseram se tornar Consultório na Rua, apesar dos estímulos de financiamento – incluindo aquelas lideradas por Antônio Nery e aquelas de Belo Horizonte.

Da parte de Nery, ele havia conseguido financiamento dos Consultórios de Rua por meio da SENAD entre 2009 e 2014. Com a implantação dos Consultórios na Rua, com verbas do governo federal, os CdR novamente foram desativados – os financiamentos para os CdR foram cancelados pela SENAD e MS. Equipes totalmente novas de Consultório na Rua foram implantadas na cidade e Nery se ofereceu para realizar supervisão a elas.

Em Belo Horizonte, no ano de 2011, foram implantadas duas equipes de Consultório de Rua, por meio das chamadas de projetos do MS. E em 2012, com a publicação da Portaria 122/2012, foram criadas mais duas equipes na cidade, ao mesmo tempo que a equipe do CS Carlos Chagas mantinha seu funcionamento (Reis Junior, 2011; Assembléia Legislativa de MG, 2012). Nesse ano, o MS realizou visita à Belo Horizonte para negociar a contratualização das equipes, mas após conhecer as demandas da cidade e com as argumentações da coordenadora municipal de saúde mental da época, Rosimeire Aparecida da Silva – que possuía histórico ligado à luta antimanicomial e considerável rede social estabelecida pela militância nesse tema –, a gestão federal autorizou que o município recebesse os repasses de verba como equipes de Consultório na Rua, mas que mantivessem a lógica do Consultório de Rua. Segundo Mirian, Rosimeire defendeu que a cidade já possuía uma experiência interessante de

atendimento em atenção básica às PSRs pelo CS Carlos Chagas e havia estabelecido um fluxo com as UBS para atendimento desse público, com auxílio das equipes de abordagem social do SUAS e dos CdR. Além disso, as equipes de CdR eram as únicas a conseguirem chegar aos locais considerados mais perigosos e inacessíveis pelas equipes das UBSs e de abordagem social. Nesse sentido, faria mais sentido, para BH, que o trabalho itinerante continuasse pelo modelo de redução de danos.

Em 2015, houve pressões internas na secretaria municipal de saúde para que as equipes de CdR se tornassem, de maneira prática, equipes de Consultório na Rua – Rosemeire e Mirian não atuavam mais na coordenação municipal de saúde mental. Foi estabelecida nova reunião com o MS para dialogar a respeito da possível transição de proposta política, e os trabalhadores de Belo Horizonte convidaram Antônio Nery para estar presente. A conversa finalizou com a reafirmação do modelo de trabalho enquanto CdR. Com essa configuração novamente aprovada, as equipes de CdR estabeleceram bases administrativas em quatro unidades básicas, podendo utilizar insumos dessas unidades, mas mantiveram atendimentos iniciais nas ruas, com a utilização de vans e acompanhamento em consultas em pontos da rede de saúde conforme a necessidade do usuário.

O orçamento previsto para o financiamento dos Consultórios de Rua era definido anualmente e quadrianualmente. Com a finalização do período financeiro, o recurso foi deslocado para o DAB a fim de financiar os Consultórios na Rua, como explicado por Claudio Barreiros. Foi necessário novo planejamento financeiro, a equipe do DAB utilizou como base de definição os valores já utilizados na atenção domiciliar, acrescentando valores relacionados a algumas necessidades específicas dos Consultórios na Rua. Para incentivar os municípios a implantarem o serviço, o orçamento foi ampliado dois anos depois do lançamento da portaria e o ministério passou a assumir integralmente os custos, exceto os relacionados ao veículo (Brasil, 2014b). Essa decisão se deu também com base na resistência dos gestores municipais em investirem em um serviço a uma população marginalizada, que frequentemente era expulsa das cidades, como lembrado por Hêider.

Sobre a mudança de nome, Maria Lúcia contou que o Movimento Nacional da População de Rua propôs “Consultório nas Ruas” pois seria um serviço que circularia por vários lugares. Segundo Hêider, não houve intenção de se desvalorizar o nome do

modelo anterior, mas sim foi uma questão publicitária. De outro modo, Padilha esclareceu que quando o grupo do MS começou a desenhar o programa, propôs chamá-lo de Consultório de Rua mesmo, mas como já havia um programa anterior com o mesmo nome, foi sugerido pelo setor jurídico do ministério a escolha de outro nome. Para o ex-ministro, essa questão não era relevante e ele mesmo misturava os nomes em entrevistas (vide reportagens já apresentadas):

E até no começo não era questão para a gente o nome, até no começo, até hoje me confundo que às vezes eu falo consultório de rua, consultório na rua aí tinha: ‘não, é na rua porquê...’, ‘não, é de rua...’, aí virava uma discussão, todo mundo parece que queria discutir por qualquer coisa, durante um bom tempo trocava, para nós o nome não era a questão (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017).

Apesar de Padilha estar em contato com o espaço social de cuidado das PSRs enquanto ministro da Saúde, essa parecia não ser sua principal disputa.

A secretaria de comunicação do governo federal também teria sugerido a alteração no nome em função da preposição “de” (do Consultório de Rua) e questionado se não seria melhor colocar “na”, pois o consultório estaria literalmente inserido nas ruas. Havia o interesse da presidência da república em lançar rapidamente o programa, em função do plano “Crack é Possível Vencer!” e as pessoas que discutiram a substituição da preposição não eram da área da saúde. E ocorreram debates em relação ao nome que se tornaram conceituais, como:

Aí virou um debate conceitual que era o seguinte: ‘ah não, consultório da rua, ou seja, a rua que se reveste de consultório’ ou é ‘um consultório que é montado em outro lugar e vai para a rua?’. O debate conceitual virou esse, que eu acho que é um debate dialógico, isso eu acho que o debate que eu respeito, eu respeito todos, mas eu acho que é... não verdadeiro, importante se valorizar que é os consultórios de rua eles tinham surgido da experiência do campo da saúde mental, em geral ligados a CAPS ou a núcleos de saúde mental. Então ele é carregado de saberes e metodologias e práticas de saúde mental que não podem ser perdidas quando você vai para atenção primária, isso é algo muito importante mesmo, mas o nome é uma coisa secundária (Alexandre Padilha, entrevista em 30/05/2017).

A versão final da proposta da RAPS, divulgada em dezembro de 2011, propõe o acompanhamento da implantação de eCR pelos países, como uma estratégia indutora (Brasil 2012a, 2013). Além disso, outras estratégias foram utilizadas para apoiar a implantação e implementação das eCRs após 2012, como a realização do Seminário

Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica e Consultórios na Rua em 2013, do Seminário sobre o uso de Álcool e Drogas, o monitoramento dos municípios que implantaram as eCRs por meio da adesão ao programa “Crack é possível vencer”, ambos ocorridos em 2014 e no ano seguinte, a promoção do curso “Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nos Consultórios de Rua” pelo MS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (Medeiros 2016).

Discussão

O Consultório na Rua foi produto da inter-relação entre os campos político, burocrático e médico, em articulação com o espaço social da saúde coletiva – este último como definido por Vieira da Silva e Pinell (Vieira da Silva, et al., 2014) – e com o espaço social voltado ao cuidado das PSRs. De maneira mais específica, o programa surgiu dentro do campo burocrático do Ministério da Saúde e dos subespaços da saúde mental e da atenção básica (vide figura 2).

Figura 2 - Esquema gráfico do espaço de emergência do Consultório na Rua

FONTE: próprio autor

O reconhecimento do Estado brasileiro às demandas de saúde para as PSRs foi iniciado em decorrência da epidemia do HIV/AIDS e da necessidade de se elaborar ações para a população que compartilhava utensílios de uso de drogas e que estavam em situação de rua. Como era uma população refratária às estratégias tradicionais dos serviços de saúde, ou seja, os projetos estabelecidos pelo governo não eram efetivos, foi necessário estabelecer novas ações, como as de busca ativa nas ruas.

As respostas do governo federal foram direcionadas inicialmente à repressão ao tráfico e consumo de drogas, e gradualmente ao tratamento dos usuários de substâncias, movimento influenciado pelos norte-americanos na guerra às drogas. O governo brasileiro redirecionou seu foco inicialmente ao contágio do HIV para o uso de drogas, mas sem perder o tom repressor e criminalizante sobre as substâncias e seus usuários. Essas mudanças ocorridas no governo foram fruto da dinâmica do jogo social, representado nas disputas entre agentes oriundos de diferentes polos, tal como verificado por Pinell na análise de políticas de saúde (Pinell, 2010). Em nosso caso, os agentes compunham de maneira geral dois grupos: o que defendia a abordagem de repressão e controle dos usuários de drogas, posicionado no polo dominante; e o que defendia atuações mais flexíveis, muitas vezes vinculados às ideias de redução de danos, posicionado no polo dominado.

Podemos citar as principais condições históricas para o surgimento do Consultório na Rua: o aumento de investimentos na Política Nacional de Atenção Básica, realizado pelos governos Lula e Dilma, que permitiu que Alexandre Padilha e Hêider pudessem ampliar e rever essa política, e, dessa forma, viabilizar o Consultório de Rua pelo DAB, após alterações; um contexto político favorável para essa mobilização devido à recém criada Política Nacional para Inclusão Social das PSRs; e a visibilidade da questão das drogas na sociedade, na mídia e no governo, estimuladora da criação do programa “Crack é Possível Vencer”, fator que também levou ao aumento de financiamento de programas associados com o tema, em especial, o Consultório de/na Rua.

Compreendemos que a entrada de um presidente e um grupo político e burocrático sensível às demandas das PSRs favoreceu a criação de novos espaços de diálogo entre governo e militantes, ocorrendo a abertura para confrontos e acordos entre agentes de diferentes espaços sociais – processo de abertura semelhante ao

analisado por Dobry sobre mobilizações em épocas de mudanças do Estado (Dobry 2014). A partir do fortalecimento do Ministério de Desenvolvimento Social, da chegada de Patrus Ananias, um ministro sensível às causas ligadas à desigualdade social²² e da organização do I Encontro Nacional da PSR por esse mesmo ministério, militantes das causas da população de rua puderam expor suas problemáticas e exigências tanto sobre as ações para o cuidado aos usuários de drogas, como para demandas mais gerais de direitos humanos. Foram elaboradas definições legítimas sobre esse problema, em específico sobre um segmento social que passou a ser nomeado “pessoas em situação de rua”. De certo modo, essa definição procurou elucidar melhor compreensão sobre o problema, mas, de outro, esse processo foi também associado à apropriação desse tema pelas disciplinas científicas e pelo governo federal, transformando-o em uma especialidade, muito parecido ao ocorrido com o envelhecimento analisado por Lenoir (1996). A partir dessa nomeação, seriam propostas novas formas para abordar e satisfazer os problemas a ela associados.

A criação da Política Nacional para Inclusão Social da PSR gerou pressão sobre os diversos setores do governo, levando à produção de respostas ao público em questão. Porém apenas o MDS e o MS responderam efetivamente, fato que pode estar relacionado à compreensão de Bourdieu sobre os ministérios da “mão esquerda do Estado” (Bourdieu 1998), ou seja, os ministérios que procuram estabelecer programas sociais aos cidadãos, utilizando recursos do Estado. Nesse momento, começou a conformação de espaço mais definido de cuidado para as PSRs, composto e alimentado por acordos e disputas entre agentes interessados no tema e/ou em ganhar posições privilegiadas, a exemplo do ocorrido com as políticas de saúde analisadas por Pinell (2010). Esse espaço, a princípio apenas virtual, ganhou institucionalidade por meio do Comitê Técnico de Saúde para as PSRs, um espaço intercampos de posições e de lutas – se considerada a perspectiva de Bourdieu (2015) – no qual agentes de movimentos sociais, agentes do campo burocrático, do campo científico, dos espaços de militância e do campo político convergiam seus investimentos.

22 Como já informado anteriormente, Patrus possui em sua trajetória vinculação com ações cristãs e promoveu programas municipais de combate à pobreza e desnutrição em Belo Horizonte, além da implementação do Bolsa Família.

O papel do Ministério da Justiça como determinante das ações voltadas às drogas – ministério responsável pelas políticas sobre drogas e consequentemente sobre as intervenções aos grupos de usuários de drogas, entre eles as PSRs – foi sendo diluído em outros ministérios, que passaram também a apresentar propostas e disputar responsabilidades sobre esse segmento da população.

A partir da pauta das drogas, reverberada insistentemente nos meios de comunicação, presente nas campanhas presidenciais de 2010 e 2014, o governo se viu obrigado a investir em um programa de peso – e sua orientação de centro-esquerda parece ter favorecido a decisão pelo envolvimento de diversos ministérios nesse processo. Por um lado, as instâncias intersetoriais que debatiam as políticas sobre drogas – verdadeiros espaços intercampos pela ótica bourdiesiana (Bourdieu 2015) – permaneceram arenas de disputas acirradas, onde ocorreram confrontos e colaborações entre agentes com interesses muito diversos. Tais agentes se direcionaram em torno do plano “Crack é possível vencer” e procuraram intervir no processo de criação desse plano a partir de suas intenções políticas e pessoais. As negociações e planejamentos ocorridos no MS e especificamente no Comitê Técnico de Saúde da PSR e no DAB pareceram estar mais protegidos dos conflitos políticos, revelando a autonomia desse ministério frente às decisões em relação às drogas. Com essa relativa autonomia, os projetos de saúde puderam receber influências dos acúmulos dos movimentos sanitários e da luta antimanicomial, e dos valores da redução de danos, por meio dos agentes atuantes.

Devemos lembrar que havia um projeto sendo formulado nas reuniões provenientes da Política Nacional para PSR, justamente em atenção básica. Tal projeto foi produto da articulação dos agentes Marta e Marivaldo – ambos de São Paulo, trabalhadores da ESF – e da divulgação das experiências de Belo Horizonte em relação a equipes de atenção básica para PSR. Identificamos a influência da Igreja Católica na trajetória desses dois agentes e também levamos em consideração o fato de ter sido uma instituição de origem católica que levou à frente o projeto A Gente na Rua – situação que parece ter favorecido a aceitação desse projeto nas instâncias de decisão, que como vimos, estão inseridas em um espaço social que foi dominado pela instituição católica por muitos anos. Um exemplo da força da Igreja Católica nesse espaço foi a participação de representantes da Pastoral do Povo da Rua desde o I

Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua de 2005 até as reuniões do Comitê Técnico de Saúde da PSR, assim como sua influência nas trajetórias de outros agentes entrevistados.

Na formação do comitê técnico, não houve agentes com altos capitais políticos e burocráticos que pudessem fazer oposição ao avanço da proposta de substituir o Consultório de Rua atuante em redução de danos por outra proposta mais voltada à atenção básica. Uma das resistências na transposição do CdR para a atenção básica foi apresentada por Anderson Lopes, representante do Movimento Nacional da População de Rua por São Paulo – que argumentava que o Consultório de Rua (redução de danos no uso abusivo de drogas) já fazia articulação com a atenção básica e ter um serviço dessa natureza nas ruas poderia reduzir o fluxo das PSRs aos serviços fixos. No entanto, parece que Anderson possuía capitais políticos e burocráticos insuficientes para influenciar o comitê. Além disso, Antônio Nery, que era o grande detentor de capitais e favorável à manutenção do CdR, não foi convidado para as reuniões. Nery alertava para a possível imposição de uma lógica biomédica sobre o CdR quando este passasse para a atenção básica. Assim, verifica-se que o comitê já apresentava uma composição favorável à elaboração de política de atenção primária desde seu início, com definição de participantes possivelmente intencional, como considerado por Dubois na análise das comissões formadas pelo Estado (Dubois 2015).

Em relação à dinâmica vivenciada e produzida na inter-relação entre os agentes nas instâncias de decisão do Ministério da Saúde, verificamos que os conflitos ocorreram principalmente devido à existência do programa anterior, CdR, que possuía forte reconhecimento no possível campo da saúde mental²³, e que estava sendo financiado pelo próprio MS. Esta disputa parece materializar confronto entre agentes com trajetórias e inserções de espaços sociais ou campos diversos, em específico os subespaços da saúde mental e o da atenção básica, se considerarmos a perspectiva analítica de Dubois em relação aos subespaços e frações de campo (2015). Com a

23 Aqui teorizamos que a saúde mental poderia ser vista como um campo, composto por terminologias próprias e agentes com grande interesse em atingir posições privilegiadas, assim como em definir ideias e prioridades. Um exemplo disso é o termo “mentaleiro” utilizado por Alexandre Trino em sua entrevista, referindo-se aos programas e ideias ligados à atenção psicossocial. A saúde mental muitas vezes é vista como um espaço separado e quase autônomo dentro do espaço social da saúde, visto ter uma política e uma coordenação nacional própria, uma rede de atenção especializada bem definida. Mas tal afirmação exige pesquisa específica.

presença de agentes favoráveis à conversão do programa para a atenção básica – posicionados no polo dominante “da atenção básica” e do espaço social da saúde, que possuíam acúmulos consideráveis de capitais burocráticos e políticos – as negociações foram encaminhadas de maneira a anular resistências. Os agentes posicionados no polo dominado da saúde mental não foram incluídos nas reuniões ou se retiraram da disputa. Com isso, chegou-se a um consenso, a produção de uma minuta de portaria que ocultou os conflitos e se tornou um projeto legitimado pelos envolvidos, processo semelhante encontrado nas análises de Pinell (2010).

No que se refere às oposições frente à mudança do modelo de saúde mental do CdR para a proposta em atenção básica CnR, havia certo receio, por parte de agentes municipais e alguns da CNSM – pessoas com trajetórias dominantes no possível campo da saúde mental, ou seja, gestores e psiquiatras, além dos técnicos das equipes de CdR – de que a atenção básica não conseguisse assumir o trabalho com as PSRs segundo o que preconizava as estratégias de redução de danos. Isso ocasionaria prejuízos no oferecimento de assistência adequada aos usuários de álcool e drogas, pois não havia muitas experiências da ESF nesse tema. Inclusive, como destacado por Nery, houve críticas ao modelo rígido de produção de resultados e fortemente voltado à saúde biológica que, segundo ele, era reproduzido pelas equipes de atenção básica. Ao mesmo tempo em que se preocupavam com a qualidade da assistência, estes agentes favoráveis à manutenção do serviço de atenção aos usuários de substâncias psicoativas atuaram na defesa do projeto para o qual haviam investido recursos. Principalmente Nery, que era o autor do projeto, numa disputa de autoria e reconhecimento por sua criação – análise efetuada utilizando a perspectiva teórica de Pinell (2010). Os posicionamentos aqui trazidos também nos revelam uma possível descrença dos militantes da luta antimanicomial de que os serviços móveis de atenção básica pudessem acolher adequadamente as PSRs e as pessoas com transtornos mentais e/ou sob o uso abusivo de drogas. Por outro lado, Nery reconheceu, ao final de sua entrevista, os potenciais da proposta do CnR a respeito da assistência integral à saúde da população, mas defendeu que o modelo do Consultório de Rua permanecesse atuante em articulação com os Consultórios na Rua da atenção básica.

