

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**TAYS APARECIDA DA SILVA**

**Os fios da meada da vida:** a coprodução dos cuidados em saúde entre sujeitos usuários de drogas em situação de rua

Juiz de Fora

2023

**Tays Aparecida da Silva**

**Os fios da meada da vida:** a coprodução dos cuidados em saúde entre sujeitos usuários de drogas em situação de rua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Fernando Santana de Paiva

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Cristina Belchior Mota

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Aparecida da Silva, Tays.

Os fios da meada da vida: : a coprodução dos cuidados em saúde entre sujeitos usuários de drogas em situação de rua / Tays Aparecida da Silva. -- 2023.

120 f. : il.

Orientador: Fernando Santana de Paiva

Coorientadora: Daniela Cristina Belchior Mota

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.

1. Políticas Públicas. 2. Drogas. 3. Cuidado em saúde. 4. População em situação de rua. I. Santana de Paiva, Fernando , orient. II. Cristina Belchior Mota, Daniela, coorient. III. Título.

## **Tays Aparecida da Silva**

**Os fios da meada da vida:** a coprodução dos cuidados em saúde entre sujeitos usuários de drogas em situação de rua

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.  
Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em 15 de dezembro de 2023.

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof(a) Dr(a) Fernando Santana de Paiva - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a) Dr(a) Daniela Cristina Belchior Mota  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof(a) Dr(a) Fabiane Rossi dos Santos  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a) Dr(a) Verônica Morais Ximenes  
Universidade Federal do Ceará

Juiz de Fora, 20/11/2023.

---



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Santana de Paiva, Professor(a)**, em 15/12/2023, às 15:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Verônica Moraes Ximenes, Usuário Externo**, em 22/12/2023, às 12:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Rossi dos Santos, Professor(a)**, em 05/01/2024, às 20:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de](#)

---

[2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Cristina Belchior Mota, Usuário Externo**, em 02/02/2024, às 13:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.u f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1584800** e o código CRC **D270091A**.

---

À Pylar, minha pequena-grande menina, que me ensina todos os dias o quanto o amor pode nos transformar e fortalecer. Olhar pra você, sentir o seu cheiro e ver o seu sorriso é fundamental para (re)carregar as minhas energias e seguir em frente. Caminhar ao seu lado, ensina-me todos os dias sobre o valor do tempo, da preciosidade dos encontros e da necessidade de um olhar mais atento e sutil nessa andança pela vida. Obrigada por me mostrar que trilhar o caminho sempre vai ser mais importante que a chegada!

Às pessoas em situação de rua, por serem exemplo de força e superação ao realizarem o máximo diante do mínimo! Em especial, aos que faleceram no decorrer do processo da pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre conduzir, abençoar e guiar os meus caminhos.

Aos meus pais, Bernadete e Iranedes, por nunca terem medido esforços para me proporcionar sempre o melhor. Tenho uma gratidão imensa por tudo o que vocês fizeram e ainda fazem por mim. Sem a persistência, luta e apoio de vocês nada disso teria sido possível. Não tenho dúvidas de que vocês abdicaram inúmeros sonhos para que o meu pudesse ser realizado. A vocês, o meu eterno amor e admiração!

Ao meu companheiro, Ronildo, por sempre incentivar a minha trajetória acadêmica e profissional. Obrigada por compreender os meus momentos de ausência nos últimos anos e vibrar a cada conquista. A sua força, parceria e capacidade de se reinventar a cada obstáculo foram essenciais!

À minha vó Gina, por me receber com tanto afeto em sua casa durante as minhas idas a cidade de Juiz de Fora. Obrigada por dizer que me amava a cada despedida!

À minha amiga Fabiana, por trazer acolhimento e luz nos encontros e nas palavras. Obrigada por me mostrar a potência e força que uma mulher, mãe, trabalhadora e estudante pode ter. Você foi determinante para essa escolha!

À minha amiga Nádia, por acompanhar toda a minha trajetória há muitos anos e ser extremamente presente na minha vida.

Ao meu orientador, Fernando, pela atenção, paciência e contribuição em todas as etapas dessa pesquisa. Ouvir as suas falas, carregadas de uma potência ímpar, foram cruciais para o meu desenvolvimento acadêmico. Certamente, o meu aprendizado foi enorme. Obrigada pela oportunidade!

À minha coorientadora, Dani, por toda sensibilidade, acolhimento e sugestões. A sua delicadeza com as palavras e o conhecimento prático no campo saúde mental foram essenciais nesse processo. Obrigada por demonstrar confiança no meu potencial desde o início!

À Sabrina, por cuidar com tanto carinho e dedicação da minha família!

Aos meus amigos do CAPS AD III. Em especial, a Anna Paula e Maria do Carmo por fazerem os meus dias mais leves. A Regina, do CAPS III, pelos acolhimentos e encontros potentes em uma época cheia de desafios.

Aos amigos que o mestrado me proporcionou, por formarem uma rede de apoio em várias ocasiões. Em especial, à Esther por tornar as viagens mais agradáveis.

Aos profissionais que cuidaram da minha saúde, de forma acolhedora, em um ano marcado por contratemplos, angústias e dores. Em especial, aos médicos que realizaram as minhas cirurgias e ao Dr. César Campos por tornar todo esse processo mais leve.

À Equipe do Consultório na Rua por ter me acolhido tão bem durante todo o trabalho de campo dessa pesquisa. Em especial, ao meu amigo Felipe pela companhia, compartilhamento de angústias e apoio durante todo esse percurso.

Ao meu professor da graduação e analista, Ronaldo Chicre, por ser a minha grande inspiração enquanto profissional e pela escuta sensível. As suas falas ressoam até hoje no meu caminhar!

Ao professor Dionísio, pela parceria, incentivo e apoio desde a graduação.

Ao professor Leonardo Martins, pelas aulas memoráveis e incentivo para a realização do mestrado ainda no início da faculdade. Por diversas vezes, necessitei reler o seu e-mail para acreditar no meu potencial.

À Cynthia, minha professora de inglês, pela paciência e apoio constante em vários momentos dessa caminhada!

Às professoras Verônica e Fabiane, pelas contribuições na avaliação do projeto dessa pesquisa.

À Universidade Federal de Juiz de Fora e a CAPES, pelas bolsas de mestrado concedidas.

De forma muito especial, as pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa. Agradeço pela confiança, pelo acolhimento e por compartilharem comigo vivências tão profundas. Essa pesquisa não teria nem sequer iniciado sem a contribuição de cada um de vocês!

“Se nada ficar dessas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar.” (Freire, 2005, p.107).

## RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo compreender e refletir sobre as diversas formas de coprodução de cuidados desenvolvidas entre os sujeitos usuários de drogas em situação de rua no município de Barbacena – Minas Gerais. Buscou-se responder algumas perguntas norteadoras, quais sejam: Como as pessoas usuárias de drogas em situação de rua produzem os seus próprios cuidados no cotidiano das ruas? Quais as demandas de cuidados em saúde dos sujeitos usuários de drogas em situação de rua? Qual o cuidado ofertado, para esse público em específico, pelo Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do município pesquisado? Para responder tais questões, realizamos uma pesquisa qualitativa com percurso metodológico composto por sete meses de observação participante, alternadas em períodos diurnos e noturnos, entre agosto de 2022 a março de 2023, com o auxílio de um diário de campo para construção dos dados, além da realização de entrevistas narrativas. Inicialmente, a observação se iniciou articulada com a Equipe do Consultório na Rua e, assim, foi possível percorrer por algumas instituições que realizam ações junto à população em situação de rua. No total, vinte e quatro pessoas participaram da pesquisa, sendo que quatro foram selecionadas, por conveniência, para participarem das entrevistas. A partir dos encontros no campo, foi possível observar, nos cenários cotidianos dos sujeitos, movimentos potentes de vida e resistências para sobreviverem e produzirem cuidados em saúde nas ruas. Além disso, identificou-se que a demanda fundamental de cuidado em saúde está relacionada a necessidade de uma postura de escuta qualificada e acolhedora, por parte dos profissionais, a fim de que os sofrimentos dos sujeitos sejam compreendidos a partir de suas histórias singulares perpassadas, em sua maioria, por situações de estigmatização, violências, precariedades e negligências. Nesse sentido, percebeu-se, ainda, que as práticas de acolhimento e coerção se coexistem nos serviços públicos e, assim, essas contradições podem impactar na efetividade do cuidado em saúde que, muitas vezes, é atravessado por perspectivas morais e proibicionistas presentes nas políticas públicas brasileiras e na sociedade como um todo. Por fim, diante das complexas necessidades apresentadas pelos sujeitos usuários de drogas em situação de rua, amplia-se a noção de ‘cuidados em saúde’ para ‘cuidados de vida’ ao observar uma multiplicidade de cuidados, não exclusivos do campo da saúde, que se misturam com as mais diversas formas de existência e coproduções de vida nas ruas perpassadas por questões de ordem econômica, política e social do nosso país.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Drogas. Cuidado em saúde. População em situação de rua.

## ABSTRACT

This article aims to understand and reflect on the different forms of co-production of care developed among homeless drug users in Barbacena city – Minas Gerais. We sought to answer some guiding questions, namely: How do drug users living on the streets manage their own care in their street daily lives? What health care is offered by the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in this city for this specific audience? It was chosen a qualitative research with a methodological path consisting of seven months of participant observation, alternating between day and night periods, between August 2022 and March 2023, supported by a field diary to construct the data, furthermore conducting narrative interviews to answer those questions. Initially, the observation began in conjunction with the Consultório na Rua Team and, thus, it was possible to visit some institutions that carry out actions with the homeless population. In total, twenty-four people were observed during the research and four were selected, for convenience, to participate in the interviews. Furthermore, it was identified that the main demand for health care is related to the need for a qualified and welcoming listening posture from professionals, so that the subjects' sufferings are understood based on their unique stories, mostly due to stigmatization, violence, precariousness and negligence situation. In this sense, it was also noticed that the approaching and coercion coexist in public services and, thus, these contradictions can affect the effectiveness of health care, which is often crossed by moral and prohibitionist perspectives present in the Brazilian Public policies and the society as a whole. Finally, given the complex needs presented by homeless drug users, the notion of 'health care' is expanded to 'life care' by observing a multiplicity of care not exclusive to the health area, which are mixed with the most diverse forms of existence and co-productions of street life permeated by economic, political and social issues in our country.

**Keywords:** Public Policies. Drugs. Health care. Homeless population.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Construção das políticas públicas sobre drogas no Brasil .....	24
Figura 2 - Território municipal de Barbacena .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da entrevista .....	50
Tabela 2 - Descrição Das Ações Desenvolvidas Em Caps Ad Iii Por Número De Usuários Atendidos.....	63

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADUNICO	Cadastro Único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas
Cebrid	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
Centro POP	Centro Especializado para População em Situação de Rua
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DC	Diário de Campo
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CHPB	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
DBA	Programa De Braços Abertos
eCnR	Equipes de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
MG	Minas Gerais
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OP	Observação Participante
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAA	Síndrome de Abstinência Alcoólica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAA	Unidades de Acolhimento Adulto
UAI	Unidades de Acolhimento Infanto- Juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFJF

Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>POBREZA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ALGUNS APONTAMENTOS .....</b>	<b>18</b>
2.1	CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: USO DE DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA .....	23
<b>3</b>	<b>OS CUIDADOS EM SAÚDE: O USO DE DROGAS NO CONTEXTO DAS RUAS .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO .....	46
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	50
4.3	CONDUZIR E SER CONDUZIDA PELO CAMINHO: OS ITINERÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO .....	51
4.4	O ESPAÇO INTERCESSOR E OS RASTROS DE CUIDADO: ALGUNS COMENTÁRIOS SOBRE AS IMPLICAÇÕES DA PESQUISA .....	53
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
<b>5</b>	<b>O QUE O COTIDIANO DAS RUAS NOS MOSTRA?.....</b>	<b>56</b>
5.1	AS DEMANDAS DE CUIDADOS EM SAÚDE E O USO DE DROGAS NO COTIDIANO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	56
5.2	PRÁTICAS QUE SE COEXISTEM: ENTRE O ACOLHIMENTO E A COERÇÃO..	71
5.3	RESISTÊNCIAS E PRODUÇÃO DE CUIDADOS: OS MODOS DE ANDAR NO COTIDIANO DAS RUAS.....	81
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista narrativa.....</b>	<b>114</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora .....</b>	<b>115</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema surgiu a partir de algumas experiências ao longo da trajetória acadêmica e profissional. Logo no começo da graduação tive uma ligação com trabalhos voltados para uma parcela bem específica da população. Os estágios acadêmicos possibilitaram ricos aprendizados através de encontros com uma heterogeneidade de pessoas, perpassadas por formas singulares de ser e estar no mundo. Todavia, apesar de serem tão diferentes, possuíam algo em comum – as marcas da vulnerabilidade econômica e social, além da dificuldade de acesso às políticas públicas efetivas.

Cabe destacar três instituições que deram um “tom” especial nessa caminhada. A primeira diz respeito às atividades desenvolvidas no setor de Habitação, da Prefeitura Municipal de Ubá/MG, em uma época privilegiada de seleções e entregas de apartamentos para os beneficiários com o programa “Minha Casa, Minha Vida”. O segundo, refere-se ao estágio no Centro de Atendimento Educacional Especializado, o qual possibilitou um contato maior com crianças que possuíam alguma dificuldade de aprendizagem na escola regular e, não raro, eram marcadas por situações de pobreza significativas. O terceiro corresponde as atividades desempenhadas na Gerência Regional de Saúde de Ubá, em conjunto com a Referência Técnica Estadual de Saúde Mental das Regiões de Saúde de Ubá e Muriaé. Nesse último, tive o prazer de vivenciar movimentos de luta e resistência ao lado de uma profissional espetacular. Isso, sem dúvida, constituiu o grande alicerce para que eu pudesse seguir na área da Saúde Coletiva e, mais especificamente, da Saúde Mental voltada para a temática das drogas.

Em 2016, realizei o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil” (Silva *et al.*, 2018). O estudo discorreu sobre a potência do trabalho desenvolvido por um serviço especializado de saúde mental, porém com um olhar restrito para as produções realizadas. Em 2019, com o intuito de aprofundar a temática do cuidado na Atenção Psicossocial para um viés mais clínico e não restrito meramente aos procedimentos, publiquei o manuscrito “O diálogo necessário: clínica e saúde mental” (Silva; Paula Júnior, 2019). Nesse mesmo ano, contribuí para a escrita de um capítulo de livro intitulado “Uso de drogas: reflexões baseadas na realidade brasileira” que trouxe dados importantes sobre as variáveis psicossociais dos jovens atendidos no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) do município de Barbacena-MG (Silva *et al.*, 2019).