A definição do nome para o novo serviço também foi influenciada pela disputa de autoria. O nome Consultório de Rua já possuía grande reconhecimento entre os

agentes, e estava associado a Nery. Remodelar o serviço e deixá-lo com o mesmo nome manteria a referência deste agente, que se posicionava contrário justamente a essa remodelagem, como uma disputa simbólica sobre a paternidade do programa. Definir um novo nome seria a forma de determinar a criação de algo novo, com nova autoria. Apesar da mudança, fica evidente a referência do programa Consultório na Rua ao modelo de Nery.

Percebemos no relato de alguns dos entrevistados – os integrantes do MS – a tentativa de atenuarem a divergência ocorrida dentro do comitê e entre os departamentos envolvidos no que se refere aos modelos de saúde mental e atenção básica. Houve a intenção de preservar colegas de trabalho, e ao mesmo tempo induzir à compreensão de que nas instâncias de decisão do governo as discussões não eram acaloradas, ou ainda que os agentes não apresentavam discordâncias discrepantes. Dessa forma, poderiam produzir políticas neutras e sempre considerando os interesses da população. Mas sabemos que os agentes que produzem políticas também carregam interesses próprios ou as intenções dos grupos que representam (Dubois, 2015). O processo de formulação de uma portaria ou lei parece seguir a regra de transformar as determinações dos agentes do Estado em opiniões óbvias e normas a serem seguidas, tal como observado por Bourdieu na análise da criação de políticas (Bourdieu, 2014). Como seria de se esperar, alguns dos trechos da portaria final do CnR foram definidos de maneira ampla e ambígua, como por exemplo a não obrigatoriedade da presença de redutores de danos nas equipes e a atuação tanto em atenção primária como no cuidado aos usuários de SPA. Dessa forma, o texto integrou demandas diversas, mas também procurou ocultar contradições, no sentido dado por Pinell (2010). Como veremos no próximo capítulo, isso permitirá que, por exemplo, o município de São Paulo execute o serviço a partir de projetos já existentes na cidade, e conforme sua realidade organizacional e política.

Analisando a trajetória de Hêider, percebemos bom posicionamento deste ao espaço social do cuidado às PSRs. Tal agente acumulou consideráveis capitais políticos e burocráticos em sua trajetória. Ele não foi um agente originário do espaço de cuidado voltado às PSRs, mas adentrou este ao assumir o cargo no DAB, estabelecendo-se em uma posição dominante. Além disso, a atenção básica – surgida no subcampo burocrático do SUS – se tornou um polo de considerável força no espaço

social de cuidado às PSRs. Tais elementos favoreceram a influência desse agente sobre a formulação de uma nova política para esse segmento social, direcionando-a para seu departamento, não apenas como uma jogada política, mas também como uma ação técnica. Havia respaldo dessa mobilização por outros agentes do espaço social, no entendimento de que as PSRs precisavam de atenção integral em saúde e a atenção básica poderia oferecê-la.

Por outro lado, Nery estava melhor posicionado no espaço da saúde mental devido à combinação de um alto capital científico e médio capital militante, além do reconhecimento nacional de seu projeto Consultório de Rua em redução de danos. Mas ele situou-se no polo dominado do espaço das PSRs, com pouco acúmulo de capital burocrático. Alguns dos entrevistados dessa pesquisa se referiram a Nery como “professor”, ou seja, era mais reconhecido enquanto agente do campo científico do que do campo político. A apresentação de resultados positivos dos CdR em algumas regiões do Brasil, acompanhado do aumento no consumo de drogas entre a população e o reconhecimento da redução de danos como estratégia exitosa pelo governo federal, ocorrido através da inserção de agentes defensores do tema no MS, fizeram com que este ministério assumisse tal modelo de intervenção em sua política nacional nos anos 2009 a 2011 (Jorge, et al., 2012), mas isso não bastaria para sua manutenção enquanto programa federal.

Nesse processo de ajustes, algumas ideias foram deixadas de lado. A proposta de equipes de saúde da família para PSR foi um dos possíveis mortos no processo, no sentido dado por Bourdieu (2014). Tal situação viria em decorrência do reconhecimento de diversos agentes no potencial das equipes itinerantes, uma proposta diferente do preconizado pela ESF. Apesar de não ter se institucionalizado nas políticas federais, o CdR persistiu nas experiências locais, devido ao grande reconhecimento da proposta por parte de agentes que atuavam pela redução de danos e militantes da luta antimanicomial. Além disso, houve o investimento de Nery e dos gestores e técnicos de saúde mental de Belo Horizonte sobre este projeto. Porém sua reprodução não está assegurada. O alto capital científico de Nery aliado ao seu médio capital político deu destaque ao projeto por todo o país, inclusive entre agentes do MS, mas este fato por si só não assegurou sua continuidade e expansão. Nery, em

decorrência de seu *habitus* predominantemente oriundo do campo científico, não se envolveu nas disputas do campo burocrático.

Conclusão

Foi constituído um espaço social voltado ao controle e ao cuidado das pessoas em situação de rua inicialmente por meio da articulação dos campos médico e religioso (Santas Casas de Misericórdia). Inserido no campo médico, constituiu-se o espaço social da psiquiatria e da atenção à saúde mental, que veio disputar e obter legitimidade sobre as ações voltadas, primeiramente, ao público com transtornos mentais e posteriormente aos usuários de substâncias psicoativas em situação de rua. Podemos considerar também a influência e participação de agentes do espaço social da segurança pública sobre diversas ações religiosas e médicas, e sua forte dominação sobre as políticas relacionadas às drogas.

A partir das condições de possibilidades oriundas dos governos presidenciais de centro-esquerda na década de 2000, agentes do governo federal puderam iniciar a formulação de estratégias às PSRs. O MDS foi o primeiro ministério a definir as pessoas em situação de rua como seu público. Por iniciativa de agentes desse ministério foi constituído o Grupo de Trabalho Interministerial para as PSRs. Essa ação possibilitou o ingresso de agentes oriundos de diversos espaços sociais na formulação de políticas voltadas às PSRs.

A inserção, no MS, de agentes com experiência em saúde coletiva, em trabalhos voltados às PSRs, alguns desses vinculados aos programas de atenção básica nas instâncias de decisão, e agentes militantes no tema da situação de rua levaram o GTI a considerar o investimento em programas de saúde voltados ao público em questão. Isso possibilitou a formação de um espaço intercampos, concretizado no Comitê Técnico de Saúde para as PSRs. Constatamos a presença de agentes vinculados ao MS, à saúde mental e redução de danos, e ligados ao subcampo emergente da atenção básica, além de representantes da Igreja Católica. Com a influência de gestores com maiores capitais burocráticos e políticos do subcampo da atenção básica, foi estabelecido o Consultório na Rua enquanto programa de atenção primária.

A disputa entre a permanência do modelo do Consultório de Rua voltado ao tratamento para usuários de álcool e outras drogas, e a alteração para o Consultório na

Rua da atenção básica parece ter sido influenciada por agentes de alto capital burocrático e político, e legitimada por agentes com considerável capital militante, ligados ao movimento social e ao trabalho de ponta na atenção básica, o que levou à condução da política para a proposta que acharam mais conveniente, segundo suas trajetórias de vida. O Consultório de Rua, enquanto política federal, parece ter sido uma das perdas desse processo, simbolizada pela ausência do agente que mais a defendeu, nas instâncias de debate das políticas de saúde para PSRs.

CAPÍTULO VI. A IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA DE CnR – UM ESTUDO DE CASO

O estudo da gênese do Consultório na Rua revelou o complexo processo de formulação de política pública voltada a segmento social de grande vulnerabilidade, marcado pela expressão de demandas e pressão por direitos nas instâncias de decisão do governo federal, articulando necessidades de saúde a interesses políticos, enfrentando limitações burocráticas e imbuídos de disposições pessoais de agentes detentores de diferentes capitais. A resultante desse processo se materializou na proposta de Consultórios na Rua (CnR), na atenção básica, que oferecem atenção em saúde para as PSRs (Brasil, 2012b).

As equipes de Consultório na Rua (designadas eCR, quando tratarmos das equipes nos municípios) foram definidas como porta de entrada das PSRs à Rede de Atenção à Saúde. Implantadas em 2012, somam aproximadamente 130 equipes em 2017 (Brasil, 2017). As eCRs foram concebidas para operar de forma itinerante, por meio de busca ativa, atendendo e/ou encaminhando os casos para outros pontos da rede. Essas equipes devem ser implantadas em municípios que apresentem 80 ou mais PSRs identificadas, necessitando ser acrescida nova equipe a cada 1000 pessoas nessa condição. Há autonomia dos municípios para definir os integrantes dos três tipos possíveis de eCR, com base no rol de profissões constantes na portaria do MS. Apenas na modalidade III é obrigatória a presença de um profissional de medicina (Brasil, 2012b; Brasil, 2014a).

A transposição de diretrizes políticas para o plano operacional constitui desafio significativo (Furtado, et al., 2005) e os planos e intenções inevitavelmente serão confrontados com a realidade que apresentará alguma resistência. Nesse sentido, identificamos a necessidade de realizar estudo sobre as práticas e eventuais desafios enfrentados por uma eCR tanto na lida direta com a população-alvo quanto com os demais serviços de uma rede municipal de saúde, por meio de estudo de caso, com foco na implantação desse mesmo serviço.

Assim, avaliamos uma eCR com enfoque na chamada análise de implantação, levando em conta eventuais modificações sofridas pela proposta federal em um dado contexto, tomando como referência não só o planejado, mas também interferências de projetos e práticas que antecederam e subsidiaram sua formulação. Procuramos

identificar diferenças entre o programa proposto pelo MS e a intervenção efetivamente em funcionamento (Champagne, et al., 2011b). Sabemos que operacionalização de uma dada intervenção é resultante de tensões entre o proposto (planejamento, notas técnicas, dentre outros) e as negociações de gestores e profissionais envolvidos, bem como da recepção (ou reação) da população alvo a essas mesmas intervenções (Champagne, et al., 2011b). A atenção finalmente ofertada pelo serviço será decorrência do maior ou menor grau de implantação da proposta, ao mesmo tempo em que o maior ou menor sucesso da implantação pode subsidiar compreensão tanto sobre a proposta quanto sobre os contextos a que ela se destina.

Método

Realizamos estudo de caso (Yin, 2015) para compreender a atuação de uma eCR em seu contexto e a influência desses elementos contextuais sobre as práticas do CnR. A eCR escolhida integra a rede de atenção básica do município de São Paulo. As eCRs começaram a ser implantadas na cidade em 2013, ano em que o município e o governo federal estavam sob a gestão do mesmo partido político, propositor do programa CnR. Em 2016, o município contava com 18 equipes dessa natureza, dez delas geridas por uma organização social e as demais por uma entidade filantrópica (São Paulo, 2016), como é o caso da eCR em estudo. A escolha da equipe foi sugerida pela coordenação regional de saúde por apresentar composição relativamente estável desde a implantação e possuir em seu quadro de trabalhadores pessoas egressas da situação de rua. A área de atuação da eCR engloba UBS, Centros de Apoio Psicossocial III (CAPS) adulto e infantil, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e serviços socioassistenciais voltados às PSRs. Trata-se de equipe modalidade III, composta por 6 agentes comunitários de saúde (ACS), 3 agentes sociais (AgS), 1 auxiliar administrativo, 1 motorista, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 1 médico, 1 psicólogo e 1 assistente social.

Dada a complexidade do objeto, utilizamos diversas fontes de informação, e realizamos o estudo de campo em três etapas:

- 1ª etapa: leitura de prontuários e outros registros, observação participante e entrevistas semiestruturadas (Gray, 2012) com 4 profissionais que participaram do

processo de implantação das eCRs no município de São Paulo e oito usuários do serviço. Etapa realizada entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017.

- 2ª etapa: A sistematização de nossa compreensão da eCR se deu por meio de modelo lógico (Champagne, et al., 2011a) elaborado a partir dos trabalhos da primeira etapa. Esse modelo foi apresentado e legitimado junto à equipe do serviço. Buscamos confirmar e/ou refutar hipóteses e reconstruir uma representação da realidade em estudo de maneira abrangente (Gibbs, 2009).

- 3ª etapa: Com base na proposta federal e nas informações coletadas em campo, elaboramos matriz de critérios para avaliar o grau de implantação da eCR, adaptando proposta inicialmente desenvolvida por Vieira-da-Silva para avaliação de projeto de melhoria da acessibilidade à rede básica de saúde em Salvador (Vieira-da-Silva, 2014). A matriz é constituída dos principais componentes da proposta federal, aos quais foram atribuídas pontuações, vinculadas às faixas classificatórias segundo os percentis de distribuição. No caso, tercís: ≥ 0 e $< 33,3\%$ da pontuação máxima indica intervenção não implantada; $\geq 33,3\%$ e $< 66,6\%$, intervenção parcialmente implantada; $\geq 66,6\%$ da pontuação máxima, intervenção totalmente implantada. Realizamos dois encontros com a equipe para discussão dessa matriz e dos resultados da pesquisa, em junho de 2017.

O conjunto de todas as fontes constituiu o corpus da investigação. O material produzido foi analisado por meio de três abordagens distintas e complementares: avaliação do grau de implantação, a interface com a saúde mental como analisador e a influência dos antecedentes sócio-históricos sobre a iniciativa estudada. O percurso metodológico foi permeável à coparticipação dos trabalhadores da equipe acompanhada, por meio da apresentação, análise conjunta e definição do formato final do modelo lógico e da matriz de implantação.

Resultados

A prática da equipe do Consultório na Rua

A UBS que sedia a eCR aqui pesquisada possuía equipe de atenção básica para PSR antes de 2013, por meio do chamado *Programa A gente na Rua* (PAR). A

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) transformou as equipes do PAR em equipes de Estratégia Saúde da Família e posteriormente em eCR. Em reuniões oficiais para debater a mudança, os gestores indagaram sobre as diferenças entre o serviço em curso e a nova proposta. Segundo um dos coordenadores de equipe:

Eu lembro até do próprio gerente questionar ‘bom, mas o que mudou?’. Ele falava claramente na época ‘eu acho até a estratégia especial melhor do que o consultório na rua, mas se a proposta é outra por que não se muda a estratégia?’ E houve várias tentativas de reunião do tipo, bom, é só o consultório na rua que vai atender (a PSR) como era a estratégia? (E1).

Com a decisão por implantar as eCRs, foram contratados muitos funcionários oriundos das eSFs para PSR a fim de integrarem as novas equipes. Nesse momento, oito das dezoito equipes do município continuaram vinculadas à mesma organização filantrópica autora e executora da primeira proposta municipal, aproveitando-se de sua experiência. Para os integrantes da eCR em análise, as principais mudanças ocorreram na composição das equipes e na disponibilidade do veículo. As eCRs também passaram a ter melhor reconhecimento como um programa integrante da rede de atenção básica do município. Os gestores e os integrantes das eCR começaram a ser convocados com maior frequência para reuniões de gestão e de rede.

O trabalho da eCR se caracteriza pela busca ativa de pessoas com necessidades em saúde nas ruas e em equipamentos sociais, e/ou pelo acolhimento na UBS pelos ACSs. Há procura espontânea das PSRs pelo serviço, geralmente em busca de cuidado em saúde bucal. Um dos usuários do serviço relatou a maneira como soube da eCR: “Eu conheci eles foi lá no refeitório. Ai peguei encaminhamento, vim pra cá pra doutora (sic)” E2. São oferecidos atendimentos clínicos na unidade, por um ou mais profissionais da eCR – médica, enfermeira, auxiliares de enfermagem e psicóloga. Estes profissionais efetivam atendimentos na rua para transtornos mentais, curativos e administração de medicação para pessoas que, por diversas razões, não frequentam a UBS – ações que ocorrem após primeira abordagem dos ACSs e relato dos casos nas reuniões de equipe. Nessa ocasião, pode haver coletas para detecção de tuberculose, gravidez, sífilis, hepatite e HIV, dentre outros.

Conforme a necessidade, são efetivados encaminhamentos a diversos serviços ou mesmo a outras equipes da UBS com acompanhamento dos agentes sociais. A assistente social prioriza iniciativas de abrigamento, moradia, obtenção de documentos

e acesso a serviços em geral, com apoio dos demais membros da equipe. Nas palavras de um dos usuários do serviço:

São pessoas que me dão uma força, na hora que eu tava caído no chão. Eu morava aqui na Quatorze Bis, sempre morei aqui. Então me tirou da rua, hoje moro no abrigo. Eu não tenho o que reclamar, porque me tirou do buraco, sabe o que é buraco? (E3)

A abordagem in loco realizada pelo serviço é bem vista pelos usuários, como ilustra a afirmação feita por uma paciente:

Eles chegam, eles são muito bons, eles são muito atenciosos, esses meninos agente de saúde, (...) eles vão atrás mesmo, a pessoa pode estar lá na tenda, pode estar lá no chão (...) eles chegam junto se a pessoa está fedendo, está isso e aquilo outro, tem cheiro, vai ali, se está na invasão ruim, aquelas invasão suja eles entram, eles examinam, sabe (sic).(E4)

Os ACSs organizam a agenda de visitas conforme as prioridades elencadas pela gestão do município a partir do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica): hipertensão, diabetes, gravidez, puerpério, tuberculose e HIV/AIDS. Pessoas sob essas condições devem ser visitadas mensalmente e observadas na frequência às consultas e aderência aos tratamentos. Sobre esse monitoramento, afirmou um usuário:

Então eu sempre venho aqui (UBS), mas às vezes eu perco a receita, falo com a doutora, falo com o pessoal da UBS que faz a circulação aqui na região que dá assistência. Comigo pelo menos o que eu vejo, os profissionais que sempre foram na rua sempre com profissionalismo mesmo (sic) (E5).

Sintetizamos os percentuais médios mensais de atendimentos realizados pela eCR no último semestre de 2016, a fim de caracterizar o público e os serviços oferecidos, no quadro abaixo. Os valores se referem às pessoas cadastradas e acompanhadas sistematicamente.

Tabela 2 - Percentuais médios mensais de atendimentos realizados pela eCR - 2º semestre de 2016.

Aspectos da população e quadros nosológicos	Percentuais médios mensais	Nº médio de casos no 2º semestre 2017
Hipertensão arterial	11,57%	58
Diabetes	2,69%	13,5
Tuberculose	1,26%	6,3
HIV/AIDS	4%	20,6
Transtornos mentais	10,8%	54
Pessoas que apresentaram problemas decorrentes do uso de álcool	19,34%	97,5
Pessoas que apresentaram problemas decorrentes do uso de crack	8,53%	48,8

Pessoas que apresentaram problemas decorrentes do uso de outras drogas	8,24%	41
Média de pessoas acompanhadas por mês no 2º semestre de 2016	100%	498

FONTE: relatórios de gestão da instituição filantrópica contratante da eCR

Os dados apresentados em relação ao uso problemático de álcool se restringem aos casos cujo uso desencadeou outros problemas de saúde. O quantitativo de pessoas que consomem álcool e não apresentam problemas associados, segundo a eCR, é grande. A equipe também atendeu em média 350 pessoas não cadastradas, por mês. Esta região se caracteriza por poucos usuários de crack, em comparação às outras áreas de atuação das equipes da cidade, conforme relatórios de gestão da instituição filantrópica.

A eCR oferece na UBS duas atividades semanais em grupo com enfoque psicossocial, voltadas a pessoas com transtorno mental, e dois grupos de redução de danos, em praças da área de atuação, em colaboração com o CAPS AD. Foi possível acompanhar a abordagem dos trabalhadores às PSRs na própria rua, que tem início por meio de conversas informais, passando para perguntas sobre questões de saúde e por fim o convite para participação das atividades propostas. Nestas são oferecidas tarefas lúdicas, abordando aspectos pessoais até chegar a debater o uso problemático de drogas. Segundo um dos profissionais “Os grupos trazem a oportunidade de se explorar mais as questões emocionais” (T1).

O conjunto da equipe desenvolve ações e campanhas de educação em saúde, tanto na UBS como nos refeitórios e abrigos da região, além de vacinações e aplicação de contraceptivos femininos. Durante nossas observações, não percebemos a oferta de material para o uso seguro de substâncias psicoativas, apenas a distribuição de preservativos e a tentativa de convencer os assistidos a não usarem álcool durante e após a abordagem. Não são realizadas buscas específicas da equipe para os casos de transtorno mental e uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA). Quando há suspeita de transtornos mentais, a psicóloga realiza ao menos um atendimento individual na UBS e incorpora os usuários ao grupo psicossocial. Esses casos também são encaminhados para a psiquiatra do NASF. Com a identificação de transtorno mental grave (TMG), aciona-se a colaboração do CAPS. Verificamos com regularidade alguns dos ACSs e agentes sociais expressando dificuldades no atendimento a esse público, delegando à psicóloga essa tarefa.

A realização de ações de matriciamento pelo CAPS se deram por meio da condução conjunta do grupo de saúde mental na UBS, com participação das eSFs e eCRs, ao longo de 2016. Divergências entre as gestões da UBS e do CAPS levaram à interrupção da colaboração e afastamento entre os trabalhadores desses dois serviços. No entanto, permanece o contato entre eCR e CAPS por meio do encaminhamento e compartilhamento de casos e a realização conjunta de visitas de rua, uma vez por mês.

Há um veículo diariamente à disposição da equipe, utilizado no transporte de usuário incapacitado de se locomover à UBS e outros serviços e nas iniciativas que envolvam significativo número de trabalhadores. Os ACSs e AgSs também recebem cartões com créditos para serem utilizados no deslocamento de usuários em transporte público. Segundo a equipe, a não utilização do veículo para as visitas ordinárias dos ACSs se justifica pela intenção de estimular a autonomia do usuário no deslocamento à UBS. Além disso, o público dessa eCR apresenta maior frequência à UBS em comparação com as demais equipes próximas, conforme relatório de gestão.

A busca por usuários, quando não encontrados em seus locais de circulação, é realizada geralmente pelos ACSs durante as visitas programadas. Foi verificada apenas uma vez, durante o período de observação, a iniciativa de um dos ACSs em estender seu percurso para procurar por um usuário do serviço em região fora da sua área de atuação. Ademais, a equipe pode realizar consulta de uma base de dados desenvolvida pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, que reúne o registro de pessoas atendidas nos serviços socioassistenciais, que permite localizar usuários que estejam utilizando esses serviços. Conforme relatado em nosso diário de campo: “Durante a caminhada nas ruas, os ACSs contaram que esta era uma das principais dificuldades no trabalho, o fato de às vezes não encontrarem pacientes durante tratamentos prolongados, como tuberculose e infecções”. ATÉ AQUI

O trabalho da eCR segue definição de área e população adscrita semelhante ao delimitado pelas duas UBS de referência. A equipe raramente realiza visitas a pessoas fora do perímetro definido. Para as PSR, na maior parte itinerantes, a delimitação de área de abrangência pode ser um desafio na continuidade do cuidado. Segundo uma usuária, frequentadora de abrigo: “Eles vão lá no abrigo, aí eles falaram assim ‘Você tem que ir lá para a UBS, porque a região de vocês é essa aqui.’, porque eu não posso procurar outro (serviço) porque é por causa da rua, pega aqui, né” (E4). Outra usuária

apresentou preocupação relativa a sua itinerância e a possibilidade de manter-se vinculada à eCR:

E6: “Fazer o que, complica, complicou, que a única pessoa que estava entendendo a minha doença era ela (médica), e agora eu não sei para onde eu vou mais”.

Pesq: “E fica longe daqui onde a senhora está agora?”

E6: “Não, estou pegando só pernoite, eu pego pernoite num abrigo, pernoite em outro abrigo, só pernoite.”

Dentre as duas UBS de sua área, a eCR efetiva colaboração com equipes de apenas uma delas. Nesta unidade fica localizada a sala da equipe e um consultório, onde são realizados os atendimentos clínicos. Com as eSF desta unidade, a eCR consegue efetivar exames diversos e atendimento odontológico. Mas poucas PSR se tornam usuárias das eSF, via de regra aquelas que retomaram a vida em domicílio. Já as equipes da outra UBS não realizam nenhum atendimento e encaminham as PSR para a eCR. As equipes das duas unidades básicas entendem que as PSR deveriam ser atendidas apenas pela eCR. O horário de funcionamento da eCR segue o período de atendimento das UBS, havendo adaptações apenas no inverno e em situações específicas, como no acompanhamento de pessoas com transtorno mental a consultas marcadas fora do expediente da equipe.

Sistematização da prática do CnR

Os elementos que vimos expondo podem ser sistematizados e objetivados de maneira sintética, por meio de um modelo lógico da eCR. No processo de elaboração do modelo, inicialmente objetivamos nossa compreensão do serviço - problemas, recursos, ações, produtos, resultados e impacto esperados – à eCR acompanhada. Com base nesse modelo e nas discussões que o mesmo suscitou, percebemos que a equipe considera prioritário superar a falta de conhecimento e acesso a direitos pelas PSR – além de responder às necessidades em saúde propriamente ditas. Para atender a essas questões, a eCR possui recursos como a sala operacional, o veículo, o vale transporte, os insumos e medicamentos da UBS, além dos encontros de partilha e cursos. Esses recursos são oferecidos pela instituição filantrópica que gere a equipe, pela SMS e pela entidade filantrópica que gerencia a UBS. A eCR procura articulá-los, mas alguns nem sempre estão disponíveis – como a pouca frequência de cursos de capacitação e a falta

de salas da UBS para reuniões, atividades em grupo e consultas de enfermagem e psicológicas, por nós observada.

Figura 3 - Modelo lógico da eCR analisada. FONTE: próprio autor

Análise de implantação

A matriz de avaliação do grau de implantação da eCR foi elaborada tomando como referência a portaria 122/2012 articulada às informações dos trabalhos de campo e das oficinas de processamento de dados com a equipe (Quadro 18). Esta matriz foi analisada e pontuada com os trabalhadores em dois encontros distintos, realizados em junho de 2017. As opiniões divergentes expressadas pela eCR nos dois encontros exigiram nova consulta ao material oriundo das observações e entrevistas para criar a versão final da matriz. Na sequência, discutimos os temas elencados na avaliação.

Para os temas considerados mais relevantes definimos pontuações entre 0, 5 e 10, conforme condição de implantação; os menos relevantes poderiam ser pontuados em 0, 2,5 e 5. As células destacadas em cinza referem-se à pontuação obtida pela equipe segundo os critérios estabelecidos, informados no topo da tabela. A equipe apresentou um grau de implantação de 75%, indicativo de implantação avançada, mas próximo ao percentil de implantação parcial.

Quadro 18 - Matriz de avaliação do grau de implantação da equipe de Consultório na Rua.

Critério	Ponderação		Situação da implantação		
	total	nota	Não implantado	Parcialmente implantado	Implantado
Composição mínima da equipe CnR Modalidade III	10	10	Não possuir número mínimo de profissionais como proposto pela portaria (0)	Possuir número mínimo de profissionais mas não possuir médico. (5)	3 profissionais de ensino médio + 3 profissionais de ensino superior + médico (10)
Cuidado em atenção básica	10	10	Não oferece nenhuma ação de atenção básica (0)	Oferece apenas algumas ações pontuais de atenção básica (5)	Oferece todo o rol de ações relacionados à atenção básica (10)
Uso de veículo para as ações	10	10	Não possui veículo disponível para a equipe (0)	O veículo é compartilhado entre outras equipes, e a eCR só pode utilizá-lo em ações pontuais (5)	Há veículo disponível e a equipe o utiliza diariamente para atendimento itinerante da população (10)
Desenvolvimento de atividades in loco de forma itinerante	10	10	Equipe não oferece atividades in loco (0)	Equipe realiza apenas algumas ações in loco, e/ou apenas algumas categorias profissionais a realizam (5)	Equipe realiza grande parte de suas ações in loco, de forma itinerante (10)
Desenvolvimento de ações compartilhadas e integradas com a	10	5	Equipe não desenvolve ações compartilhadas com as	Equipe desenvolve poucas ações compartilhadas com as equipes da UBS, e/ou	Equipe desenvolve ações compartilhadas e integradas com todas as

UBS da área de abrangência			equipes da UBS da área de abrangência	apenas com uma equipe da área de abrangência (5)	equipes das UBS da área de abrangência
Cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas	10	5	Não oferece cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas (0)	Oferece e realiza atendimento de usuários de substâncias, mas não são feitas buscas especificamente para atuar nessa situação (5)	Realiza busca ativa de usuários de substâncias, e oferece atendimento em saúde (0)
Realização de ações em redução de danos	10	5	Não realiza ações de redução de danos (0)	São oferecidas poucas ações e insumos de redução de danos (5)	Promove ações frequentes de redução de danos, com distribuição ampla de insumos (10)
Desenvolvimento de ações compartilhadas com CAPS e demais serviços da rede de atenção à saúde	10	10	Não realiza ações compartilhadas (0)	Realiza ações apenas com o CAPS ou outro serviço de saúde (5)	Realiza ações compartilhadas com CAPS e demais serviços da rede de atenção à saúde (10)
Agentes sociais com atuações conforme portaria (redução de danos)	5	2,5	Não possui agentes sociais, ou há agentes sociais que exercem funções diferentes das previstas pela portaria (0)	Há agentes sociais, que exercem parcialmente as funções previstas pela portaria (2,5)	Há agentes sociais que exercem as funções previstas pela portaria (redução de danos), com experiência relacionada à atuação com PSR ou trajetória de vida nas ruas (5)
Horário de funcionamento adequado às demandas da PSR	10	5	O horário de funcionamento é menor que o da UBS e não atende as demandas da PSR	O horário de funcionamento é o mesmo da UBS, ocorrendo, apenas em situações específicas, atendimento de ACS em horários diferentes conforme necessidade do usuário (5)	O horário de funcionamento da equipe foi adequado às demandas da PSR da região (10)
Acesso à educação permanente	5	2,5	Não há acesso da equipe a ações de educação permanente (0)	Os processos de educação não são frequentes e não contemplam as necessidades da equipe (2,5)	Há acesso constante da equipe a processos de educação permanente (5)
Total	100 = 100%	75 = 75%			

FONTE: próprio autor

A equipe acompanhada apresenta formação completa como modalidade III e focaliza suas ações conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. Como equipe multiprofissional, articula os saberes de cada categoria profissional, ampliando as possibilidades de cuidado (Campos, 2000). A articulação interserviços e intersetores se dá por meio de reuniões de rede e pelo compartilhamento de algumas ações com outras equipes de saúde e de assistência social. Tais aspectos têm sido

considerados como relevantes para o trabalho junto às PSR (Borysow, et al., 2014; Engstrom, et al., 2016; Gama, et al., 2014) e apontam uma tentativa de superação da iniquidade (Vieira da Silva, 2009) pois a composição variada da equipe e ações articuladas com outros serviços possibilitam a adaptação do cuidado às necessidades do seu público alvo.

Discussão

Mesmo um serviço relativamente implantado apresenta problemas que extrapolam a proposta original e resistem ao plano de qualificação da saúde de PSR. A rede de serviços tradicionalmente refratária a essa clientela, a estrutura organizacional carente de flexibilização para fazer face aos horários e modos de circulação dos usuários, o restrito aporte de educação permanente para a elaboração de práticas em territórios miseráveis e vivências extremadas pelos profissionais e finalmente a reprodução da lógica biomédica por alguns membros da equipe dificultam a obtenção de um dos principais objetivos do CnR – a melhoria do acesso das PSR aos cuidados em saúde.

A eCR acompanhada sente-se pressionada pela extensão e diversidade das demandas oriundas de sua clientela e pela falta de interlocução constante com outras equipes. A burocratização para acolhimento das PSR em abrigos e albergues leva a eCR a atuar como mediadora junto às equipes socioassistenciais, principalmente nos casos de transtornos mentais e pacientes com problemas crônicos graves de saúde.

A lógica especialmente excludente que atinge pessoas com TMG nos serviços públicos (Cavalheri, 2010; Skosireva, et al., 2014; Borysow, et al., 2014) é aqui reproduzida. Ao se ocupar da reinserção social, a eCR atua como promotora da intersetorialidade e mesmo da transetorialidade, conforme o entendimento de Junqueira (2000), em uma típica situação na qual se faz limonada com o limão. E isso se dá em contexto no qual o foco da eCR sobre condições de saúde em senso estrito é priorizada pela gestão. Ainda assim, a equipe assume responsabilidade por alguns determinantes do processo saúde/doença (Carvalho and Cunha 2006), extrapolando suas ações (Londero et al. 2014) para a busca de vagas em abrigos e de emprego para seus pacientes .

O trabalho dos ACS e AgS contribui na vinculação dos usuários com a equipe, com a UBS e torna possível o acordo com os usuários para início e continuidade dos tratamentos (Engstrom, et al., 2016). Nesse sentido, a presença constante dos trabalhadores nos locais de vida da PSR se faz necessária e o uso do veículo se apresenta como estratégia importante. Por um lado, mesmo sem uso diário do veículo, observamos a exposição dos ACS e AgS ao território, que por meio de relações interpessoais instauram confiança, diálogo e responsabilização mútua nos tratamentos, ou seja, a utilização de tecnologias leves no cuidado (Campos, 2011). Mas o uso inconstante do veículo reduz a distância percorrida pelos agentes na área adstrita, dificultando a cobertura, fato também verificado em outras eCR (Ferreira, et al., 2016). Para usuários itinerantes, esta limitação de deslocamento da equipe pode ocasionar rupturas no acompanhamento e dificultar a equidade na perspectiva conceitual de Vieira da Silva (2009). Além disso, a inserção de equipamentos e insumos para exames rápidos, realização de consultas e curativos no veículo poderiam potencializar as ações de cuidado nas ruas, como por nós observado em equipes de Médicos do Mundo durante o estágio em Portugal.

A reunião de diversas categorias profissionais para atuar nas ruas em casos de transtornos mentais ou complicações clínicas garante ampliação do cuidado em comparação às tradicionais unidades de saúde. Um cuidado que rompe com os muros dos serviços e permite maior interação entre o sistema de saúde e as condições de vida das PSR (Londero, et al., 2014). No entanto, as ações de rua se mostram fragmentadas, visto que as atividades itinerantes são realizadas com maior frequência pelos ACS e AgS. O restante da equipe centraliza a maioria de seus atendimentos na UBS, reproduzindo a lógica das equipes de saúde da família, que priorizam a atuação dos agentes de saúde nas visitas domiciliares e incursões no território (Brasil, 2012d). Como consequência, pode haver retardo no atendimento pelos profissionais de nível superior.

A eCR pressionou para que as PSR fossem cadastradas como usuários da unidade básica na qual está sediada, ainda que sem comprovante de residência, como determina a portaria MS 940/2011 (Brasil, 2011c), demonstrando a dificuldade das equipes de saúde tradicionais em lidar com essa clientela (Lester, et al., 2002), o que foi verificado em outras eCR (Ferreira, et al., 2016; Kami, et al., 2016; Silva, et al.,

2014). Tal situação afeta os princípios da universalidade e equidade do SUS (Brasil, 1990; Vieira da Silva, 2009; Borysow, et al., 2014) reforçando a invisibilidade dessa população (Hallais, et al., 2015; Kami, et al., 2016).