Esses dois últimos trabalhos e a presente pesquisa foram frutos das inquietações do campo profissional. Em 2017, fui nomeada para o cargo de psicóloga na Prefeitura Municipal

de Barbacena e, desde então, atuo no CAPS AD III da referida cidade. De 2017 até o início de 2021, atuei como Referência Técnica e pude sentir as emoções contraditórias que perpassavam o meu cotidiano e, principalmente, o impacto das minhas ações para a vida dos sujeitos que eram acompanhados por mim. Não consigo pensar em um trabalho que fosse mais complexo e desafiador. O CAPS AD exige um “olhar pra dentro”, uma reflexão sobre os preconceitos e moralismos – transmitidos de geração em geração – que precisam ser rompidos para dar lugar a novas perspectivas. Afinal, o que é droga? O que é ser um usuário de drogas? A “evolução do tratamento” deveria estar associada a cessação ou diminuição do consumo de drogas? Como “tratar” um sujeito que não possui onde morar, o que comer e nem o que vestir? O problema seria a droga ou ela viria a ser a solução, como uma única fonte de prazer, em uma vida completa de desprazeres? Irei atender a demanda de quem – a minha, a da equipe técnica, do próprio sujeito, dos familiares ou da sociedade? As respostas não são tão simples como parecem. É no encontro com o sujeito – principalmente, nas “escorregadas” - que você pensa: Qual a minha contribuição para a vida dessa pessoa? O que é meu e o que é do outro? Qual o cuidado que estou construindo para fora da instituição CAPS AD? Enfim, um número infinito de questões que ora possui respostas, ora não. Em alguns momentos, sou tomada por uma felicidade imensa ao sentir na pele a melhora da qualidade de vida (esse parâmetro está bem longe de se restringir a quantidade de drogas consumidas) de alguns sujeitos que acompanhei e, em outros momentos, o silêncio e o vazio tomam conta ao deparar com a decadência do corpo e com as mortes de pessoas tão queridas. Não sei explicar em qual momento que o “trabalho” deixou de ser “trabalho” e se transformou em militância, ou se sempre caminharam juntos desde o início.

Por um breve período, atuei como coordenadora do mesmo serviço. E as inquietações não foram diferentes, claro! Contudo, elas possuíam algo novo – talvez, o olhar administrativo. Ocupar esse lugar, trouxe-me o sentimento de impotência de forma duplicada. Sem contar as barreiras enfrentadas por ser jovem e, principalmente, mulher. Enfim, nesse novo desafio pude constatar que a qualidade das ações ofertadas está intimamente relacionada ao apoio das gestões municipais, estaduais e federais, a composição de pelo menos a equipe mínima nos serviços, a disponibilidade de um veículo para facilitar o cuidado territorial, a possibilidade de uma gestão compartilhada dentro da instituição e, principalmente, a capacidade técnica dos profissionais – tendo em vista que a formação teórico conceitual impacta nas ações e, por vezes, simplifica questões complexas.

No decorrer do mestrado, optei por afastar das minhas atividades profissionais a fim de me dedicar a pesquisa. Dessa forma, foi possível uma pausa para repensar todo o processo de trabalho tecido até aqui; formular questões a respeito das consequências históricas das minhas

atividades, enquanto psicóloga e pesquisadora, na vida das pessoas; e fazer com que eu possa olhar de um outro ângulo os sujeitos que, na maioria das vezes, são familiares.

Diante de toda essa trajetória, curta e enriquecedora, apresento a presente pesquisa que – não por coincidência – trata-se de compreender a coprodução dos cuidados ofertados para às pessoas usuárias de drogas, em situação de rua, no município de Barbacena-MG. Nesse caso, a palavra “cuidado” está relacionada as mais diversas estratégias realizadas pelas pessoas para lidarem com a vivência nas ruas e, portanto, não se reduz exclusivamente ao cuidado institucional. A partir disso, os seguintes objetivos específicos foram definidos: refletir sobre os cuidados ofertados pelo Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) a partir dos relatos dos sujeitos usuários de drogas em situação de rua; compreender as demandas de cuidado em saúde dos sujeitos em situação de rua, considerando os sentidos e práticas do consumo de drogas; analisar as diversas formas de cuidados produzidos pelos sujeitos usuários de drogas em situação de rua.

Para contemplar essas discussões, a estrutura da pesquisa se dividiu em cinco capítulos. O primeiro e o segundo tratam do referencial teórico adotado com o intuito de abordar, respectivamente, os entrelaçamentos entre as construções de políticas públicas diante da criminalização da pobreza e do uso de drogas, com foco central na população em situação de rua, e, a partir disso, segue uma discussão em torno dos cuidados em saúde ofertados para esse público. O terceiro capítulo engloba todo o percurso metodológico e apresenta algumas particularidades do município pesquisado. O quarto capítulo refere-se a análise e interpretação dos dados coletados no decorrer do trabalho de campo, subdividindo-se em quatro subitens: um primeiro, que faz uma pequena apresentação dos eixos subsequentes; um segundo, que articula as demandas dos sujeitos, usuários em drogas em situação com rua, com as políticas públicas de cuidados ofertadas no município; um terceiro, demonstrando que as políticas de cuidados se coexistem ao transitar entre ações de acolhimento e de coerção; um quarto que, de modo geral, retoma todos as discussões anteriores, ao destacar as diferentes possibilidades de existência mediante as produções de vida – cuidados – realizadas pelas pessoas usuárias de drogas no contexto das ruas. Por fim, o capítulo V refere-se às considerações finais.

Espera-se que a presente pesquisa fomente ações e políticas públicas mais efetivas, de qualidade e condizentes com a realidade local do município de Barbacena. Além disso, dentro dos limites de uma reflexão acadêmica, almeja-se provocar inquietações nos leitores, diante de tanto horror vivenciado em um país de cidadania vertical.

## 2 POBREZA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ALGUNS APONTAMENTOS

A pobreza é a materialização das desigualdades sociais (Accorssi *et al.*, 2012; Guzzo, 2019) o que, segundo Demo (1993), implica em reconhecer a sua dinâmica política. Nesse sentido, o autor amplia a visão da pobreza de um horizonte material para um horizonte político. Dessa forma, a pobreza não é reduzida às carências materiais, mas inclui outras dimensões mais complexas e não lineares, como as esferas de poder, oportunidades, lideranças e privilégios. Portanto, ser pobre não se reduz unicamente a não ter, mas sobretudo a ser impedido de ter – ou seja, a uma repressão do acesso disponível em uma dada sociedade. A partir dessa perspectiva, a dinâmica da pobreza deve ser entendida para além das carências ao analisar os confrontos desiguais entre minorias privilegiadas e maiorias subordinadas (Demo, 1993).

A partir dessa compreensão multidimensional da pobreza, pode-se considerar que a pobreza na América Latina é evidenciada em suas “[...] ramificações sociais, políticas, estruturais e ideológicas.” (Cidade *et al.*, 2012, p.89). O que significa que a pobreza pode ser observada em diversos âmbitos, desde a insuficiência de renda de uma parcela significativa da população até ao entendimento de uma organização societária – baseada na violência e marginalização povos nativos, além dos impedimentos de movimentos populares e libertários – que impede as possibilidades de mudanças nas trajetórias da população latino-americana. Percebe-se, igualmente, esses traços no cenário brasileiro marcado por uma forte herança de opressão e pobreza (Cidade *et al.*, 2012). Segundo dados do Banco Mundial (2022), através de uma análise monetária da pobreza, o Brasil sempre esteve entre os países mais desiguais do mundo e suas disparidades foram acentuadas com a pandemia da COVID-19.

A distribuição desigual dos recursos influencia na configuração social do país e na forma como as pessoas se relacionam umas com as outras. Nesse contexto, constrói-se uma teia complexa de relações de poder e opressão (Cidade *et al.*, 2012). Diante disso, Accorssi *et al.* (2012) ressaltam a importância de analisar a aplicabilidade do conceito de pobreza que, inicialmente, denota ser a favor da diminuição da desigualdade social; mas, por vezes, tende a legitimar a imobilidade social dos oprimidos e, conseqüentemente, a aceitação e naturalização da pobreza vivenciada no cotidiano.