A equipe consegue construir vínculo com as pessoas que realizam uso abusivo de SPA, utilizando-se de ferramentas relacionais (Machado, et al., 2017). A experiência dos ACS e AgS com a vida nas ruas e uso de substâncias lhes oferece o conhecimento das normas dos territórios psicotrópicos (Fernandes, et al., 2002), o que facilita a abordagem e estabelecimento de confiança mútua. Mas ao não efetivarem buscas de usuários justificadas pelo uso problemático de substâncias e não oferecerem insumos para garantir segurança nesse uso, o princípio pragmático da redução de danos é afetado (Andrade, 2004) assim como da equidade em saúde, no sentido dado por Vieira da Silva (2009). A redução de danos é reconhecida como importante estratégia a esse público pois agrega ações diversificadas que visam atenuar os prejuízos oriundos do uso abusivo de SPA. Mas para realmente obter sucesso essa estratégia depende da articulação de ferramentas relacionais e pragmáticas (Souza, 2013b).

A restrição de horas de trabalho da eCR impede o reconhecimento de potenciais usuários do serviço só encontráveis durante a noite, tornando a equipe menos adaptada às características do público alvo, conforme perspectiva de Frenk (1985). E mesmo a maior adaptação ACS e AgS para a lida com pessoas com TMG, em situações que exigiam primeiros socorros, foi influenciada negativamente pela restrita oferta de educação permanente sobre o tema.

Fatores sócio-históricos e implantação

O Estado, por meio de leis, decretos e pronunciamentos oficiais cristaliza processos e oculta os conflitos e disputas que frequentemente caracterizam o processo de definição de suas políticas públicas. Essa “amnésia da gênese” estabelece crenças que passam a ser fortemente admitidas e constituem única versão de complexas trajetórias (Bourdieu, 2014). Trazer à tona embates, disputas e dissensos que precederam o CnR – não explícitos nos documentos formais – possibilitaram identificar ideias e decisões que fizeram parte do processo, mas foram suprimidas. No entanto, os elementos constituintes do processo de definição de uma política ou iniciativa, ainda que tenham sido descartados em favor de propostas hegemônicas,

podem seguir influenciando de diversas formas (Pinell, 2010). Assim sendo, é possível que as eCR implementadas apresentem influências de experiências precedentes sobre suas práticas cotidianas.

Duas questões essenciais e problemáticas na unidade acompanhada – abordagem ao uso abusivo de SPA e restrição das ações aos moldes da AB – parecem ser melhor compreendidas se considerados os movimentos que antecederam a implantação da proposta. As questões de saúde mental polarizaram grande parte dos debates na produção da portaria do CnR. Por um lado, havia o receio de que as ações de saúde mental fossem suprimidas pela lógica produtivista e centrada no corpo, entendida como preponderante na atenção básica; e por outro, a preocupação com eventual restrição de ações na redução de danos no uso de SPA, desconsiderando a saúde global do atendido. A portaria buscou aproximar as duas estratégias de ação, mas finalmente inseriu o serviço na atenção básica – o que, com base em nossas observações, parece ter influenciado negativamente nas ações de redução de danos.

No transcurso de formulação da portaria, movimentos sociais pressionaram para que o Agente Social fosse profissional obrigatório nas equipes e detivesse experiência em redução de danos. Prevendo resistência dos municípios, agentes do Departamento de Atenção Básica (DAB) retiraram essa exigência. Isso facultou aos municípios prescindirem dos AgS e/ou de formação específica. Se, por um lado, a supressão dessa exigência agilizou a composição das equipes, por outro restringiu recursos para o enfrentamento do uso abusivo de SPA, como vimos ocorrer na eCR em análise.

Ademais, a conformação do CnR na política de atenção básica influenciou a organização da equipe em estudo, no que se refere à reprodução da dinâmica dos ACS em maior contato com a rua, e tendência aos trabalhadores de nível superior em centralizarem seus atendimentos nas UBS. Esse *modus operandi* também foi utilizado pelo Programa Agente na Rua, que regia as equipes para PSR no município de São Paulo antes da implantação do CnR (Canônico, et al., 2007; Carneiro-Junior, et al., 2010; Roy, 2016). O PAR assumia as PSR como se fosse mais uma eSF dentro da UBS. Além disso, as resistências das equipes de atenção básica frente às PSR, identificadas na época do PAR, parecem ainda permanecer hoje em dia (Carneiro-Junior, et al., 2010), induzindo a fixação da equipe do Consultório na Rua na UBS.

A influência da lógica caritativa cristã pareceu também permear a dinâmica da equipe em estudo. A atuação da eCR para além das demandas e necessidades de saúde e na abordagem aos consumidores de álcool não parecia ser apenas baseada na garantia de direitos mas também inspirada por uma postura missionária de levar assistência aos mais necessitados e livrá-los do vício. Se considerarmos todo o histórico de ações caritativas da Igreja Católica para os grupos desassistidos desde o período colonial, a presença de agentes representantes e/ou influenciados por essa instituição nas formulações do CnR, além da gestão da eCR aqui analisada por um grupo filantrópico de origem cristã, não seria surpresa identificarmos essa lógica missionária entre os componentes da equipe. Tal situação pareceu favorecer a dedicação dos trabalhadores no oferecimento de cuidado pela equipe, mas ocasionou algumas posturas moralistas e controladoras sobre as PSRs.

Conclusão

A avaliação do grau de implantação permitiu identificar pertinência da equipe no oferecimento de cuidado em atenção básica, na vinculação com os usuários, na interlocução e no trabalho interserviços e intersetores, e no apoio a demandas que extrapolam o que é tradicionalmente reconhecido como do setor saúde, mas que se afiguram fundamentais e mesmo decisivas nesse segmento populacional. No entanto, há aspectos a serem desenvolvidos de modo a garantir a equidade para essa população, sobretudo na garantia de mobilidade da equipe pelo território, do trabalho interprofissional *in loco*, nas ruas e no estreitamento da relação e melhoria do fluxo entre eCR e equipes das UBS, além de garantia dos insumos necessários à redução de danos, de modo a favorecer abordagens psicossociais.

Evidenciou-se que as propostas feitas nos níveis centrais do SUS inevitavelmente sofrem adaptações, resistências e novas elaborações a partir das condições e histórico local. Os problemas identificados junto à equipe acompanhada parecem ser oriundos menos de seu grau de implantação e muito mais de um paradoxo da própria política e dos serviços que a concretizam. Afinal, como garantir a oferta e realização de práticas assistenciais não segregadoras, não alienantes e inclusivas circunscritas a um serviço? O CnR, nesse sentido, deve-se constituir como ponta-de-lança, abrindo o sistema de saúde para esse grupo de cidadãos brasileiros. O sucesso

do CnR parece estar justamente no momento em que essa mesma população puder prescindir dele para a atenção em saúde no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das três perspectivas aqui apresentadas – análise comparada das propostas de unidades móveis, sociogênese do programa Consultório na Rua e avaliação de uma equipe dessa natureza – concluímos que nosso objeto foi produto tanto de experiências de outros países como de iniciativas criadas em municípios brasileiros. Essas propostas tiveram como bases principais as ações religiosas oferecidas desde o século XVI aos indigentes e vadios, os trabalhos voltados à redução de danos no uso abusivo de drogas, e, mais recentemente, os programas de atenção integral à saúde na perspectiva da atenção primária.

Por meio da análise comparada das unidades móveis de Estados Unidos, Portugal e Brasil, pudemos confirmar o pressuposto de que há propostas semelhantes em outros países, e que compartilham, para além do objetivo em comum de melhorar o acesso das PSRs aos serviços de saúde, estratégias semelhantes como o estabelecimento de equipes multiprofissionais, a busca ativa e a assistência frente ao uso problemático de substâncias psicoativas. As divergências foram identificadas no oferecimento de cuidados primários ou apenas de redução de danos, e no uso facultativo de veículo.

De maneira complementar, a sociogênese nos revelou o processo de formulação do programa Consultório na Rua. Iniciativas municipais de atendimento ao público em situação de rua foram desenvolvidas, tanto em redução de danos como no modelo de atenção básica e seus representantes puderam levar as experiências a encontros promovidos pelo Ministério de Desenvolvimento Social, exigindo que o Ministério da Saúde absorvesse essas demandas em suas políticas. Após a formulação da Política Nacional para Inclusão Social das PSRs, o MS iniciou a organização de ações para esse público. Foi delimitado de maneira mais específica um espaço social de cuidado para as PSRs a partir das discussões e do estabelecimento dessa política, e principalmente com a criação do Comitê Técnico de Saúde das PSRs, composto e alimentado por acordos e disputas entre agentes interessados no tema e/ou em ganhar posições mais privilegiadas.

Com o investimento ao PSF ocorrido durante a gestão do presidente Luis Inácio Lula da Silva e o lançamento do programa “Crack é Possível Vencer” pela presidenta Dilma, houve condições favoráveis ao surgimento do Consultório na Rua. Ocorreu também a entrada de agentes com disposições voltadas à saúde coletiva e com experiências de trabalho voltadas às PSR em suas trajetórias, que favoreceram a abertura para a participação de movimentos sociais nas instâncias de discussão, assim como a produção de políticas voltadas ao público em questão.

A análise comparada e a sociogênese nos confirmou o pressuposto de que as políticas de saúde são resultantes de sucessivos confrontos, acordos e mediações entre diversos agentes, com diferentes posições no espaço social. A partir das condições políticas e econômicas de seus países, e das necessidades consideradas importantes por tais agentes na análise sobre as pessoas em situação de rua, foram produzidas as determinações legais para operacionalizar os programas.

Na articulação entre sociogênese e avaliação pudemos constatar outro pressuposto, o de que um serviço executado em um município pode sofrer influência de elementos que fizeram parte da gênese de sua proposta legal. Para além dos fatores que permaneceram e foram destacados nos documentos oficiais, houve alguns que foram excluídos no processo de estabelecimento do programa Consultório na Rua e que puderam ser verificados como determinantes de alguns conflitos e conformações no dia a dia da equipe avaliada.

Na análise da gênese do Consultório na Rua tivemos algumas limitações, como a impossibilidade de resgatar mais informações sobre o processo de formulação da Política Nacional para Inclusão Social das PSRs, o que demandaria a busca de mais informantes, o que foi dificultado pela ausência de registros. Também percebemos que alguns dos entrevistados pareceram preservar algumas informações ligadas aos conflitos internos no MS, como uma forma de respeito aos pares. Também não foi possível realizarmos uma análise de correspondência a partir dos volumes de capitais dos agentes entrevistados, o que nos auxiliaria na tarefa de melhor compreender a influência desses recursos no posicionamento dos agentes no espaço social.

Realizamos esta pesquisa focada apenas no programa de saúde Consultório na Rua, que nos pareceu essencial para articular o oferecimento de cuidado em saúde para as PSRs. Mas sabemos que ele deve ser apoiado por outras iniciativas para oferecer

melhorias efetivas na vida das pessoas em situação de rua – tal como verificado na análise de implantação. Além de um estudo de efetividade do CnR, caberia pesquisas voltadas aos programas que vinculam moradia, cuidado em saúde e outros serviços como o Housing First, programa que foi modelo para o projeto paulistano De Braços Abertos. Esse programa traz a inovação em oferecer primeiro a habitação, enquanto direito básico, para então seguir com tratamentos de saúde e apoio social. Também seria importante investir em análises sobre as estratégias vinculadas à Política Nacional de Assistência Social e mesmo as relacionadas às iniciativas religiosas.

REFERÊNCIAS

- Abreu MF. *Do lixo à cidadania: estratégias para a ação*. Brasília: Caixa Econômica Federal; 2001.
- Agência MJ de Notícias. *Site do Ministério da Justiça e Segurança Pública*. [Online].; 2013 [citado 20 jan 2017]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/representante-da-senad-visita-consultorio-de-rua-em-salvador>.
- Albuquerque CM. *Loucos nas ruas: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife* [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.
- Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016.
- Almeida AVA. *Roda de Conversa - uma estratégia de promoção em saúde para as gestantes que vivem em situação de rua* [dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem; 2014.
- Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet*. 1997.
- Almeida T. Evolução hospitalar no Brasil: ontem e hoje. In Ministério da Saúde. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde; 1965.
- Anderson N. *The Hobo: the sociology of the homeless man*. Chicago, Londres: The University of Chicago Press; 1967.
- Andrade TM. Redução de danos: um novo paradigma? In: Tavares LA, Almeida ARBd, Filho AN, org. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: UFBA; 2004.
- Araújo T. *Almanaque das drogas: um guia informal para um debate racional*. São Paulo: Editora Leya; 2012.
- Aristides JL, Lima oVCd. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Espaço Saúde*. 2009; p. 43-52.
- Assembléia Legislativa de MG. *Assembléia Legislativa de Minas Gerais*. [Online].; 2012 [citado 10 set 2017]. Disponível em:

https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2012/05/04_comissao_crack_modelos_terapeuticos.html.

Augé M. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*.

Campinas: Papirus; 2003.

Auyero J. Chuck and Pierre at the Welfare Office. *Sociological Forum*. 2010: p. 851-860.

Auyero J. Fogo e barricadas: retratos da beligerância popular na Argentina democrática. In Monteiro B, Pereira VB. *A política em estado vivo*. Lisboa: Le Monde Diplomatique; 2013. p. 155-186.

Auyero J, Kilanski K. From “making toast” to “splitting apples”: dissecting “care” in the midst of chronic violence. *Theory and Society*. 2015: p. 393-414.

Auyero J, Swistun DA. *Flammable: environmental suffering in a argentine shantytown*. Oxford: Oxford University Express; 2009.

Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde Soc*. 2005: p. 9-30.

Bahia L, Costa NR, Van Stralen C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Cien Saude Colet*. 2007: p. 1791-1818.

Bamrah S, Woodruff RY, Powell K, Gosh S, Kammerer JS, Haddad MB. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994–2010. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013: p. 141-1419.

Barros B. *Portal da Prefeitura Municipal de Porto Alegre*. [Online].; 2012 [citado 20 set 2017]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_cidadao/default.php?p_noticia=151176.

Barros PP, S MR, A S. Portugal. Health system review. *Heal Syst Transit*. 2011.

Barros SG. *A Política Nacional de luta contra a Aids e o espaço Aids no Brasil*. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2013.

Bastos FI. Redução de Danos e Saúde Coletiva: Reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In Bastos F, Karam ML, Martins SM.

- Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003. p. 15-44.
- Bastos FI, Bertoni N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack*. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz; 2014.
- Bento A, Barreto E. *Sem-amor, Sem-abrigo*. Lisboa: Cliepsi Editores; 2002.
- Belo Horizonte. *1º Censo da população em situação de rua de Belo Horizonte*. Belo Horizonte; 1998a.
- Belo Horizonte. População em situação de rua: seminário sobre políticas públicas. In *Fórum de população em situação de rua de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SEGRAC; 1998b.
- Bittencourt LM. “Do Discurso Jurídico à Ordem Médica” (*Os descaminhos do Uso de Drogas no Brasil*) [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia; 1986.
- Borysow IC. *Acesso e equidade: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua com transtorno mental grave* [dissertação]. Santos: Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Saúde, Educação e Sociedade; 2013.
- Borysow IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2014; p. 1069-1076.
- Borysow IC, Furtado JP. Acesso e intersectorialidade: O acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis*. 2013; p. 33-50.
- Bourdieu P. El espacio social y la génesis de las "clases". *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 1989; p. 27-55.
- Bourdieu P. Génesis Y Estructura Del Campo Burocrático. *Actes Rech Sci Soc*. 1993.
- Bourdieu P. *As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- Bourdieu P. *Contrafogos: Tácticas Para Enfrentar a Invasão Neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
- Bourdieu P. *Questões de Sociologia*. Lisboa: Fim do Século; 2003.
- Bourdieu P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense; 2004a.

- Bourdieu P. *Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Unesp; 2004b.
- Bourdieu P. A casa do rei à razão do Estado: um modelo da gênese do campo burocrático. In: Wacquant L. *O mistério do ministério - Pierre Bourdieu e a política democrática*. Rio de Janeiro: Revan; 2005. p. 41-70.
- Bourdieu P, Sayad A. A dominação colonial e o saber cultural. *Revista de Sociologia e Política*. 2006.
- Bourdieu P. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus; 2007a.
- Bourdieu P. *A distinção: a crítica social do julgamento*. São Paulo, Porto Alegre: Edusp, Zouk; 2007b.
- Bourdieu P. *O poder simbólico*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
- Bourdieu P. A demissão do Estado. In: Bourdieu P. *A miséria do mundo*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012a. p. 215-24.
- Bourdieu P. Efeitos de lugar. In: Bourdieu P. *A miséria do mundo*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012b. p. 159-191.
- Bourdieu P. *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
- Bourdieu P. *Sociologie générale. Cours au Collège de France (1981-1983)*. Paris: Raisons d'agir/Seuil; 2015.
- Bourgois P. Homeless in el Barrio. In Bourdieu P. *A Miséria do Mundo*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 203-214.
- Brambilla G. A utilização dos “vadios” na administração do Governador e Capitão-General Dom Luís Antonio de Souza Botelho Mourão, o Morgado de Mateus, na Capitania de São Paulo (1765-1775). In: *Anais do XXVIII Simpósio Nacional de História*. [Online]. Florianópolis; 2015 [citado 05 nov 2017]. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1427825862_ARQUIVO_ApresentacaoGustavoBrambilla.pdf.
- Brasil. Departamento Nacional de Saúde. *História e evolução dos hospitais Brasília: Ministério da Saúde*.; 1965.
- Brasil. Decreto n. 85100 de 2 de setembro de 1980. Dispõe sobre execução de operação de crédito externo e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 1980 2 set; Seção 1 - 2/9/1980.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF): 1988a.

Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. *Política Nacional da Questão das Drogas*; Brasília (DF): Ministério da Justiça; 1988b.

Brasil. Leis etc. Lei 8080 de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1990 19 set.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003b.

Brasil. Leis etc. Lei 11258 de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2005 30 dez.

Brasil. *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*. Brasília (DF): 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1190 de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2009 4 jun.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2010a 20 mai.

Brasil. Ministério da Saúde. *Consultórios de Rua do SUS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil: Populações Especiais*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 3088 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). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2011b 23 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2011c 28 abr.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2012b 25 jan.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2012c 25 jan.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno 34. Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2014a 20 mai.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1238 de 6 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF) 2014b 6 jun.