Portanto, para esta pesquisa, a concepção de pobreza não se restringe a insuficiência econômica, pois, ao assumir concordância com os escritos de Paugam (2001), parte-se do princípio de que a pobreza não pode ser definida somente por critérios quantitativos, mas a partir de reações sociais em circunstâncias específicas. Dessa forma, valoriza-se o caráter

dinâmico, multidimensional e evolutivo da pobreza que corresponde mais a um processo do que a um estado perpétuo e imutável.

Nesse sentido, cabe destacar que a pobreza não é exclusivamente advinda do capitalismo. Todavia, sofre uma expansão com as transformações econômicas das sociedades, especialmente, com o neoliberalismo (Moura Junior; Ximenes, 2016; Silva, 2006). Especificamente no Brasil, pode-se considerar a construção histórica da pobreza desde o processo de colonização e escravidão dos seus povos (Moura Junior; Ximenes, 2016). Contudo, observa-se que, com a reestruturação produtiva no país, alguns efeitos geraram um aumento dos níveis de pobreza e da vulnerabilidade da classe trabalhadora, como: o aumento do desemprego, a precarização das condições de trabalho e a queda da renda média real dos trabalhadores (Silva, 2006).

Em termos gerais, sob as diretrizes do neoliberalismo, a pobreza é compreendida enquanto consequência de uma política econômica que combina a produção de riqueza pelos trabalhadores e concentram o lucro naqueles que detém os meios de produção (Guzzo, 2019; Silva, 2006). Dessa forma, quando pensamos em pobreza, automaticamente, pensamos em acumulação de riqueza. Tal questão precisa ser discutida de forma dialética ao considerar que só existe pobreza porque há riqueza. Assim, a luta contra a pobreza seria uma luta contra os interesses de uma oligarquia industrial. Para esse modelo político econômico ser combatido, a pobreza deverá ser enfrentada estruturalmente através da socialização da riqueza, ou seja, a partir da construção de uma sociedade socialista (Guzzo, 2019; Silva, 2006). Dessa forma, observa-se que os programas de transferência de renda não possuem como objetivo a erradicação da pobreza, pois mantém as estruturas de poder intocadas para a manutenção do sistema capitalista. Nesse sentido, são criadas apenas algumas estratégias para minimizá-la, como, por exemplo, o Brasil que no ano de 2013 foi o 13º país com maior investimento no combate à pobreza (Guzzo, 2019).

Além de suas questões monetárias, a pobreza perpassa por outras dimensões complexas e multidimensionais, como: sofrimento, desânimo, doenças, falta de perspectivas, entre outras questões de uma vida sem acesso as condições dignas (Guzzo, 2019). Varanda e Adorno (2004) utilizam o termo “experiências desestruturantes” para designar o acúmulo de experiências individuais que, geralmente, reduzem os recursos pessoais para as pessoas enfrentarem os desafios cotidianos, interferindo na capacidade de organização interna, autoimagem, autoestima e na própria identidade dentro do grupo. Para os autores, esses eventos individuais se inter-relacionam com questões estruturantes da própria sociedade ao considerarmos uma realidade

brasileira marcada pelas trajetórias de vulnerabilidade, precariedade, fragilidade de ordem habitacional e afetiva, além da exposição a discriminação e violência.

Nesse contexto brasileiro, marcado ideologicamente pelo descarte social, as mazelas que atingem o país são tratadas como uma responsabilidade individual e coletiva de quem é afetado e não como resultado de uma exploração econômica. Nesse sentido, a “questão social” trata-se de uma pobreza sendo produzida por uma desigualdade inerente ao sistema capitalista. Tal modelo econômico é considerado perverso, pois o aumento da pobreza é proporcional ao aumento da riqueza; diante de um excedente de trabalhadores que possibilita o congelamento dos salários e a prática de superexploração. É improvável que todo esse excedente seja incorporado pelo mercado de trabalho e, quando são absorvidos, ocasionalmente, ocorre de forma precária (Mendes *et al.*, 2019a; Silva, 2006). Assim, o descarte ou, até mesmo, o extermínio, acabam sendo mais viáveis (Mendes *et al.*, 2019a).

As pessoas são excluídas das possibilidades de fazerem suas próprias histórias e, ao mesmo tempo, culpabilizadas por não terem esforçado o suficiente para progredirem. Logo, a pobreza é mantida, como forma de sustentar o sistema capitalista, e o indivíduo torna-se o único responsável pelo seu fracasso (Mendes *et al.*, 2019a). Assim, o papel social de ser responsabilizado exclusivamente pela situação a qual se encontra constitui a identidade social estigmatizada de pobre. A pobreza, portanto, está intimamente relacionada aos mecanismos opressores, que fazem parte de construções históricas impregnadas de privações, preconceitos e estereótipos, que depreciam os sujeitos em situação de pobreza para manutenção do status quo (Moura Junior; Ximenes, 2016).

De acordo com Silva (2006), todo esse contexto torna-se fundamental para compreender o fenômeno da população em situação de rua que se constituiu, no seio do pauperismo vivenciado pela Europa Ocidental, no final do século XVIII. Para a autora, apesar do fenômeno ser considerado uma síntese de múltiplas determinações, a sua produção e reprodução vinculam-se a composição da pobreza nas sociedades capitalistas. Ao identificar as condições histórico-estruturais necessárias para a manutenção do capitalismo, pode-se considerar a população em situação de rua como expressão das desigualdades sociais observadas nos cenários de acumulação do capital. Assim, essa população é reconhecida por estar em situação de pobreza extrema, vulnerabilidade social e degradação humana (Silva, 2006).

No contexto brasileiro, Silva (2006) aponta não ter conhecimento sobre os determinantes histórico-estruturais da formação da população em situação de rua no Brasil. Todavia, a autora mencionada, infere algumas particularidades da economia brasileira que compõe um conjunto de fatores estruturais que atravessam e retroalimentam o fenômeno da

população em situação de rua, como: intenso processo de industrialização e urbanização; regulamentação das leis trabalhistas que atendiam, sobretudo, as necessidades de acumulação do capital; como efeito, a formação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva; o movimento migratório campo-cidade que alterou a configuração da sociedade brasileira; a estrutura urbano-industrial que ocupou a centralidade na economia; problemas sociais e econômicos no país, como o chamado “êxodo rural”; e, posteriormente, as mudanças do mundo do trabalho decorrentes da reestruturação produtiva que ocasionou a deterioração das condições e relações de trabalho.

As pesquisas da década de 1980 apontavam uma grande participação da população de origem rural na composição da população em situação no Brasil. Todavia, as pesquisas mais recentes demonstram uma redução desse público e indicam que o grupo da população em situação de rua é formado, principalmente, por pessoas que perderam os seus postos de trabalho – sujeitos aptos ao trabalho, mas excedentes à capacidade de absorção do mercado de trabalho no sistema capitalista (Silva, 2006).

Salienta-se, de acordo com Sousa e Macedo (2019), que o estudo do fenômeno da população em situação de rua no Brasil deve ultrapassar os elementos universais do modo de produção capitalista, pois o país possui particularidades históricas na sua formação. O regime escravocrata impossibilitou a inserção de outras formas produtivas no país e, posteriormente, a abolição da escravatura contribuiu para a formação de uma população excedente nacional no país (ex-escravos, livres e libertos) que somou ao expressivo número de imigrantes europeus para a composição do exército de reserva. Portanto, as heranças de um processo colonizador e o desenvolvimento do sistema capitalista de forma tardia, dependente e de modernização conservadora, seguido da estruturação de políticas neoliberais, contribuíram para que “a contradição capital/trabalho e as expressões da “questão social” no país fossem intensificadas quando comparado aos países centrais” (Sousa; Macedo, 2019).

Contudo, Silva (2006) aponta outros fatores que podem estar ligados a formação da população em situação de rua, para além das questões estruturais da própria sociedade, como: fatores relacionados as trajetórias de vida individuais, muitas vezes associadas ao uso abusivo de drogas, transtornos mentais e, principalmente, no que tange ao rompimento dos vínculos familiares; e fatores relacionados aos desastres de massas, como terremotos, enchentes, entre outros. Sicari e Zanella (2018) também revelam que as razões que levam as pessoas a viverem nas ruas são variadas e, portanto, reduzir a compreensão do fenômeno a questões de ordem estritamente econômica reduz a complexidade que o conota.

Observa-se que a população em situação de rua foi se alterando no decorrer dos anos: há décadas atrás, era composta por hippies, pedintes e egressos de hospitais psiquiátricos, somam-se hoje pessoas desempregadas, subempregados, entre outros (Oliveira *et al.*, 2021; Vale; Vecchia, 2019). Sicari e Zanella (2018), através de uma revisão sistemática da literatura entre os anos de 2006 a 2016, evidenciam a heterogeneidade dessa população e as múltiplas facetas de viver nas ruas da cidade. Conforme Decreto nº 7053 (Brasil, 2009), a população em situação de rua é definida como um grupo heterogêneo que compartilha a vivência da pobreza extrema, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, falta de moradia, uso de logradouros públicos – seja de forma temporária ou permanente – e de dispositivos assistenciais para pernoite ou moradia provisória. Em conformidade com Accorssi *et al.* (2012), a formação desse grupo, decorrente da desigualdade social e pobreza, representa as marcas de uma sociedade opressiva, permeada por processos econômicos e sociais excludentes, legitimados pela naturalização de situações desumanas.

Segundo o relatório do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), o Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua, o que dificulta a construção de políticas públicas voltadas para esse público e reproduz a invisibilidade social. Para contornar tal dificuldade, realizou-se uma estimativa da população em situação de rua no Brasil, através de dados disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social, estimando que, no ano de 2015, haviam 101.854 pessoas nessa condição no país (Natalino, 2016). Número que teve um aumento expressivo, conforme o diagnóstico do Ministério de Direitos Humanos e Cidadania que apresentou a existência de 236.400 pessoas em situação de rua no Brasil, em dezembro de 2022, cadastradas no Cadastro Único. O relatório também informou que 62% dessa população estão na região Sudeste, são majoritariamente do sexo masculino (87%) e negros (68%) (Brasil, 2023d).

Durante os anos de 2015 a 2018, a população mais pobre do Brasil experimentou um crescimento negativo na economia, enquanto os mais ricos tiveram um crescimento levemente positivo. Conclui-se que o crescimento observado entre os anos de 2015 e 2018 ficou nas mãos da classe econômica e socialmente dominante. No decorrer dos anos de 2016 e 2018, o Brasil registrou o maior nível de desigualdade socioeconômica. Os indivíduos que perderam seus postos de trabalho eram pessoas com renda baixa e o subgrupo que teve seus rendimentos de trabalhos mantidos, ou até mesmo aumentados, localizavam-se, predominantemente, entre os mais ricos. Em relação ao número de pobres, em 2018 havia 2,4 milhões de pessoas a mais em situação de pobreza do que em 2012 e 3,8 milhões a mais (+80%) do que em 2014. Do ponto de vista distributivo, analisado até o

ano de 2018, retrocedemos uma década de combate à pobreza e à desigualdade no país (IPEA, 2020).

Diante do agravamento das desigualdades, a perda da moradia é evidenciada e marcada pelo enfraquecimento e ruptura dos vínculos sociais. Com isso, somam-se problemas de todo tipo, como: afastamento do mercado de trabalho, problemas de saúde, perda de contato com a família, entre outros (Paugam, 2001). Como agravante dessa situação, cabe destacar as particularidades socioeconômicas do Brasil – resultado de um processo de colonização e exploração ao longo dos séculos – que se sustenta através de poderosos instrumentos para manutenção e reprodução de uma egoística lógica de lucro (Karam, 1996).

Diante dessa formação capitalística, observa-se processos de dominação e exclusão, além de abusos do poder político e econômico, acompanhados de violência e autoritarismo direcionados as classes subalternizadas. Para tanto, utiliza-se o sistema penal como um dos mais poderosos instrumentos para manutenção e reprodução dos processos de opressão e criminalização da pobreza (Karam, 1996). Nesse contexto, as mais variadas formas de extermínios, encontram uma legitimidade considerável no discurso de guerra às drogas. O modelo proibicionista traz de forma velada o controle social dos sujeitos e grupos sociais subalternizados, as quais são destinadas com maior severidade a força punitiva da lei. Nesse sentido, o Estado se ausenta na diminuição da desigualdade social e investe suas ações no controle penal. A figura do negro e pobre representa uma ameaça aos “cidadãos de bem” que, em nome da defesa da ordem pública, passam a exigir o controle da criminalidade sem questionar a ausência do Estado nas questões econômicas e sociais. Assim, a punição do considerado inimigo provoca a superficial sensação de que o problema está resolvido e oculta os perigos e males que sustentam as estruturas de dominação e poder (Boiteux, 2006; Karam, 1996; Mendes *et al.*, 2019a; Reis *et al.*, 2014).

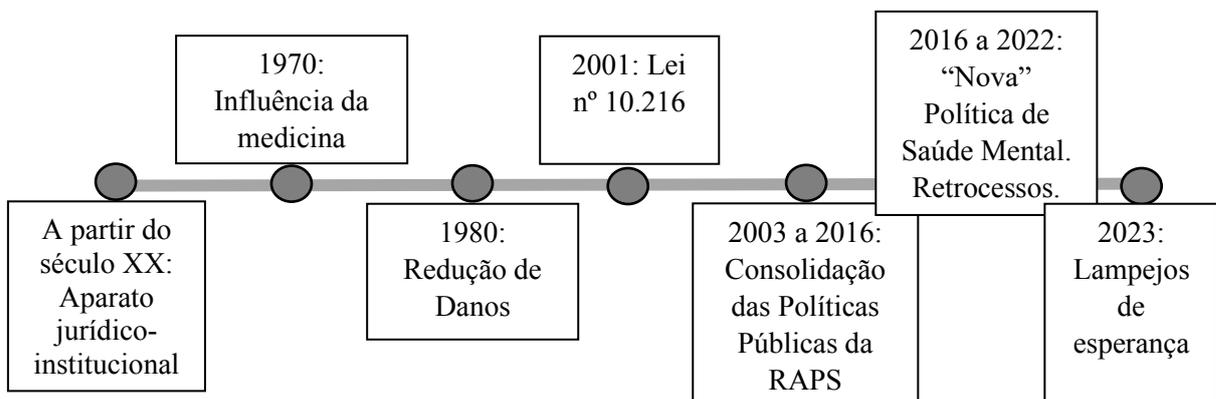
## 2.1. CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: USO DE DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA

Com o aprofundamento de uma política neoliberal e suas consequências, acentua-se o mercado de trabalho voltado para atividades ilegais, como o tráfico de drogas - altamente lucrativo e associado às classes subalternizadas em nosso país (Mendes *et al.*, 2019a). Nesse contexto, de ambientes caracterizados pela precarização das relações de trabalho, desemprego estrutural e premissas neoliberais de apelo ao consumo, como sinônimos de sucesso e *status*, o tráfico possibilita oportunidades para os sujeitos serem incluídos, mesmo que pela via da

marginalidade. Assim, ocupa um espaço que o poder público não conseguiu alcançar (Faria; Barros, 2011).