Brasil. Observatório Crack é possível vencer. [Online]; 2017. [citado 05 jan 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>.

- Butler B. *Dictionary of the Tarot*. Nova York: Schocken Books; 1988.
- Campos GW. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Campos GW. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cien Saude Colet*. 2011.
- Canônico R, Tanaka ACDA. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2007.
- Carimbão G. *Propostas para políticas públicas sobre drogas no Brasil*. Brasília: CEDROGA; 2011.
- Carneiro-Junior N, Jesus CHd, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc*. 2010; p. 709-716.
- Carrinho PCM. *A saúde mental dos sem abrigo: comunidades de inserção* [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Educação; 2012.
- Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes; 2010.
- Cauce A, Paradise M, Ginzler J, Embry L. The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences. *J Emot Behav Disord*. 2000; p. 230-239.
- Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*. 2010.
- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contrandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011a.
- Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Jean-Luis D. A Análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011b.
- CMB. A história de misericórdia das Santas Casas. *Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas*. [Online].; 1997 [citado 18 jan 2018]. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>.

- Cohn A. Estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Akerman M, org. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006.
- Coissi J. São Carlos terá consultório de rua para o crack, diz ministro. *Folha de São Paulo*. [Online].; 2011a [citado 02 ago 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fs.para-o-crack-diz-ministro.shtml>.
- Coissi J. Prefeitura 'caça' usuário de crack na rua. *Folha de São Paulo*. [Online].; 05 jan 2011b [citado 02 ago 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fs.prefeitura-caca-usuario-de-crack-na-rua.shtml>.
- Conill EM. A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. In Furtado JP, Campos RO. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: Unicamp; 2011.
- Conill EM. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. *Cad Saude Publica*. 2008.
- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In Akerman M, org. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006.
- Conselho Nacional de Saúde. Ata da 226ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2011.
- Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2008.
- Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2012.
- Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. 2007.
- Correio do Povo. Um programa pioneiro no país. *Correio do Povo* [Online].; 2007 [citado 20 set 2017]. Disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Jornal/A112/N282/HTML/05UM9PRO.htm>.
- Costa APM. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista Texto & Contextos*. 2005.
- Costa JP. A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. *Arquivos de Medicina*. 2013; p. 158-167.

- Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSNd, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2010: p. 257-270.
- Cunha MAd. *No olho da rua: a vida na Fazenda Modelo, um dos maiores abrigos de mendigos do mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.
- Dall'Agnol CM, Fernandes FdS. Health and self-care among garbage collectors: work experiences in a recyclable garbage cooperative. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007: p. 729-735.
- DATASUS. *População residente - Estimativas para o TCU - Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Davel JO, Amaral TR, Siqueira MMD. Avaliação das atitudes dos profissionais do Consultório na Rua frente ao uso e abuso de álcool e outras drogas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2016: p. 68-75.
- Delmanto J. *Cannabica*. [Online].; 2013 [citado 19 set 2017]. Disponível em: <http://www.cannabica.com.br/secoes/politica/as-posicoes-de-lula-e-seus-programas-de-governo>.
- Deloitte LLP. *Healthcare for the Homeless: Homelessness is bad for your health*. Londres: Deloitte Center for Health Solutions; 2012.
- Dequiré AF. Le Corps des sans domicile fixe. *Rech Educ*. 2010.
- Dobry M. *Sociologia das crises políticas*. São Paulo: Editora Unesp; 2014.
- Donohoe M. Homelessness in the United States: History, Epidemiology, Health Issues, Women, and Public Policy. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health*. 2004.
- Duarte R, Diniz A. Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose. *Relatório para o Dia Mundial da Tuberculose*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde; 2013.
- Duarte PCAV, Stempliuk VdA, Barroso LP. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. Brasília: SENAD/CEBRID; 2005.
- Dubois V. La acción del Estado, producto y objeto de disputa de las relaciones entre espacios sociales. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*. 2015: p. 18-33.
- Dubois V. Ordem institucional, ordem interaccional e ordem social: administrando o bem-estar, disciplinando os pobres. *Cadernos de Ciências Sociais*. 2014: p. 53-66.

- Dubois V. *The bureaucrat and the poor: encounters in French Welfare Offices*. Nova York: Routledge; 2016.
- DuVerney A. *A 13ª emenda* [filme]. 2016. 1h 40min. color. son.
- Dye TR. *The policy analysis*. Tuscaloosa: The University of Alabama Press; 1984.
- Engel MG. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe "Consultório na Rua" de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Cien Saude Colet*. 2016.
- Estados Unidos da América. *Patient Protection and Affordable Care Act*. Washington D.C.; 2010.
- Estados Unidos da América. *The 2013 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress*. Washington D.C.: The U.S. Department of Housing and Urban Development; 2013a.
- Estados Unidos da América. U.S. Department of Health & Human Services. *Centers of Disease Control and Prevention*. [Online].; 2013b [citado 05 mai 2016]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tb/topic/populations/homelessness/default.htm>.
- Estados Unidos da América. Public Law 99th Congress 99-570. Washington D.C.; 1986.
- Estados Unidos da América. Public Law 100-77. To provide urgently needed assistance to protect and improve the lives and safety of the homeless, with special emphasis on elderly persons, handicapped persons, and families with children. Washington D.C.; 1987 p. 482-538.
- Faria RM. A Territorialização da Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia*. 2013; p. 121-130.
- Fernandes L, Pinto M. El Espacio Urbano Como Dispositivo De Control Social: Territorios Psicotrópicos Y Políticas De La Ciudad. *Humanitas, humanidades médicas*. 2002; p. 147-162.
- Ferreira CPS, Rozendo CA, Mêlo GB. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cad Saude Publica*. 2016; p. 1-10.

- Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
- Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2005.
- Fitzpatrick S, Johnsen S, White M. Multiple Exclusion Homelessness in the UK: Key Patterns and Intersections. *Social Policy and Society*. 2011: p. 501-512.
- Folha Online. Sobe para seis o número de mortos em ataques a moradores de rua. *Folha de São Paulo*. [Online]. São Paulo; 2004 [citado 20 dez 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u98530.shtml>.
- Foucault M. *Microfísica do poder*. 25ª ed. São Paulo: Graal; 2012.
- Fraga-Filho W. *Mendigos e vadios na Bahia do século XIX* [dissertação]. Salvador: UFBA, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 1994.
- Franco RJ. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. *Estudos Históricos*. 2014.
- Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Pública Méx*. 1985.
- Frúgoli Jr H, Cavalcanti M. Territorialidades da(s) cracolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. *Anuário Antropológico*. 2013: p. 73-97.
- Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007.
- Furtado JP, Campos RO. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. 2005 jan/mar.
- Furtado JP, Gasparini MF. Há diferenças entre avaliar e analisar? *Cien Saude Colet*. 2017.
- Furtado JP, Nakamura E. Introdução. In: Furtado JP, Nakamura E. *Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: Fap-Unifesp; 2014.
- Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saude Publica*. 2014: p. 2643-2655.
- Gama CAP, Campos RTO, Ferrer A. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2014.

- Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*. 2008; p. 267-276.
- Gazir A. Presidente muda Senad, mas polêmica continua. *Folha online*. [Online].; 13 abr 2000 [citado 19 set 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fol/pol/ult13042000284.htm> .
- Georges I, Cabanes R, Telles VdS. *Saídas de emergência: ganhar/perder na periferia de São Paulo*. São Luis, Maranhão: Bontempo Editorial; 2015.
- Gibbs G. *Análise de dados qualitativos*. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Bookman, Artmed; 2009.
- Gil EdS. Consultório na Rua Pintando Saúde: uma proposta de educação em saúde [dissertação]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.
- Goering P, Tomiczenko G, Sheldon T, Boydell K, Wasylenki D. Characteristics of persons who are homeless for the first time. *Psychiatric Services*. 2002; p. 1472-1474.
- Gomes TS, Guadalupe S. Redes de Suporte Formal ao Sem-Abrigo na Cidade de Coimbra. *Interações*. 2011; p. 71-94.
- Gonçalves MS. Pelas ruas da cidade: mendicidade, vadiagem e loucura na corte imperial (1850-1889). *Tempos Históricos*. 2016.
- Graeff L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris. *Psicologia USP*. 2012.
- Gray DE. *Pesquisa no mundo real*. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
- Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica*. 2015.
- Hall ET. *The hidden dimension*. Garden City: Anchor Books; 1982.
- Ham C, Hill M. *The policy process in the modern capitalist state*. Londres: Harvester Wheatsheaf; 1993.
- Heckert U, Silva J. Psicoses esquizofrênicas entre a população de rua. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2002.
- Hobsbawm EJ. *Era dos Extremos - o breve século XX 1914/1991*. São Paulo: Companhia das Letras; 2008.

- Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saude Publica*. 2000.
- James O, Lodge M. The Limitations of 'Policy Transfer and 'Lesson Drawing for Public Policy Research. *Political Studies Review*. 2003: p. 179-193.
- Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2007: p. 417-425.
- Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde & Transformação Social*. 2012: p. 39-48.
- Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*. 2000.
- Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016: p. 442-449.
- Lancetti A. Estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009: p. 797-799.
- Lévi-Strauss C. *O Pensamento Selvagem*. Campinas: Papirus; 2002.
- Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2010.
- Lemke RA, Silva RAN. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis*. 2011.
- Lenoir R. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes; 1996.
- Lester H, Wright N, Heath I. Developments in the provision of primary health care for homeless people. *Br J Gen Pract*. 2002.
- Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Nova York: Russell Sage Foundation; 2010.
- Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2014: p. 251-260.
- Lopes KJM. Modos de atenção na cidade além da conta: uma reflexão sobre lugares e não lugares. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2007: p. 307-314.

- Lúcia Silva E, Muskat E. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. Florianópolis: UFSC; 2005.
- Machado AR. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2006.
- Machado AR, Miranda PS. 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*. 2007.
- Machado KS, Simas RS. Redução de danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2017; p. 67-83.
- Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- Magalhães AM. *A luta pela terra como oração: sociogênese, trajetórias e narrativas do movimento Tupinambá* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social; 2010.
- Marlatt GA. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Marx K. *O Capital. Livro 1*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1988.
- Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol Serv Saude*. 2015; p. 544-541.
- Matonti FF, Poupeau F. Le capital militant. Essai de définition. *Actes Rech Sci Soc*. 2004.
- Mattos RM. *Situação de rua e modernidade: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade* [dissertação]. São Paulo: Universidade São Marcos; 2006.
- Medeiros CRS. *Análise sobre a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na Rua* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública. Programa de Pós-Graduação em Administração; 2016.

- Menezes FL. *Percursos sem abrigo: histórias das ruas de Paris, Lisboa e Londres*. Lisboa: Ed. Mundos Sociais; 2012.
- META. Relatório final. *Pesquisa Censitária e Amostral. População em situação de rua*. Porto Alegre: Meta - Instituto de Pesquisa de Opinião; 2008.
- Mezzalira IMA, Flandoli OR. O Hospício de Alienados na província de São Paulo. *Histórica - Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*. 2011.
- MDS. *Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2006.
- Ministério da Saúde. SEGEP. *Portal da Saúde*. [Online].; 2017 [citado 06 set 2017]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/23599-pautas-e-resumos-2#2010>.
- MS Portugal. Alto Comissariado da Saúde. Plano Nacional de Saúde 3.1. Eixo Estratégico - Cidadania em Saúde [Internet]. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Portugal*; 2012. [citado 10 jan 2016]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Saude_2013_01_17_.pdf
- MS Portugal. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. *Sinopse Estatística*. Lisboa: MS; 2014.
- Moulavi D, Bushy A, Peterson J, Stullenbarger E, Muolavie D. Thinking about a mobile health unit to deliver services? Things to consider before buying. *Aust J Rural Health*. 2000; p. 6-16.
- Moura Junior JF, Ximenes VM, Sarriera J. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. *Fractal*. 2014; p. 18-28.
- National Alliance to End Homelessness. About Us [Internet]. 2016 [citado 4 ago 2016]. Disponível em: <http://www.endhomelessness.org/>
- National Coalition for the Homeless. *About NCH* [Internet]. 2016 [citado 4 ago 2016]. Disponível em: <http://nationalhomeless.org/about-us/>
- National Coalition for the Homeless. *McKinney-Vento Act* [Internet]. Washington D.C.; 2006. [citado 4 ago 2016]. Disponível em: <http://www.nationalhomeless.org/publications/facts/McKinney.pdf> [Links]

- Nakamura E. Inserção social: dimensões e significados da vida sociocultural. In Furtado JP, Nakamura E. *Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave*. São Paulo: Fap-Unifesp; 2014.
- Nery-Filho A, Valério ALR, Monteiro LF. *Guia do projeto Consultório de Rua*. Brasília, Salvador: Senad/Cetad; 2012.
- Nichols, Sallie. Jung e o Tarô: uma jornada arquetípica. São Paulo: Cultrix; 2001.
- Nogueira LA, Bellini LM. Sexualidade e violência, o que é isso para jovens que vivem na rua? *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2006; p. 610-616.
- Noronha JC, Giovanella L, Conill EM. Sistemas de saúde da Alemanha, Canadá e dos EUA: uma visão comparada. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva - Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
- North C, Pollio D, EM S, Spitznagel E. Correlates of early onset and cronicity of homelessness in a large urban homeless population. *J Nerv Ment Dis*. 1998.
- Nuttbrock L, Rosenblum A, Magura S, McQuistion H. Broadening perspectives on mobile medical outreach to homeless people. *J Health Care Poor Underserved*. 2003; p. 5-16.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório Primavera 2014 - Saúde: síndrome de negação* [Internet]. Lisboa; 2014 Nov. [citado 25 mar 2016]. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco?* [Internet]. Lisboa; 2015. [citado 25 mar 2016]. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- O Globo. Acervo O Globo. [Online]. Rio de Janeiro; 2014 [cited 2015]. Available from: <http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/lei-de-1941-considera-ociosidade-crime-pune-vadiagem-com-prisao-de-3-meses-14738298>.
- Oliveira MGPN. *Consultório de rua: relato de uma experiência* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva; 2009.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Inequality [Internet]. *Income Inequality*. 2012 [citado 20 mar 2016]. Disponível em: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Labour Force Statistics 2015 [Internet]. *OECD Labour Force Statistics*. OECD Publishing; 2016 (OECD Labour Force Statistics). [citado 2 fev 2016]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-labour-force-statistics-2015_oecd_lfs-2015-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2011: *OECD indicators* [Internet]. 2011. [citado 25 mar 2016]. Disponível em: dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-15-enOECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2013*. Paris: OECD Publishing; 2013a.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2015* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. (Health at a Glance). [citado 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health Resources* [Internet]. 2013b. [citado 25 mar 2016]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-resources/indicator-group/english_777a9575-en
- Pacheco MEAG. Políticas públicas e capital social: o projeto Consultório de Rua. *Fractal*. 2014; p. 43-58.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; p. 1778-1797.
- Passador JL. "Os sofrendores de rua": Estudo de caso da cooperativa de catadores de papel e papelão da Várzea do Glicério, São Paulo [dissertação]. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas; 1993.
- Paula PP. *Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2011.
- Paulino J, Martins A, Machado M, Gomes M, Gaio AR, Duarte R. Tuberculosis in native- and foreign-born populations in Portugal. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016; p. 357-362.
- Paul-Lévy F, Segaud M. *L'Anthropologie de l'Espace*. Paris: Centre Georges Pompidou/CCI; 1983.

Pereira AC, Oliveira M. Mais de cinco mil pessoas sem abrigo em Portugal. *Público*. [Online]. Lisboa; 2014 [citado 10 mar 2015]. Disponível em:

<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/mais-de-cinco-mil-pessoas-sem-abrigo-em-portugal-1630338>.

Pereira da Silva MC. *A experiência de implementação de uma Equipe de Consultório na Rua no Distrito Sanitário de Itapagipe* [monografia]. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina; 2016.

Pereira VB, Queiros J. 'It's not a bairro, is it?': subsistence sociability and focused avoidance in a public housing estate. *Environment and Planning*. 2004.

Pinell P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

PNUD. Ranking IDH Global 2014. *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. [Online].; 2014 [citado 25 mar 2016]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2014.aspx>.

Portugal. *Estratégia Nacional para integração de pessoas sem-abrigo*. Lisboa: Governo de Portugal; 2009.

Portugal. Decreto Lei nº 183/2001, de 21 de Junho. *Diário da República* 2001.

Portugal. Decreto-Lei nº 124/2011. Lisboa: Plano de Redução e Melhoria da Administração Central. *Diário da República* 2011. Portugal. Portaria nº 27 de 2013. *Diário da República* 2013.

Post P. *Mobile Health Care for Homeless People: Using Vehicles to Extend Care*. Nashville: National Health Care for the Homeless Council; 2007.

Raupp L, Adorno RCF. Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde Soc*. 2015; p. 803-815.

Reis Junior AG. *Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte / MG* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011.

Reis MS. *O Movimento Nacional da População de Rua em São Paulo: um diálogo com as políticas sociais públicas* [monografia]. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais; 2011.

Rodrigues F. Leia a transcrição da entrevista de Padilha à Folha e ao UOL. *Folha de São Paulo*. [Online].; 19 nov 2011 [citado 1 ago 2017]. Disponível em:

<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2011/11/1008889-leia-a-transcricao-da-entrevista-de-padilha-a-folha-e-ao-uol.shtml>.

Rodrigues JRG. *Formas de escolarização secundária e sociogênese de uma instituição escolar: o Ginásio Rui Barbosa em Juazeiro, BA, (1953-1963)* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação; 2009.

Rodrigues T. Política de Drogas e a Lógica dos Danos. Verve. 2003.

Rosa AS, Secco MG, Brêtas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006; p. 331-336.

Rosa ADS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005.

Roy D. Micropolíticas da "população em situação de rua". In: Rui T, Martinez M, Feltran G, organizadores. *Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EdUFSCar; 2016. p. 115-140.

RTP. Ami atendeu 1511 sem-abrigos em 2014. *RTP Notícias*. [Online].; 2015 [citado 10 fev 2016]. Disponível em: http://www.rtp.pt/noticias/pais/ami-atendeu-1511-sem-abrigo-em-2014-menos-10-face-ao-ano-anterior_n826338.