Articula-se a esse cenário um posicionamento claramente proibicionista por parte do Estado brasileiro em relação às questões das drogas (Alves, 2009). Machado e Miranda (2007) reconhecem um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas, e apontam dois fatores que podem estar associados: ações originalmente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública; e as dificuldades para enfrentar o problema na própria agenda da saúde pública. Para tanto, utiliza-se de uma linha do tempo para exemplificar esses marcos históricos, apresentados na Figura 1, que serão pormenorizados adiante:

Figura 1 – Construção das políticas públicas sobre drogas no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

As primeiras intervenções do governo brasileiro em relação à questão das drogas ocorreram a partir do século XX, com iniciativas voltadas para o controle do uso e comércio de drogas, por meio de um aparato jurídico-institucional, sob justificativa de preservação da ordem pública. Através das prisões, os usuários eram excluídos do convívio social. A partir da década de 1970, a legislação brasileira passou a ser influenciada pela medicina, especificamente, pela psiquiatria, por reconhecer o uso de drogas como uma prática perigosa e danosa à saúde humana. Assim, os hospitais psiquiátricos foram utilizados como meio de acrescer as exclusões sociais. Portanto, o controle do Estado, por um viés moralizante, transvestiu de cientificidade diante do discurso médico; e os usuários, além de criminosos, passaram a ser identificados como doentes. No decorrer dos anos de 1960/1970, devido a omissão do poder público para tais questões, as instituições não governamentais ganharam força, como as comunidades terapêuticas e os grupos de ajuda mútua (Alves, 2009; Machado; Miranda, 2007; Mota, 2016).

Nesse cenário, os usuários de drogas são vistos como anormais e desviantes. Assim, o Estado passa a assumir o papel de controle, por meio da coerção e correção, ancorado em uma lógica punitiva e moralista com processos de segregação racial-social, em prol da manutenção de estruturas desiguais. No fim dos anos de 1970 e início de 1980, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, somadas com as mudanças democráticas vivenciadas no país, contribuíram para um prisma de saúde pública no tocante à questão das drogas (Paiva; Costa, 2017).

No final dos anos de 1980, há a inserção da lógica da Redução de Danos (RD) que influencia a política sanitária (Machado; Miranda, 2007). Nessa trajetória, após os anos 2000, observa-se uma transição das políticas públicas voltadas para a proposta de redução de danos (Alves, 2009; Machado; Miranda, 2007; Mendes *et al.*, 2019a; Silva; Abrahão, 2020; Teixeira *et al.*, 2017). No ano de 2003, o Ministério da Saúde considerou o consumo de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, e não mais médico-psiquiátrico ou jurídico. Nesse mesmo ano, o documento “A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” demarcou as diretrizes para a área em consonância com os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e de uma lógica ampliada de redução de danos (Machado; Miranda, 2007; Teixeira *et al.*, 2017). Observa-se que a política de drogas somou com outros pontos fundamentais do Governo Federal a partir de 2003, como: o social, o combate à pobreza, a redução das desigualdades e expansão dos direitos para grupos em maior vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, negros, mulheres, entre outros) junto com o envolvimento das participações comunitárias no desenvolvimento político, social e econômico (Silva; Abrahão, 2020).

Dessa forma, houve um marco teórico-político para romper com abordagens reducionistas e propor a criação de uma rede de atenção integral do SUS. Contudo - diante de um processo sócio-histórico, voltado para o controle e repressão - as práticas de atenção sanitária, desenvolvidas no Brasil, nem sempre corresponderam as necessidades das pessoas que fazem uso de drogas. Portanto, pode-se dizer que “na área de álcool e outras drogas, a origem das práticas de assistência não obedeceu a lógica da saúde pública” (Machado; Miranda, 2007). Conforme destaca Mota (2011) o debate acerca das especificidades da temática das drogas adquiriu uma perspectiva marginal no campo da saúde mental. Fato que culminou em algumas lacunas na área de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, em falhas identificadas nos serviços públicos de base comunitária; apesar dos inúmeros avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica. Tais aspectos, também podem estar associadas ao longo conflito entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde, conforme apontado por Silva e Abrahão (2020).

Em relação a tais avanços, podemos citar alguns marcos legislativos no decorrer dos anos, como por exemplo: a Portaria nº 336 (Brasil, 2002) que estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, entre eles o de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) com o objetivo de ofertar assistência as pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas; Portaria nº 1028 (Brasil, 2005) que determina as ações de redução de danos sociais e à saúde; Portaria nº 3088 (Brasil, 2011b) que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental ou necessidades de saúde decorrentes do consumo de drogas, no âmbito do SUS; Portaria nº 130 (Brasil, 2012a) que redefine o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III), tendo como objetivo proporcionar atenção integral, por um período de 24 horas, as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas, com propostas de cuidado baseadas na perspectiva da redução de danos. Além disso, conforme destaca Mota (2016), a partir do ano de 2010 há uma intensificação das ações governamentais na área de drogas e o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas” é instituído com o objetivo de construir ações de prevenção, tratamento e reinserção social.

Em contrapartida, observa-se uma intensificação da repressão na segurança pública, como pode ser observado na Lei nº 11.343 (Brasil, 2006) que determina a diferença entre o usuário e o traficante com base na quantidade de droga apreendida – a qual possui um valor indeterminado – e antecedentes criminais. Possivelmente, por esse motivo, no ano de 2017, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) ao coletar dados referentes a 726 mil pessoas presas no Brasil, constatou que a maior parte dos custodiados é composta por: jovens, pretos, pardos e com baixa escolaridade. O crime de roubo e de tráfico de drogas foram os responsáveis pela maior parte das prisões. Ao comparar a distribuição entre homens e mulheres, destaca-se a maior frequência de crimes ligados ao tráfico de drogas entre as mulheres (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias [INFOPEN], 2017). Assim, observa-se que há uma seletividade de classes, muitas vezes, baseadas em questões étnicas e raciais na aplicação da lei (Mendes *et al.*, 2019a).

Nesse contexto, revela-se uma nítida equação e um resultado esperado, qual seja: população pobre usuária de drogas, somada ao estigma e discurso de guerra às drogas, resulta em opressão e dominação – para manutenção das estruturas sociais, inerentes ao sistema capitalista. As pessoas que são atingidas por esse processo de criminalização da pobreza, sofrem dificuldade de acesso aos direitos básicos, marcados pelas situações de violência, extermínio, discriminação e encarceramento. Todavia, tais questões são legitimadas pelo discurso de guerra às drogas que traz o estereótipo do usuário de drogas como inimigo comum para a sociedade se opor.

Isso contribui para perpetuar a desigualdade e dominação social (Bucher; Oliveira, 1994; Karam, 1996; Mendes *et al.*, 2019a; Paiva; Costa, 2017).

Tal cenário foi agravado no governo de Jair Bolsonaro e evidenciado na Política Nacional sobre Drogas, como pode ser verificado na atual Lei nº 13.840 (Brasil, 2019b), que apresenta de forma muito clara o fortalecimento das comunidades terapêuticas, a abstinência de drogas como único caminho possível e a desconsideração das propostas de redução de danos. A Lei ainda reafirma o poderio do Ministério da Cidadania, como grande condutor das ações, retirando o papel central da saúde. Fato que também pode ser observado no modelo altamente proibicionista da Política Nacional sobre Drogas, conforme Decreto nº 9.761 (Brasil, 2019a).

Ademais, vários documentos normativos foram editados a fim de compor a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, no período de dezembro de 2016 a maio de 2019. Política que de “nova” não tem nada, ao retomar os velhos modelos asilares na área da saúde mental e provocar uma contrarreforma psiquiátrica no Brasil (Cruz *et al.*, 2020; Brasil, 2017b; 2017c;). Além disso, cabe destacar os retrocessos com a Política Nacional da Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.436 (Brasil, 2017a), que boicota a efetividade do cuidado em saúde ao impactar negativamente nas ações de cunho territoriais e intersetoriais, diante da aproximação com um modelo ambulatorial e na falta de garantia de uma cobertura de Estratégia da Saúde da Família (ESF) (Cruz *et al.*, 2020).

Outro ponto que favoreceu o enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) diz respeito a normativa que permite aos gestores locais a alocação de verbas da forma que considerarem mais conveniente – situação que atinge de forma indireta a Política Nacional de Saúde Mental ao possibilitar que os recursos destinados aos serviços de base territorial possam migrar para custear os hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas. Com isso, corre-se o risco de desfinanciamento dos serviços especializados em saúde mental, como os CAPS’s (Cruz *et al.*, 2020; Brasil, 2017d).

Apesar dos inúmeros cortes e congelamento dos recursos destinados ao SUS, valores vultosos foram destinados as Comunidades Terapêuticas nos últimos anos (Brasil, 2018; Cruz *et al.*, 2020). Pode-se pensar que tal proposta se articula com a criação do CAPS AD IV, cuja atuação é voltada para os locais de consumo de drogas e, assim, funcionaria como uma porta de entrada ao encaminhar os sujeitos para as comunidades terapêuticas (Cruz *et al.*, 2020). Fato que desconsidera as inúmeras violações de direitos verificadas nesses locais, conforme o último relatório de inspeção realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em conjunto com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (CFP, 2018).

Diante disso, observamos um enfraquecimento dos serviços territoriais e comunitários e a dificuldade dos mesmos em se estabelecerem enquanto serviços de ‘Atenção Psicossocial’ (César; Melo, 2018; Dimenstein *et al.*, 2020). Nesse sentido, cabe destacar que a garantia de políticas públicas, que fortaleçam a RAPS, é um desafio ético e político ao considerar que as questões não são simplesmente técnicas; mas, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos humanos, da equidade, da justiça, e intervenções culturais com respeito aos diferentes modos de vida (Santos; Ceccim, 2018).

Todavia, pode-se concluir que o Brasil está na contramão na construção de uma política de drogas efetiva (Karam, 2017), tendo em vista que as questões debatidas nos remetem a visões preconceituosas, moralistas e descontextualizadas que, por vezes, possuem aceitação em segmentos políticos por desconhecimento do tema ou por tendências conservadoras (Bucher; Oliveira, 1994). Essas discussões persistem mesmo diante do reconhecimento de experiências exitosas, em vários países, com a descriminalização das drogas associadas as estratégias de redução de danos, conforme apresentado por Wiessing *et al.* (2017). Contudo, cabe destacar que, recentemente, no Brasil, a pauta sobre a descriminalização do porte de drogas para consumo pessoal está em discussão pelo Supremo Tribunal Federal (Angelo, 2023).

Nota-se que a proibição das drogas tornadas ilícitas propicia uma expansão do poder punitivo como forma de controle social – dos mais vulneráveis dentre produtores, comerciantes e consumidores de drogas proibidas – com consequente aumento da população carcerária. As violações dos direitos humanos são perceptíveis em convenções internacionais sobre drogas e na própria lei brasileira. Portanto, parte-se do pressuposto que para respeitar os direitos humanos, faz-se necessário o fim da proibição das drogas e, posteriormente, a sua regulamentação com controle da produção, comércio e consumo (Karam, 2017). Para além da legalização das drogas, em consonância com Paiva e Costa (2017), há a necessidade de uma transformação radical da ordem social, tendo em vista que a temática das drogas é utilizada como uma forma cruel para perpetuação do modelo societário vigente.

Há pouco, no decorrer de alguns meses do terceiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, observa-se alguns movimentos para atenuar os retrocessos vivenciados nos últimos anos no campo da saúde mental, quais sejam: a Portaria nº 757 (Brasil, 2023a) que revoga a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017; e a Portaria nº 660 (Brasil, 2023c) que institui a recomposição financeira de custeio para os CAPS’s habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, após 12 anos sem reajuste.

Diante dessa conjuntura, cabe destacar que defender uma perspectiva antiproibicionista reverbera em uma lógica de cuidado baseada no modelo da atenção psicossocial, a partir da proposta de redução de danos. Todavia, ao considerarmos as políticas públicas no campo das drogas, é importante atentar para as contradições nos modelos de cuidados vigentes, mediante a retomada de um paradigma de “guerra às drogas” e uma política de cuidado focada na doença em detrimento de práticas baseadas no modelo psicossocial (Teixeira *et al.*, 2017). Dessa forma, considera-se que o cenário brasileiro atual exige luta e resistência para não retroceder, ainda mais, do pouco que conseguiu avançar. Assim, faz-se necessário fortalecer movimentos coletivos de defesa aos direitos humanos para repensar estruturas naturalizadas e contribuir com a reorientação de políticas públicas direcionadas a esse público (Mendes *et al.*, 2019a; Paiva; Costa, 2017).

Nesse sentido, a partir de uma realidade que criminaliza a pobreza, ao contribuir para a vulnerabilidade e marginalização das pessoas que fazem uso de drogas, amparadas por políticas governamentais baseadas em modelos punitivos, classistas e racistas, nos questionamos: em que medida tais questões se articulam com as práticas de cuidados produzidas cotidianamente em relação aos sujeitos usuários de drogas e em situação de rua?

### 3 OS CUIDADOS EM SAÚDE: O USO DE DROGAS NO CONTEXTO DAS RUAS

Segundo uma revisão mundial sobre saúde mental, divulgada pela Organização Mundial da Saúde (2022), 283 milhões de pessoas tiveram transtorno por uso de álcool no ano de 2016 e 36 milhões tiveram transtorno por uso de outras drogas em 2019. Além disso, o mesmo estudo identificou que em todos os países, as pessoas pobres e, conseqüentemente, inseridas precariamente no âmbito da sociedade apresentam inúmeras barreiras para acessarem os serviços que oferecem práticas de cuidados em saúde.

Nessa mesma direção, algumas literaturas internacionais – realizadas em países economicamente desenvolvidos, como: Estados Unidos, Inglaterra e Canadá – também versam sobre as barreiras de acesso sofridas pela população em situação de rua – reconhecida por estar em situação de pobreza extrema. O estudo de Paudyal *et al.* (2021), ao identificar características demográficas e clínicas de pessoas em situação de rua, em um departamento de emergência na Inglaterra, constatou que condições relacionadas a álcool e outras drogas, bem como dor e lesões, constituem os motivos mais frequentes para a utilização dos serviços de emergência. Os autores destacam que a busca pelos dispositivos de emergência pode estar relacionada as barreiras enfrentadas, pelas pessoas em situação de rua, ao buscarem o cuidado em saúde, como: tratamento insuficiente do uso indevido de drogas, horários de funcionamento inadequados, fragmentação dos serviços e, até mesmo, casos de acesso negado pela atenção primária. O mesmo estudo constatou que a taxa de mortalidade das pessoas em situação de rua foi doze vezes maior do que a população em geral.

Moulin *et al.* (2018), em um estudo realizado nos Estados Unidos, na Califórnia, também verificaram que pessoas usuárias de drogas, em situação de rua e com cobertura de saúde pública – no caso, o programa Medicaid – eram mais propensas a serem usuários frequentes de prontos socorros em comparação com pessoas que tinham cobertura de acesso privado. Além disso, encontraram uma associação entre falta de moradia e visitas frequentes ao pronto socorro.