Sadi A, Nublat J. Governo erra ao focar em crack, diz médico. *Folha de São Paulo*. [Online].; 2011 [citado 05 ago 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/14281-governo-erra-ao-focar-o-crack-diz-medico.shtml>.

Saltman R. Convergence versus social embeddedness. Debating the future direction of health care systems. *Eur J Public Health*. 1997; p. 449-453.

Salvador. Consultório de Rua recebe duas novas unidades móveis. *Notícias da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*. [Online].; 2011 [citado 3 jun 2017]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/2011/10/05/consultorio-de-rua-recebe-duas-novas-unidades-moveis/>.

Sanglard G. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. 2007.

Santos CBG. *Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal* [dissertação]. Braga: Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão; 2012.

- São Paulo. *Documento Norteador dos Consultórios na Rua (CnaR)*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2016.
- São Paulo. *Memórias de Higiene e Saúde Municipal*. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico; 1985.
- Saravese M. Em natal de catadores, Lula ora por Alencar, cobra Kassab e promete visitar lixões. *Notícias UOL*. [Online].; 2010 [citado 25 set 2017]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2010/12/23/em-natal-de-catadores-lula-ora-por-alencar-cobra-kassab-e-promete-visitar-lixoes.htm>.
- Seabra C. Kassab e Alckmin temiam ação do governo federal. *Folha de São Paulo*. [Online].; 2012 [citado 4 abr 2017]. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/kassab-e-alckmin-temiam-acao-do-governo-federal.shtml.
- Serafim MP, Dias RB. Análise de Política: Uma Revisão da Literatura. *Cadernos Gestão Social*. 2012.
- Setton MGJ. Os museus e a legitimidade cultural. *Educação em Revista*. 2017.
- Skosireva A, O'Campo P, Zerger SCC, Gapka S, Stergiopoulos V. Different faces of discriminaton: perceived discriminaton among homeless adults with mental illness in healthcare setings. *BMC Health Serv Res*. 2014.
- Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saude Publica*. 2014.
- Silva MLL. *Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil - 1995 a 2005* [dissertação]. Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social; 2006.
- Silva SL, Adorno RCF. A etnografia e o trânsito das vulnerabilidades em territórios de resistências, registros, narrativas e reflexões a partir da Cracolândia. *Saúde & Transformação Social*. 2013.
- Souza J. *A ralé brasileira: quem é, como vive*. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
- Souza J. *A gênese do Programa de Incentivo Fiscal à Alimentação do Trabalhador (PIFAT/PAT)* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2013a.

- Souza TP. *A norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)* [tese]. Campinas: Unicamp, Departamento de Saúde Coletiva; 2013b.
- Snow D, Anderson L. *Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Vozes; 1998.
- Starepravo FA, Marchi-Junior W. (Re) pensando as políticas públicas de esporte e lazer: a sociogênese do subcampo político/burocrático do esporte e lazer no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2015.
- Starepravo FA. *Políticas Públicas de Esporte e Lazer no Brasil: aproximações, intersecções, rupturas e distanciamentos entre os subcampos político/burocrático e científico/acadêmico* [tese]. Universidade Federal do Paraná, Departamento de Educação Física; 2011.
- Stoffels MG. *Os mendigos na cidade de São Paulo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013.
- Teixeira CFdS, Paim JS. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*. 2005.
- Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev. Adm. Pública*. 2006: p. 27-53.
- United States Census Bureau. *United States Census*. [Online].; 2015 [citado 10 jan 2016]. Disponível em: <http://www.census.gov/topics/population.html>.
- US Interagency Council on Homelessness. *Opening Doors: Federal strategic plan to prevent and end homelessness*. Washington D.C.; 2015.
- Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004.
- Vargas T. *Informe ENSP*. [Online].; 2012 [citado 02 fev 2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30988>.
- Vieira da Silva LM. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

- Vieira da Silva LM. Equidade em saúde : uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009: p. 217-226.
- Vieira da Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*. 2014: p. 432-446.
- Vieira MAC, Bezerra EMR, Rosa MM. *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Vinuto J. A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014: p. 203-220.
- Wacquant L. Indicaciones sobre Pierre Bourdieu y la política democrática. In: Wacquant L. *El misterio del ministerio - Pierre Bourdieu y la política democratica*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2005. p. 23-42.
- Wacquant L. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. *Revista de Sociologia e Política*. 2002: p. 95-110.
- Wacquant L. Três etapas para uma antropologia histórica do neoliberalismo realmente existente. *Caderno CRH*. 2012: p. 505-518.
- World Health Organization. Incidence of tuberculosis (per 100,000 people) [Internet]. 2014. [citado 10 jan 2016]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD>
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2011 [Internet]. Mental Health Atlas. 2011 Dec. [citado 10 jan 2016]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
- Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5th ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

ANEXOS

ANEXO I

Entrevista em grupo

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:.....

SEXO : M ☐ F ☐

ANO DE NASCIMENTO:

TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA **O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua**

Protocolo de Pesquisa nº 218/15 - **CAAE:** 45553015.2.0000.0065

2. PESQUISADOR : Igor da Costa Borysow.

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisador / Psicólogo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP-SP 06/89262

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista em grupo

Convidamos o/a senhor/a para participar voluntariamente da pesquisa **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, inserido no projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (Universidade de São Paulo), afim de obtenção do título de doutor, pelo pesquisador.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar o surgimento e a história do serviço de saúde “Consultório na Rua” no Brasil, e avaliar o funcionamento de uma equipe desse tipo na cidade de São Paulo.

Com o presente termo, solicitamos seu consentimento para uso das informações que serão fornecidas. Esta entrevista em grupo refere-se apenas ao trabalho de avaliação de uma equipe de Consultório na Rua. Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado que compareça em um encontro, com duração máxima de duas horas e meia, em local, data e horários a serem estabelecidos pelos profissionais envolvidos. O pesquisador irá auxiliar nas discussões do grupo, e ao mesmo tempo, realizar anotações e observações do que for relatado neste grupo. Utilizaremos gravadores de áudio para que as informações fornecidas durante as discussões possam ser recuperadas e analisadas posteriormente.

Sua identidade não será revelada nos relatórios do estudo. As respostas serão somente usadas para este estudo. Informamos também que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados na forma de artigos e livros, mantendo sempre o mesmo compromisso de preservar o anonimato dos participantes. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas.

Ressaltamos que a sua participação na pesquisa não é obrigatória e, mesmo se disponibilizando em participar, você poderá se recusar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Também não haverá pagamento financeiro relacionado à sua participação. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos de discussão.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador é IGOR DA COSTA BORYSOW, psicólogo, e detém a responsabilidade pela coleta de dados da pesquisa. Ele está sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, responsável pela pesquisa, que poderá ser encontrado no endereço UNIFESP Prédio Central - Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - Telefone: 13 3878-3700. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (smscep@gmail.com / 11-3397-2464), e poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 21º andar – sala 36- CEP: 01246-000 Tel: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br.

“Após ter sido esclarecido a respeito do estudo **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, e entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento”.

----- Data ____/____/____

Assinatura do sujeito

----- Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

(Somente para o pesquisador)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

----- Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Entrevista individual com usuários do serviço

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:.....

SEXO : M ☐ F ☐

ANO DE NASCIMENTO:

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA **O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua**

Protocolo de Pesquisa nº 218/15 - **CAAE:** 45553015.2.0000.0065

2. PESQUISADOR : Igor da Costa Borysow.

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisador / Psicólogo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP-SP 06/89262

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista individual usuários do serviço

Convidamos o/a senhor/a para participar voluntariamente da pesquisa **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, inserido no projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (Universidade de São Paulo), afim de obtenção do título de doutor, pelo pesquisador.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar o surgimento e a história do serviço de saúde “Consultório na Rua” no Brasil, e avaliar o funcionamento de uma equipe desse tipo na cidade de São Paulo.

Com o presente termo, solicitamos seu consentimento para uso das informações que serão fornecidas. Se você concordar em participar desta entrevista, será solicitado que responda a algumas perguntas do pesquisador. Utilizaremos gravadores de áudio para que as informações fornecidas durante a entrevista possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. Sua identidade não será revelada nos relatórios do estudo. As respostas serão somente usadas para este estudo. Informamos também que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados na forma de artigos e livros, mantendo sempre o mesmo compromisso de preservar o anonimato dos participantes. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas.

Ressaltamos que a sua participação na pesquisa não é obrigatória e, mesmo se disponibilizando em participar, você poderá se recusar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Também não haverá pagamento financeiro relacionado à sua participação. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos de discussão.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador é IGOR DA COSTA BORYSOW, psicólogo, e detém a responsabilidade pela coleta de dados da pesquisa. Ele está sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, responsável pela pesquisa, que poderá ser encontrado no endereço UNIFESP Prédio Central - Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - Telefone: 13 3878-3700. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (smscep@gmail.com / 11-3397-2464), e poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 21º andar – sala 36- CEP: 01246-000 Tel: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br.

“Após ter sido esclarecido a respeito do estudo **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, e entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento”.

----- Data ____/____/____

Assinatura do sujeito

----- Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

(Somente para o pesquisador)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

----- Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Entrevista individual – técnicos e gestores

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME:.....

SEXO : M ☐ F ☐

ANO DE NASCIMENTO:

TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA **O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua**

Protocolo de Pesquisa nº 218/15 - **CAAE**: 45553015.2.0000.0065

2. PESQUISADOR : Igor da Costa Borysow.

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisador / Psicólogo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP-SP 06/89262

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista individual

Convidamos o/a senhor/a para participar voluntariamente da pesquisa **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, inserido no projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (Universidade de São Paulo), afim de obtenção do título de doutor, pelo pesquisador.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar o surgimento e a história do serviço de saúde “Consultório na Rua” no Brasil, e avaliar o funcionamento de uma equipe desse tipo na cidade de São Paulo.

Com o presente termo, solicitamos seu consentimento para uso das informações que serão fornecidas pelo/a senhor/a. Esta entrevista se refere à etapa de elaboração da história do Consultório na Rua. Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado que responda a algumas perguntas do pesquisador durante aproximadamente duas horas, em local, data e horários a serem estabelecidos entre você e o pesquisador. Utilizaremos gravadores de áudio para que as informações fornecidas durante a entrevista possam ser recuperadas e analisadas posteriormente.

Sua identidade não será revelada nos relatórios do estudo. As respostas serão somente usadas para este estudo. Informamos também que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados na forma de artigos e livros, mantendo sempre o mesmo compromisso de preservar o anonimato dos participantes. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas.

Ressaltamos que a sua participação na pesquisa não é obrigatória e, mesmo se disponibilizando em participar, você poderá se recusar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Também não haverá pagamento financeiro relacionado à sua participação. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos de discussão.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador é IGOR DA COSTA BORYSOW, psicólogo, e detém a responsabilidade pela coleta de dados da pesquisa. Ele está sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, responsável pela pesquisa, que poderá ser encontrado no endereço UNIFESP Prédio Central - Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - Telefone: 13 3878-3700. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (smscep@gmail.com / 11-3397-2464), e poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 21º andar – sala 36- CEP: 01246-000 Tel: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br.

“Após ter sido esclarecido a respeito do estudo **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, e entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento”.

----- Data ____/____/____

Assinatura do sujeito

----- Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

(Somente para o pesquisador)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

----- Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Entrevista Sociogênese

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1.

NOME:.....

SEXO : M ☐ F ☐

ANO DE NASCIMENTO:

TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua**

Protocolo de Pesquisa nº 218/15 - **CAAE**: 45553015.2.0000.0065

2. PESQUISADOR : Igor da Costa Borysow.

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisador / Psicólogo

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP-SP 06/89262

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 4 anos

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista individual

Convidamos o/a senhor/a para participar voluntariamente da pesquisa **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, inserido no projeto de Tese de Doutorado vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (Universidade de São Paulo), a fim de obtenção do título de doutor, pelo pesquisador. Esta pesquisa tem por objetivo analisar o surgimento e a história do serviço de saúde “Consultório na Rua” no Brasil, e avaliar o funcionamento de uma equipe desse tipo na cidade de São Paulo.

Com o presente termo, solicitamos seu consentimento para uso das informações que serão fornecidas pelo/a senhor/a. Esta entrevista se refere à etapa de elaboração da história do Consultório na Rua. Se você concordar em participar deste estudo, será solicitado que responda a algumas perguntas do pesquisador durante aproximadamente duas horas, em local, data e horários a serem estabelecidos entre você e o pesquisador. Utilizaremos gravadores de áudio para que as informações fornecidas durante a entrevista possa ser recuperada e analisada posteriormente.

Solicitamos o uso e divulgação de seu nome nos relatórios do estudo. Optamos por adotar esta estratégia por tratar-se de informações relacionadas com o exercício de cargos ou posições públicas. As respostas serão somente usadas para este estudo. Informamos também que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados na forma de artigos e livros. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados das pesquisas.

Ressaltamos que a sua participação na pesquisa não é obrigatória e, mesmo se disponibilizando em participar, você poderá se recusar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Também não haverá pagamento financeiro relacionado à sua participação. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos de discussão.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador é IGOR DA COSTA BORYSOW, psicólogo, e detém a responsabilidade pela coleta de dados da pesquisa. Ele está sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, responsável pela pesquisa, que poderá ser encontrado no endereço UNIFESP Prédio Central - Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - Telefone: 13 3878-3700. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (smscep@gmail.com / 11-3397-2464), e poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 21º andar – sala 36- CEP: 01246-000 Tel: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br.

“Após ter sido esclarecido a respeito do estudo **“O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua”**, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, e entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento”.

----- Data ____/____/____

Assinatura do sujeito

----- Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

(Somente para o pesquisador)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

----- Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador

Anexo II

Quadro 3 - resultados da pesquisa bibliográfica

	Autores principais	Ano de publicação	Título	Área de conhecimento do programa em que defendeu a dissertação ou tese, ou da revista em que o artigo foi publicado
01	STOFFELS, Marie Ghislaine	1977	Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica	Sociologia
02	DI FLORA, Marilene Cabello	1985	As instituições Assistenciais e o Mendigo: Poder e Estigma	Sociologia
04	VOGEL, Arno	1981	Quando a rua vira casa: a apropriação de espaços de uso coletivo em um centro de bairro	Arquitetura e antropologia
05	ARRUDA, Rinaldo Sérgio Vieira	1983	Pequenos bandidos	Sociologia
06	REIS, Cléa Maria Regis dos	1985	Os frequentadores do Centro de Triagem João XXIII: identidade de trabalhador em conflito	Sociologia
07	VIOLANTE, Maria Lucia	1985	O dilema do decente malandro	Psicologia
08	DINIZ, Ariosvaldo da Silva	1988	A maldição do trabalho: homens pobres, mendigos, ladrões no imaginário das elites nordestinas (1850-1930)	Ciências Sociais
09	COSTA, Idalina Farias	1986	De lixo também se vive	Ciências Sociais
10	DI FLORA, Marilene Cabello	1987	Mendigos: por que surgem, por onde circulam, como são tratados?	Sociologia
11	FREIRE da SILVA, José Roberval	1988	A Igreja dos excluídos: vida e morte do povo que mora na rua	Ciências Sociais
12	PIRES, Maria Luiza Lins e Silva	1988	Mendicância, uma estratégia de sobrevivência.	Sociologia
13	CARVALHO, Maria Avelina de	1989	Tô vivu – histórias dos meninos de rua	Letras
14	SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da	1990	Ao encontro do menino de rua	Serviço social
15	PIERONI, Geraldo Magela	1991	Vadios, Heréticos e Bruxas - Os degredados portugueses no Brasil-colônia	História
16	MUÑOZ, Jorge Vicente	1991	Porque a vida... Viver é um compromisso: O povo da rua fala de si mesmo	Educação
17	LEITE, Ligia Costa	1991	Os meninos de rua na Escola Tia Ciata	Pedagogia
18	NEVES, Delma Pessanha	1992	“A trajetória da população de rua e suas estratégias de sobrevivência”.	Assistência social
19	SIMÕES JR. José Geraldo	1992	Moradores de rua na cidade de São Paulo	Urbanismo

20	GUARESCHI, Pedrinho A	1992	Os aprendizes da sobrevivência	Sociologia
21	VIEIRA, Maria Antonieta da Costa	1992	População de rua: quem é, como vive e como é vista	Ciências Sociais
22	BROIDE, Jorge.	1993	A rua enquanto instituição das populações marginalizadas: uma abordagem psicanalítica através de grupo operativo.	Psicologia
23	ATAÍDE, Yara Dulce Bandeira de	1993	Decifra-me ou devoro-te. História oral de vida dos meninos de rua de Salvador	História
24	DIMENSTEIN, Gilberto	1993	A guerra dos meninos – assassinatos de menores no Brasil	Jornalismo
25	LUSK, Mark	1993	“Meninos e meninas ‘de rua’ no Rio de Janeiro: Um estudo sobre sua tipologia”.	Sociologia
26	MARTINS, Ana Lucia Lucas	1993	Livres acampamentos da miséria	Sociologia
27	ROSEMBERG, Fúlvia	1993	“O discurso sobre criança de rua na década de 80”.	Educação
28	ALVES, Maria Magdalena	1994	Viagem ao mundo dos homens de rua	Serviço social
29	MAGNI, Claudia Turra	1994	Nomadismo urbano: uma etnografia sobre os moradores de rua em Porto Alegre	Antropologia
30	MUÑOZ, Jorge Vicente	1994	Textos em debate: sobre a população de rua e alguns de seus valores.	Educação
31	BRUM, Rosemary Fritsch	1994	De criança a menor abandonado: a construção de uma categoria excluída	Antropologia
32	ROSA, Cleisa M.M	1995	População de rua. Brasil e Canadá	Serviço social
33	NEVES, Delma Pessanha	1995	A miséria em espetáculo	Serviço social
34	SILVA, Hélio Raimundo Santos	1995	Vozes do meio-fio. Etnografia sobre a singularidade dos diálogos que envolvem meninos e adolescentes ou tomam a adolescência e a infância por tema e objeto nas ruas da Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro.	Antropologia
35	BROGNOLI, Felipe Faria	1996	Trecheiros e pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos	Antropologia
36	RANGEL, Rosângela Faria	1996	Vidas à deriva: População de rua no Rio de Janeiro	Serviço social
37	FAUSTO, Ayrton	1996	O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80	Ciências Sociais
38	LUNARDI, Maria	1996	São Martinho: onde estão seus meninos?	Serviço Social
39	FRAGA FILHO, Walter	1994	Mendigos, Moleques e Vadios na Bahia do Século XIX	História social

40	ZANIRATO, Silvia Helena	1996	Artífices do ócio. Mendigos e vadios em São Paulo (1933-1942)	História
41	MUÑOZ, Jorge Vicente	1997	População adulta de rua: uma proposta de metodologia socioeducativa	Educação
42	CAMPOS, Paulo Fernando de Souza	2001	Moralizando o pobre: vadios, baderneiros e loucos na "cidade tecnicamente planejada para ser bela e sem problemas"	História
43	SANTOS, Antônio Cesar de Almeida	2001	Vadios e política de povoamento na América Portuguesa, na segunda metade do Séc. XVIII	História e Ciências humanas
44	SILVA, Kalina Vanderlei P. da	2002	Dos criminosos, vadios e de outros elementos incômodos: uma reflexão sobre o recrutamento e as origens sociais dos militares coloniais	História
45	SANTOS, Myrian Sepúlveda dos	2004	A prisão dos ébrios, capoeiras e vagabundos no início da Era Republicana	História
46	TORRÃO FILHO, Amílcar	2005	O "milagre da onipotência" e a dispersão dos vadios: política urbanizadora e civilizadora em São Paulo na administração do morgado de Mateus (1765-1775)	História/Ciências Humanas
47	SANCHES, Nanci Patrícia Lima	2005	Fora do Tom, fora da ordem: vadios, mulheres e escravos no império do Brasil	Estudos de gênero
48	SALES, Davy Batista de	2005	Estratégias de sobrevivência e práticas alimentares no meio das ruas: um estudo sobre sociabilidade e alimentação entre mendigos na cidade do Recife/PE	Antropologia
49	GOETTERT, Jones Dari	2006	Aos vadios o trabalho: considerações em torno de representações sobre o trabalho e a vadiagem no Brasil	Geografia
50	OLIVEIRA, Jairo da Luz	2001	A vida cotidiana do idoso morador de rua: as estratégias de sobrevivência da infância à velhice – um círculo de pobreza a ser rompido.	Serviço social
51	COSTA, Júlio Caetano	2006	Cinema e morador de rua: buscando estratégias de resistência.	Psicologia
52	GREGORI, Maria Filomena	2000	Viração: Experiências de meninos nas ruas	Antropologia
53	GREGORI, Maria F	2000	Meninos de rua e instituições. Tramas, disputas e desmanche	Antropologia
54	TAVEIRA, José Carlos	2002	O morador de rua de Campo Grande: condições de vida.	Desenvolvimento local
55	COIMBRA, Cecília. M. B.	2002	As múltiplas cenas das práticas dos pivetes	Psicologia
56	SANTOS, Edigenes Aragão	2006	Em busca da memória perdida: a história dos órfãos e vadios no Instituto disciplinar de Mogi Mirim	História

57	BRAMBILLA, Gustavo	2015	A utilização dos “vadios” na administração do Governador e Capitão-General Dom Luís Antônio de Souza Botelho Mourão, o Morgado de Mateus, na Capitania de São Paulo (1765-1775)	História
58	EULER, Werner	2013	A felicidade alheia, os pobres e os mendigos na Doutrina da Virtude de Kant	Filosofia
59	BECHER, Franciele	2016	A pobreza que infesta a cidade: os pequenos mendigos e “esmoleiros mirins”, e as representações da miséria em Caxias do Sul na década de 1970	História e Ciências sociais
60	SOUSA, Fernando Figueiredo de	2012	Mendigos e ricos nas palavras de Jesus segundo Lucas: uma análise de Lucas 6,20-26	Ciência da Religião
61	MACIEL, Valney Rocha	2003	A Metodologia da História Oral Junto aos Mendigos do Centro de Fortaleza	Sociologia
62	SANTOS, Rosenilson da Silva	2010	Intercessões entre a fotografia e a história oral: representações de mendigos, loucos e ciganos na obra de José Modesto (Jardim do Seridó/RN, 1960 - 1980)	História
63	PEREIRA, Auricélia Lopes	2010	Fluxos de vida / textos de rua: mendigos nas dobras do tempo	História
64	ALVES, Daniella Santos	2017	Do Alto do Espia: Gentios, Calhambolas e Vadios no sertão do Campo Grande - Século XVIII	Ciências Sociais
65	SOPRANI, Joel	2015	Laboriosos e Morigerados Ou Indolentes e Vadios: As Múltiplas Imagens do Imigrante e do Trabalhador Livre Nacional nos Relatórios Governamentais Entre 1847 e 1882 no Espírito Santo	História
66	BARBOSA, Gustavo Bezerra	2017	Uma possível “simbiose”: vadios e capoeiras em Alagoas (1878-1911)	História

FONTE: próprio autor

Anexo III

Quadro 5 - Matriz de análise com as informações dos principais documentos relacionados ao Consultório na Rua

Evento	Data	Agentes	Instituição	Resumo	Fonte
Consultório de Rua	1995-2004	CETAD (Nivia Moreira Chagas, Jane Montes, Margareth Leonelli, Gey Espinheira e Antonio Nery Filho)	- CETAD/UFBA - Secretaria de Trabalho e Ação Social do Governo da Bahia	Após a observação proposta pelo Banco de Rua, o CETAD buscou parcerias com instituições para o financiamento e implantação do Consultório de Rua	Guia do Projeto “Consultório de Rua”, Brasil, 2011/2012
Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários	2003	- Coordenação de Saúde Mental MS - Coordenação de Atenção Básica MS	Ministério da Saúde	Cita a população em situação de rua como população em risco, a ser assumida como público das ações de atenção básica e saúde mental	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003.
Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua	2007/2008	Instituto Meta	Instituto Meta. UNESCO e MDS	Primeira pesquisa em âmbito nacional sobre a população em situação de rua	Meta. Instituto de Pesquisa de Opinião. Relatório final. Pesquisa Censitária e Amostral. População em situação de rua. Porto Alegre, 2008.
Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua	05/ 2008	Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da PSR	Diversos ministérios e movimentos sociais, incluindo MNPR	Política interministerial que construiu parâmetros e metas para o acolhimento à PSR de maneira integrada a diversos setores	Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2008.
Portaria 122/2012 Consultório na Rua	25 jan 2012	Ministro Alexandre Rocha Padilha	Ministério da Saúde	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.	Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012. Brasília, DF, 25 jan 2012.
Manual sobre o cuidado à saúde da população em situação de rua	2012	Heider Aurélio Pinto, Alexandre Teixeira Trino, Rosana Ballestro Rodrigues, Antonio Garcia Reis Junior, Júlio Lanceloti, Claudio Candiani	Ministério da Saúde	Manual que apresenta referências para o trabalho em atenção básica à PSR	Brasil. Ministério da Saúde. Sec. de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: MS 2012.

FONTE: próprio autor

Anexo IV

Roteiro de perguntas para entrevista semi-estruturada - Sociogênese

1. Qual a origem de seus avós e quais suas profissões?
2. E seus pais, onde nasceram, quais profissões executaram? Qual a trajetória educacional?
3. Como foi a sua trajetória educacional?
4. Quando e como iniciou sua vida profissional?
5. Houve momentos importantes de mudança, em sua vida, que tenham exigido grandes decisões?
6. Hoje em dia qual é seu cargo e função?
7. De que forma você se aproximou da temática da população em situação de rua?
8. Como foi seu envolvimento com o desenvolvimento do Consultório na Rua?
9. De que forma você descreveria o início da formulação do Consultório na Rua?
10. Quem participou dos debates sobre o Consultório na Rua? Como você avalia a participação das pessoas neste debate?
11. Há mais alguma instância, além das que você descreveu, que discute e decide por este assunto?
12. Há outras pessoas que você acredita que poderiam contribuir com informações sobre o Consultório na Rua?

Anexo V

Secretária executiva do Ministério da Saúde critica a oficial política de drogas

Pressões para que a política proibicionista da Secretaria Nacional Anti Drogas venha abaixo

Por Adriana Veloso

**Parte IV de uma série, reportado do Rio de Janeiro
2 de abril 2003**

Uma das novas adesões de Ministério da Saúde, Regina Benevides, disse ao movimento nacional de Redutores de Danos que se encontraram semana passada no Rio de Janeiro que apoia a “redução de danos como estratégia clínico política de tratamento”.

“Temos que produzir argumentos a favor para que Ministério da Saúde assuma a redução de danos como uma questão de saúde pública”, disse Regina, secretária Executiva do Ministério da Saúde, à assembléia.

Na quarta feira passada, num encontro com a Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD) liderado desde o governo passado pelo Coronel Paulo Roberto Ulchôa, “o tema foi apresentado por outra ótica, a redução de danos como prioridade para o Ministério da Saúde”, conta.

“O que temos hoje é uma política nacional anti drogas tal como formulada desde o governo passado”, esclarece.

O Deputado Federal Fernando Gabeira, com relação à declaração de Regina Benevides, disse ao Narco News que “a própria idéia da Secretaria Nacional Anti Drogas, a SENAD é estúpida, tão estúpida como a guerra contra as drogas”.

Regina Benevides
Foto D.R. 2003 Adriana Veloso

Deputado Fernando Gabeira:
Guerra contra as drogas é “estúpida”
Foto D.R. 2003 Adriana Veloso

Seguindo pela mesma linha, Marcelo Araújo Campos, atual presidente da Associação Brasileira de Danos afirma que “a SENAD não tem nem legitimidade ou competência para definir a política de drogas dentro do Brasil”. Como voz dos redutores de danos ele afirma que “não há interlocução com a SENAD, não podemos compactuar com uma secretaria que tenha o nome anti drogas”.

Regina esclarece que “ainda não há uma política de governo sobre as drogas, o que há é a política tal como formulada pela SENAD. Achamos que esse tema não pode ser resolvido unicamente pelo Ministério da Saúde sim numa articulação com outras esferas”.

E a nova administração dentro do Ministério da Saúde já está mexendo seus pauzinhos. De acordo com Benevides, o projeto de lei aprovado em janeiro de 2002, é insuficiente e por isso o Ministério já soltou uma portaria, que diz: “Caberá ao Ministério da Saúde normatizar os programas de redução de danos”. Essa lei complementar ainda “define o que é disponibilização de utensílios, prevê salas de uso seguro de drogas”, explica.

As palavras iluminam os olhos dos participantes de esperança.

De acordo com Regina “a lei de 2002 não contempla a redução de danos e não viabiliza com flexibilidade o trabalho de campo”. O grupos que realizam esse trabalho necessitam do “governo como um aliado”, e é exatamente isso que essa mulher, também membro do Grupo Tortura Nunca Mais do Rio de Janeiro, deseja instaurar dentro do governo.

“Mas há uma linha proibicionista que domina a política brasileira de drogas”, denuncia Marcelo, da ABORDA. Ele explica que “a SENAD está diretamente vinculado à Casa Civil, é hierarquicamente um órgão superior aos Ministérios”. Ainda assim há sinal de esperanças. “No momento tanto o Ministério da Justiça quanto o Ministério da Saúde tem sensibilidade para tocar esse assunto de melhor forma que a SENAD”, completa.

Gabeira acredita que no novo governo o Ministério da Saúde “influenciará a política da SENAD, muito mais do que o Ministério da Justiça, é uma diferente abordagem, porque você não mais considera o consumidor de drogas como um objeto de uma ação policial e sim de uma ação médica”.

Entretanto Benevides está de acordo que “conservar é muito mais fácil que mudar” e por isso pede às entidades do Movimento de Redução de Danos e à Sociedade Civil “que pressione o governo para que se possa desenvolver uma política nacional de redução de danos”.

Portanto a batalha para redefinir a política nacional de drogas está sendo discutida dentro do alto escalão do governo. Washington aposta na SENAD. Mas a visão de Regina Benevides tem a sustentação da sociedade civil. Cabe ao presidente Lula decidir qual a direção tomar.

Anexo VI

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
DEPARTAMENTO DE APOIO A GESTÃO PARTICIPATIVA
REUNIÃO DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Data: 18/06/2010

Local: SCS, Q.4, Ed. Principal - Auditório SGEP - Brasília-DF

Horário: 9h00 às 17h00

Objetivo: instalar o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua e definir o processo de trabalho.

Pauta:

9h 00: Apresentação/ Boas Vindas e Instalação do Comitê

10h00 - 12h30 Apresentação e discussão do Plano Operativo

12h30-14h00 Brunch

14h00: Continuidade da discussão do PO

15h30: Definição do processo de trabalho do Comitê

16h30 - 17h00: Encaminhamentos

Participantes: José Mauro Gonçalves Nunes - MSF; Rosana Ballesteros Rodrigues - DAB/SAS/MS; Mariângela Soares Nogueira - DAB /SAS /MS; Maria Lúcia S. Pereira - MNPR; Walter Agostinho da Silva - MNPR; Ivair Augusto Alves dos Santos - CIAMP/SEDH; Tania M. R. C. do Nascimento - Pastoral de Rua; David Oliveira de Souza - MSF; Lourdes Lemos Almeida - CONASS; Roseni T. Schmidt Ferraz Oliveira - Pastoral de Rua; Patrícia Werlang- PNCT/MS; Daniele Chaves Kuhleis - PNCT/MS; Fernando F. P. de Freitas - LAPS/ENSP/FIOCRUZ; Claudio Barria Mancilla - ONG Se Essa Rua Fosse Minha; Adriano de Oliveira - CGUE/SAS/MS; Leticia T. do Amaral - DAGEP/SGEP/MS; Jacinta F. Senna da Silva - DAGEP/SGEP/MS.

1) Discussão das Atribuições e Funcionamento do Comitê

De acordo com o art. 2º - Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde:

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde para população em situação de rua, aos serviços do SUS;

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. Foi discutido o detalhamento de suas atribuições quanto ao empoderamento dos Movimentos Sociais; a elaboração de Orientações para gestores sobre a implementação de ações de saúde destinadas à população em situação de rua; e o monitoramento das ações propostas no Plano Operativo.

Também foi proposta a inclusão de representante da PNH como convidado nas reuniões do Comitê, conforme prevê o art. 2º, § 2º "O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do

setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos.”

2) Apresentação das ações já realizadas pelo MS até o momento

- Participação no Grupo de Trabalho Interministerial para a População em Situação de Rua – 2006.
- Participação na formulação da Política Nacional para a População em Situação de rua
- Participação no II Encontro Nacional da População em Situação de Rua – maio/2009: condução do grupo temático sobre saúde.
- I Oficina de Promoção da Equidade em Saúde para a População em Situação de Rua – 2007.
- Reuniões Técnicas Internas no Ministério da Saúde – 2008.
- Participação do Movimento Nacional da População de Rua no Seminário Nacional Diversidade de Sujeitos, Igualdade de Direitos no SUS – Maio/2008.
- II Oficina de Promoção da Equidade em Saúde Para a População em Situação de Rua – 2009.
- Oficina de Promoção da Equidade em Saúde Para a População em Situação de Rua – 8º Festival Lixo e Cidadania – 2009.
- Participação na Oficina de Capacitação de Profissionais que atuam na Assistência à População Adulta em Situação de Rua – Médicos Sem Fronteiras, em Manaus – Outubro/2009.
- Publicação da Portaria GM 3.305/2009 – Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua.
- Reuniões de Trabalho DAGEP/CGUE para definir o Módulo de Capacitação de Profissionais do SAMU sobre PSR - 2010.

3) Apresentação e aperfeiçoamento do Plano Operativo (anexo)

Foi destacada a inclusão da proposta de Consultórios de Rua permanentes (programa) no SUS; discussão sobre as salas de apoio em abrigos e instituições, incluindo a organização da proposta de espaço de práticas educativas em saúde; formulação de proposta de protocolo para registrar casos de não-urgência, atendidos pelo SAMU; discutir mecanismos de como diferenciar a condição SR dos demais grupos registrados nos atendimentos do SUS e adequar os NASF às equipes de Saúde da Família de Rua.

Reafirmada a necessidade de apoio à participação e formação do Movimento Social para atuar nos Conselhos de Saúde, bem como, desenvolvimento de ações de sensibilização (gestores, técnicos e movimento social).

4) Encaminhamentos:

- Articulação junto a CIT para aprovação do Plano; Construção de protocolo de atendimento à PSR para Saúde Mental e SAMU; Encaminhamento de Documento de Identificação de participação no Comitê para os representantes do Movimento; Oficina Nacional de Capacitação de lideranças (estados com representação no MNPR: SP, MG, BA, RJ, PR, CE, RS, DF).

Participantes: 3 representantes por estado + integrantes do Comitê

Objetivo: instrumentalizar o Movimento

Temas: SUS, CIT, Conselhos/Participação Social,

Data provável: 4ª semana de **setembro** (Duração: 2 dias e ½)

Local: Brasília ou Salvador

Reunião preparatória para o Movimento (um dia antes da abertura oficial da Oficina)

Cronograma de Reuniões: 03 de Setembro/2010 e 03 de dezembro/2010 (indicativos)

Pauta para próxima reunião: Informes; Demandas na Ouvidoria; Apresentação das ações em construção contidas no Plano Operativo (SAMU - módulo de capacitação); DAB (minuta de Portaria ESF Pop Rua) e protocolos.

Anexo VII

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA DEPARTAMENTO DE APOIO A GESTÃO PARTICIPATIVA

II REUNIÃO DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Data: 29/09/2010

Local: SHS, Q.3, Hotel St. Paul Plaza – Brasília-DF

Horário: 10h00 às 16h00

Pauta:

I. Informes gerais

II. Avaliação da Oficina de Capacitação de Lideranças da População em Situação de Rua

III. Apresentação das ações em construção contidas no Plano Operativo: SAMU (módulo de capacitação); DAB/PNCT (Oficina de capacitação de profissionais da atenção básica com foco em TB/AIDS).

Participantes: José Mauro Gonçalves Nunes – MSF; Rosana Ballesteros Rodrigues – DAB/SAS/MS; Mariângela Soares Nogueira – DAB /SAS /MS; Maria Lúcia S. Pereira – MNPR; Walter Agostinho da Silva – MNPR; Tania M. R. C. do Nascimento – Pastoral de Rua; David Oliveira de Souza – MSF; Roseni T. Schmidt Ferraz Oliveira – Pastoral de Rua; Daniele Chaves Kuhleis – PNCT/MS; Renata Weber – Saúde Mental; Ana Mônica de Mello – DDST/AIDS/HEP/MS; Lúcio Silva Pires Júnior – DOGES/SGEP/MS; Vania Camargo Costa – DDST/AIDS/HEP/MS; Anderson Lopes Miranda – MNPR; Adriano de Oliveira – CGUE/SAS/MS; Letícia T. do Amaral – DAGEP/SGEP/MS; Jacinta F. Senna da Silva – DAGEP/SGEP/MS.

I. Informes gerais

- Folder já aprovado pela SGEP. Incluir as contribuições do grupo de trabalho.
 - Plano operativo deve ser discutido na próxima reunião do GT de gestão da CIT.
 - Leitura das demandas formalizadas na Agenda para a Saúde: AGENDA DO MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE
- 1 – Realizar Oficinas nos estados com representatividade do Movimento Nacional sobre o SUS com a presença do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
 - 2- Realizar um Seminário Nacional do Ministério da Saúde e do MDS para construção de uma rede de parcerias tendo em vista a demanda da população em situação de rua.
 - 3- Informativo permanente entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais sobre as agendas e atividades desenvolvidas.
 - 4- Unidades de tratamento pós-ambulatorial para continuidade do tratamento.
 - 5- Residências Terapêuticas para pacientes com transtorno mental.
 - 6- Imediata pactuação na CIT do Plano Operativo e aprovação da Minuta da Portaria de Criação de Equipes de Saúde da Família de Rua, com agentes de saúde com trajetória de rua.
 - 7- Formação permanente para agentes e profissionais do PSF de rua.
 - 8- Participação da Secretaria Nacional sobre Drogas no Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua.
 - 9- Seminário Nacional, organizado pela SAS-SGEP/MS, com as equipes dos Consultórios de Rua e o Movimento Nacional da População de Rua.
- Foi sugerida a inclusão de convidados para a próxima reunião: Secretaria Nacional sobre Drogas, MDS, MTE, SDH.
 - Saúde Mental informa que o financiamento das residências terapêuticas estará desatrelado da AIH (autorização de internação hospitalar). O Ministério passará a transferir recurso diretamente para o estado/município que queira criar Residências

Terapêuticas.

- Anderson sugere que os projetos municipais dos Consultórios de Rua sejam acompanhados pelo Movimento.
- Mauro propõe uma capacitação específica para os profissionais dos Consultórios de Rua sobre o perfil da população de rua, com acompanhamento psicológico/supervisão para a equipe.
- David informou a decisão do Diretor de MSF de não mais fazer parte do Comitê, uma vez que Mauro não faz mais parte da Organização e David irá se desligar em dezembro. O Comitê concorda com a continuidade da participação dos dois profissionais devido ao trabalho e conhecimento acumulado por ambos sobre o tema população em situação de rua. Deverá ser feito um ajuste na Portaria de composição do Comitê.
- Lúcia informa que em Salvador será realizado Natal Solidário junto com a Saúde. Solicita apoio do MS junto à Secretaria Estadual de Saúde.

II – Avaliação da Oficina

A avaliação, de forma geral, foi positiva, mas o tempo foi considerado insuficiente para as discussões. Os temas abordados foram considerados de grande importância para o Movimento, pois a população em situação de rua desconhece o Sistema Único de Saúde e seus processos de pactuação e descentralização.

Algumas sugestões foram feitas para os próximos eventos: que membros do Comitê auxiliem na formulação da metodologia/conteúdos; que seja observada a linguagem e a terminologia utilizada durante as apresentações para que seja de compreensão de todos; que o espaço definido para o evento seja adaptado para a realidade da população em situação de rua (evitar hotéis de luxo).

Maria Lúcia destacou a importância de o Movimento ter se reunido na manhã anterior ao evento e reconhece o apoio do MS.

Jacinta sugeriu que o Comitê Intersetorial faça capacitações nos estados sobre o papel dos Ministérios e Secretarias, além de promover a formação política do Movimento Nacional da População de Rua.

Técnicos do Ministério destacaram a relevância do evento, pois propiciou a aproximação com a vivência da população em situação de rua em relação à saúde.

III – Apresentação das áreas do Ministério da Saúde

DAB/PNCT

- Proposta de Cartilha. Prazo: final de outubro. Incluir lista de serviços estaduais/municipais e instrumentos. Sugestão de autores: Claudio Candiani, David de Souza e Antônio Reis (incluir participação de outros profissionais como enfermeiros, ACS, psicólogos, representantes do MNPR). Incluir Ouvidoria na discussão da Cartilha. Jacinta sugere que o lançamento da Cartilha seja durante o Natal Solidário do Movimento Nacional. Mauro sugere a produção de dois materiais diferentes: um voltado para profissionais sobre a população de rua e outro direcionado à população em situação de rua tratando de todas as vulnerabilidades (negro, cigano, LGBT...)???

- Oficina-piloto com foco em TB e HIV em Porto Alegre. Critério de escolha: índice elevado de TB e HIV. Objetivo: sensibilização de profissionais dos serviços. Proposta de data: 2ª quinzena de Novembro (realizar a última reunião do Comitê no dia seguinte ao da Oficina). Questionamentos sobre o foco da oficina.

CGUE/SAMU Central de regulação médica de urgência (coração do serviço). TARM é o atendente que passa os casos para os médicos reguladores.

Sugestão de convidar lideranças estaduais para auxiliarem os tutores. Solicitar para os coordenadores do projeto o vídeo das aulas gravadas. O módulo estará disponível a partir do dia 29 de outubro.

ENCAMINHAMENTOS

- A oficina-piloto de capacitação de profissionais será realizada em Porto Alegre.
- Propor para o CIAMP rua que seja feita Campanha Publicitária Nacional sensibilizando

para a Política Nacional da População em Situação de Rua. Sugestão: convidar Seu Jorge por ter trajetória de rua.

➤ Alterar a data da última reunião do Comitê. Tentar realizar junto com a Oficina de Porto Alegre.

Anexo VIII

Prefeitura 'caça' usuário de crack na rua

Programa terá consultório volante, mas coordenador de saúde mental teme falta de vagas para internar viciados

Ribeirão recebeu R\$ 150 mil do governo federal para criar consultório de rua; São Carlos também terá o serviço

JULIANA COISSI
DE RIBEIRÃO PRETO

A bordo de uma van, Ribeirão Preto passará neste ano a "caçar" usuários de crack pelas ruas da cidade e a lhes oferecer tratamento. O município é um dos que recebeu repasse da União para criar o consultório de rua do crack. Apesar da iniciativa, a própria Secretaria da Saúde de Ribeirão teme que falem vagas para internar pacientes tanto em hospitais como em serviços ambulatoriais -a carência de serviços para dependentes químicos é um dos gargalos da região.

O Ministério da Saúde repassou R\$ 150 mil para a Prefeitura de Ribeirão. É uma das cinco cidades do interior contempladas, além de Sorocaba, São José do Rio Preto, Jundiaí e São José dos Campos.

São Carlos também deve receber o consultório de rua. A promessa foi do próprio ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em visita à cidade em dezembro de 2011.

ABORDAGEM

O consultório de rua deve começar a funcionar a partir de março, segundo o coordenador da Saúde Mental de Ribeirão, Alexandre Firmo Souza Cruz. É o tempo para contratar a equipe de saúde.

Dentro da van, estarão embarcados um psiquiatra, um psicólogo, um enfermeiro e um assistente social. Eles devem percorrer pontos de maior consumo a céu aberto.

Como a **Folha** publicou em 2011, Ribeirão convive com "minicracolândias" (leia texto nesta página).

Segundo Cruz, a abordagem servirá para orientar os usuários sobre os tratamentos disponíveis, como os ambulatoriais ou de grupos como o dos narcóticos anônimos.

Se o caso exigir internação hospitalar e o usuário quiser se tratar, a equipe de rua pode buscar a internação.

O coordenador admite, porém, que a medida pode esbarrar na falta de vagas para internação no HC e no hospital Santa Tereza, que atendem a região. "A internação vai depender se tiver vagas."

Em São Carlos, o serviço funcionará até o fim do ano, segundo o secretário da Saúde, Marcus Vinicius Bizzarro.

Os atendidos devem ser levados para grupos de narcóticos ou ambulatorios, hospitais ou até clínicas particulares.

Coordenador do programa de álcool e drogas da USP, o psiquiatra Erikson Furtado diz que as poucas experiências de consultório de rua do país mostraram resultados.

"É um paciente muito vulnerável, sem casa, que não vai sozinho buscar ajuda no serviço ambulatorial."

Ele diz, porém, que só a abordagem não basta. "O que preocupa é essa equipe ficar isolada. Ela deve se integrar ao Caps-AD e às equipes de saúde da família dos bairros."

FONTE: (Coissi, 2011b)

Anexo IX

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA
Memória da reunião do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua – CTSPSR

Participantes:

Alejandra Prieto (S. Bucal/SAS) – alejandra.oliveira@saude.gov.br 61- 33068055
Cathana F. de Oliveira – (PNCT/SVS) – cathana.oliveira@saude.gov.br 61- 32138029
Claudio Barreiros (S. Mental/SAS) – claudio.barreiros@saude.gov.br 61-33156230
Dany L. da Silva (CGUE/DAE/SAS) – Dany.silva@saude.gov.br 61-33159204
Denise Rinehart (Conasems) – denise@consasems.org.br 61- 32230155
Erika Alexandre (SGTES) – erika.alexandre@saude.gov.br 61-33152720
Fátima Marques (DAGEP/SGEP) – maria.marques@saude.gov.br 61-33067493
Gladston Figueiredo (Pastoral) – stonpastoral@yahoo.com.br 31-32938366
José Mauro G. Nunes (Convidado especial) – mauronunes@yahoo.com.br 21-93153794
Lanusa Ferreira (SGTES) – lanusa.ferreira@saude.gov.br 61-33153628
Leonildo Monteiro (MNPR) – leonildo Monteiro@yahoo.com.br 41-87359386
Leticia Amaral (DAGEP/SGEP) – leticia.amaral@saude.gov.br 61-33067495
Maria Lúcia S. Pereira (MNPR) – lucia3trindade@yahoo.com.br 71-88490152
Marilane Andrade (CGUE/DAE/SAS) – marilane.andrade@saude.gov.br 61-33068222
Nina Laurindo (CIAMP RUA) – ninalaurindo@uol.com.br 11-91716612
Reginaldo Chagas (DAGEP/SGEP) – reginaldo.chagas@saude.gov.br 61-33067455
Rosana B. Rodrigues (DAB/SAS) – rosana.rodrigues@saude.gov.br 61-33068506
Roseni T. S. F. Oliveira (Pastoral) – pastoralrua@yahoo.com.br 31-34288365
Tulio Souza (DAGEP/SGEP) – tulio.souza@saude.gov.br 61- 33067489
Vânia Costa (Aids/SVS) – vania.costa@aids.gov.br 61-33067510
Walter Agostinho (MNPR) – ruaemmovimento@yahoo.com.br 31-99080181
Wania Fernandes (Decit/SCTIE/MS) – wania.fernandes@saude.gov.br 61-33152258

A reunião do Comitê Técnico foi realizada nos dias 22 e 23 de setembro de 2011, no Anexo do Ministério da Saúde, em Brasília.

O Comitê Técnico é formado por oito departamentos do Ministério da Saúde e coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, por meio da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social. Participam também do CTSPSR representantes do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua, da FIOCRUZ, do CONASS, do CONASEMS, além de convidados que contribuem no debate para fomentar o debate sobre a construção da Política Nacional para a População em Situação de Rua, no componente Saúde, construção desta Política.

A pauta aprovada no primeiro momento da reunião foi:

22/09/11 – Período Vespertino. Informes

Discussão do Processo de Trabalho.

23/09/11

Matutino

Plano Operativo

Vespertino

Apresentação da Saúde Mental

Apresentação da Atenção Básica

O Coordenador-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social, Reginaldo Alves das Chagas, iniciou justificando a demora na realização da primeira reunião do comitê devido à mudança de governo, na esfera federal e também na composição de todo o Ministério da Saúde, provocando a necessidade de uma readequação dos trabalhos assumidos por esta Secretaria. Exemplificou que outras áreas técnicas do MS também sofreram atrasos em suas programações, assim como ocorreu com as reuniões dos demais comitês coordenados pela SGEP.

Os informes foram iniciados por Cathana do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Ministério da Saúde (MS), a qual relatou a realização de 04 oficinas macrorregionais sobre esse agravo, sendo esperada dos estados a proposta de fluxo de atendimento para população em situação de rua.

Gladston, da Pastoral do Povo da Rua, mencionou o posicionamento contrário às internações compulsórias e pediu que se ampliasse o debate sobre esse tema. Nesse momento, Reginaldo reitera a posição consolidada e contrária do MS em relação a essa metodologia de internação. Aproveita para divulgar a intenção de se formar uma parceria da Central Única das Favelas (CUFA) com o Ministério da Saúde na formação de caravanas com o tema: Crack - tire essa pedra do caminho. Informa também que o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua é a instância que indicará representantes para a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde. Já para 14^a Conferência Nacional de Saúde, o Movimento deverá indicar um representante que participará como convidado.

Letícia Amaral relata a oficina piloto intrasetorial (DAGEP/DAB/Aids e hepatites virais/PNCT) que ocorreu em São Paulo para capacitação de trabalhadores da saúde, na semana de 12 a 16 de setembro de 2011, e sugere a formalização de um espaço do Comitê, por meio de grupo de email para divulgar as ações realizadas.

Mauro Nunes, facilitador da oficina ocorrida em SP, reforça que o produto da oficina foram propostas construídas por profissionais dos serviços.

Lúcia Pereira, representante do MNPR, elogia as oficinas macrorregionais da Tuberculose e diz que foi muito bom e de suma importância para articulação do movimento.

Walter Agostinho, representante do MNPR, informa que em Belo Horizonte já existe um Comitê municipal de acompanhamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Iniciando o ponto de pauta sobre o processo de trabalho, Reginaldo sugere a apresentação do Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP (nova forma de pactuação federativa) na próxima reunião do comitê, visto que esse contrato dará materialidade aos serviços. Além disso, divulga a necessidade de se revisar a Portaria GM 3305/2009 e de deixar agendada a próxima reunião do comitê.

Encaminhamentos do dia 22/09/11:

Revisão da Portaria:

Acrescentar nas atribuições - Fomentar o estudo, a pesquisa, produção de conhecimentos e publicação de artigos sobre a saúde dessa população.

Visto o pedido de saída das representações do Médico Sem Fronteiras a sociedade civil ficou de encaminhar o nome da nova entidade que assumirá essa representação no Comitê. O prazo para isso é até o **dia 10/10/11**.

A próxima reunião ficou marcada para os dias 21 e 22 de novembro de 2011, sendo que foram sugeridos como pontos de pauta em ordem de prioridade:

- 14^a Conferência Nacional de Saúde (irá um representante do Comitê como convidado para a 14^a);
- Decreto 7508/11 Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP;
- Fomento à criação de indicadores epidemiológicos da População em situação de rua;
- Incentivo às instâncias de promoção da saúde;

- Apresentação das ações da Saúde no Brasil Sem Miséria;
- Discutir as Campanhas Natalinas e,
- Convidar o Fórum dos Direitos e Cidadania.

No dia 23, Letícia discorre sobre o histórico do Plano Operativo e explica o processo de aprovação desse Plano na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Coloca que o Plano Operativo estava pronto para ser apresentado no final de 2010, porém devido ao processo eleitoral foi inviável apresentá-lo. Em 2011, com a mudança conjuntural, Letícia explica que o Plano Operativo precisa ser ajustado e alinhado com as novas políticas e com os novos programas de governo.

Sendo assim, o Plano Operativo foi apresentado nessa reunião para debate e ajuste de alguns pontos, sendo que os itens relativos à Atenção Básica serão discutidos novamente depois da aprovação da Política Nacional da Atenção Básica na CIT, prevista para acontecer dia 29/09/11. Os ajustes no Plano Operativo deverão observar o novo Plano Plurianual PPA - 2012/2015 e os objetivos estratégicos do Ministério da Saúde.

No período vespertino, Cláudio Barreiros apresentou a proposta da Área Técnica de Saúde Mental para população em situação de rua e sanou as dúvidas em relação ao Plano de Enfrentamento ao crack. Essas ações de Saúde Mental estão inseridas no Plano Brasil Sem Miséria.

Rosana Ballesterio, da Atenção Básica, apresentou a proposta de Consultórios na Rua, que está inserida na Política Nacional de Atenção Básica, a qual é diferente da ação de Consultórios de Rua, proposta pela Saúde Mental do MS. A novidade, além da mudança de coordenação, é que os Consultórios na Rua terão uma visão mais integral do morador de rua e surge da fusão da estratégia de saúde da família sem domicílio com os consultórios de rua.

Após a apresentação, o Diretor da Atenção Básica, Heider Pinto, colocou-se à disposição para esclarecer as dúvidas e acatou a sugestão de buscar um novo nome para essa proposta, ponderando que não depende só dele. Tal demanda se deve ao fato da posição contrária do MNPR em relação ao nome, uma vez que as equipes de consultórios de rua atualmente trabalham com uma ênfase em drogas/redução de danos, o que acaba estigmatizando a população em situação de rua. Além disso, cada município tem atuado à sua maneira, inclusive abordando a população em situação de rua com a presença da polícia. Ao final o diretor propôs uma reunião em Recife, dia 19, para debater a proposta de Consultórios na Rua juntamente com gestores e representantes da sociedade civil do Comitê.

Encaminhamentos do dia 23/09:

- Revisão do Plano Operativo
- Reunião em Recife para debate dos Consultórios na Rua

Encaminhamentos para próxima reunião (dias 21 e 22 de novembro):

- Revisar a Portaria 3305/09.
- Indicação de um participante do MNPR para a 14^a
- Revisão do Plano Operativo.
- Reunião em Recife para debate dos Consultórios na Rua