Tais achados podem ser corroborados na pesquisa de Gerber *et al.* (2020), realizada em Nova Iorque, também nos Estados Unidos, ao demonstrar que pacientes com entrada nas salas de emergência, por conseqüências do uso abusivo de álcool e outras drogas, têm maior prevalência de necessidades materiais relacionadas à saúde – em comparação aos que chegam por outros motivos – como: insegurança alimentar, incapacidade de suprir despesas essenciais, barreiras de custo para assistência médica, problemas de emprego e falta de moradia. Além disso, houve um aumento gradual e significativo nas chances de um consumo de drogas mais

prejudicial à medida que as necessidades materiais, relacionadas à saúde, aumentaram; e a falta de moradia, particularmente, foi a maior.

Segundo a pesquisa de Pribish *et al.* (2018), realizada em Tampa, Flórida, nos Estados Unidos, os principais problemas de saúde enfrentados pela população em situação de rua estão relacionados ao uso de tabaco e drogas ilícitas. Inclusive os autores destacaram que a população feminina apresentou mais morbidade do que a masculina, como por exemplo: taxas mais altas de anemia, doença obstrutiva pulmonar crônica e transtornos psiquiátricos de forma geral. Além disso, os aumentos da idade das pessoas estiveram associados a uma pior saúde. Dessa forma, observa-se uma grande carga de doenças que acomete as pessoas em situação de rua. Inúmeras barreiras de acesso a saúde foram identificadas por pessoas em situação de rua e, com isso, esse grupo utiliza menos os serviços preventivos de saúde. O estudo demonstrou que o governo possui um dispêndio maior de recursos financeiros destinados aos recursos médicos, de pronto-socorro e hospitalização, para as pessoas em situação de rua com problemas de saúde, do que se investissem em ações preventivas voltadas para medidas permanentes de apoio a moradia para esse público. Todavia, é necessário considerar a necessidade de programas de saúde, para tratamento de uso de drogas e específicos a saúde da mulher, que sejam mais acessíveis para essa população.

O estudo de Snyder *et al.* (2021) identifica que as pessoas que usam drogas enfrentam barreiras significativas relacionadas a estabilidade de moradia. Nesse sentido, os autores sinalizam que a moradia estável pode estar relacionada positivamente a continuidade de cuidado integral em saúde e, além disso, reforçam que os programas de transferência de renda são insuficientes para lidarem com a habitação precária dessas pessoas. De forma semelhante, o estudo de Gentil, Grenier, Bamvita e Dorvil (2019), ao analisar os perfis de qualidade de vida da população em situação de rua, identificou que indivíduos que vivem em moradias permanentes e possuem acesso a programas que integram subsídios financeiros, gerenciamento de casos e uma filosofia de redução de danos adaptada às necessidades individuais, apresentaram níveis mais altos de qualidade de vida em comparação aos indivíduos que vivem em abrigos de emergência ou habitação temporária.

Considerando a necessidade de integração dos cuidados a partir da junção de diferentes políticas públicas, principalmente no que tange a articulação entre saúde e assistência social, alguns estudos internacionais, realizados no Canadá e Estados Unidos, citam a importância do desenvolvimento de programas habitacionais permanentes (Gentil; Grenier; Bamvita; Fleury; 2019; Gentil; Grenier; Bamvita; Dorvil, 2019; Pribish *et al.*, 2018; Snyder *et al.*, 2021). Entre os citados, destaca-se o programa “Housing First” – mencionados em estudos desenvolvidos

no Canadá e Portugal – que oferece acesso direto à habitação permanente, com subsídio de aluguel, para as pessoas em situação de rua (Fuertes *et al.*, 2021; Gentil; Grenier; Bamvita; Fleury, 2019; Gentil; Grenier; Bamvita; Dorvil, 2019). Contudo, os estudos analisados não aprofundaram especificamente nos programas habitacionais, portanto não se sabe quais os critérios utilizados para a oferta da moradia e se os sujeitos possuem alguma autonomia nesse processo, como: onde morar, em quais condições, se poderiam residir sozinhos ou em grupo, entre outras questões que podem sinalizar se os sujeitos ocupam, ou não, o lugar de protagonistas no processo de cuidado.

O estudo de Gentil, Grenier, Bamvita e Fleury (2019), realizado no Canadá, aprofundou em outros fatores que devem estar relacionados ao programa “Housing First”, como a continuidade do cuidado nos serviços comunitários e o gerenciamento de caso. Ao avaliar a satisfação das pessoas em situação de rua em relação aos cuidados ofertados pelos serviços de saúde comunitários, cita a necessidade de um “gerente de caso” como uma forma de apoio para garantir a continuidade dos cuidados e facilitar o acesso aos serviços públicos. O mesmo estudo mostra que pessoas que residem em moradias permanentes e possuem um “gestor de caso”, têm mais acesso a fontes regulares de cuidado e mostram um nível de satisfação mais alto com os serviços de saúde. A melhora da qualidade de vida e maior rede social, também, estiveram associadas aos fatores facilitadores que influenciam a satisfação dos usuários. Além disso, os autores ressaltam a necessidade de uma maior integração dos programas de atenção primária com os serviços especializados, visando a melhoria do acesso e continuidade do cuidado prestado.

Diante desse resultado, observa-se a importância das redes sociais para o aumento da qualidade de vida dos sujeitos. O estudo de Peiter *et al.* (2018) apontou a necessidade do reconhecimento das territorialidades, identificação dos fluxos, cenas de uso e outras apropriações do espaço como essenciais para viabilizar as redes informais de apoio que se constroem no cotidiano. Tendo em vista que as formas de organização diárias são variadas, como alguns usuários que recebem ofertas de alimentos e outros que comem o que é encontrado no lixo; uns que tomam banho diariamente, fazem higiene pessoal e lavam roupas em torneiras públicas ou canos com vazamentos, e outros que abandonam o cuidado com o corpo. Assim, de forma mutável, são construídos novos arranjos e redes como estratégias para enfrentarem os desafios da vida nas ruas. Tal entendimento, pode ser importante para subsidiar as políticas públicas com ações de atenção integral para à população em situação maiores vulnerabilidades social, econômica e política. Contudo, o estudo demonstrou que, muitas vezes, as redes informais de apoio social, das pessoas em situação de rua, são invisíveis para os gestores

públicos e profissionais (Peiter *et al.*, 2018). Além disso, cabe destacar um agravante, as pessoas são aceitas ou não socialmente a depender das substâncias que utilizam, e isso impacta diretamente nas suas redes de suporte sociais, conforme apontado no estudo de Brown *et al.* (2019), realizado com jovens em situação de rua, em Los Angeles.

Considerando toda essa diversidade da população em situação de rua com suas mais variadas estratégias de sobrevivência, outros achados internacionais (Brown *et al.*, 2019; Gentil; Grenier; Bamvita; Dorvil, 2019; Gerber *et al.*, 2020; Koopmans *et al.*, 2019; Paudyal *et al.*, 2021; Pribish *et al.*, 2018) reforçam a necessidade de programas específicos adaptados aos diversos perfis desse público. Nesse sentido, é importante destacar a potência das Equipes de Rua apresentadas em diversos estudos, nacionais e internacionais, como capazes de adequar a uma população cada vez mais heterogênea (Araújo; Schramm, 2017; Bombonatti *et al.*, 2022; Engstrom; Teixeira, 2016; Lo *et al.*, 2021).

Outras práticas de cuidados direcionadas aos sujeitos usuários de drogas em situação de rua, na literatura internacional, foram realizadas durante a pandemia de COVID-19 e merecem ser descritas por terem potencial de replicação para além do período pandêmico. Como um estudo realizado na Califórnia, Estados Unidos, que discutiu os resultados de um programa de telessaúde diante da colisão entre as mortes por COVID-19 com os óbitos por overdose de opioides. O programa fora criado para reduzir barreiras de acesso ao tratamento de pessoas com transtorno por uso de opioides, que utilizavam de abrigos ou estavam em situação de rua, e foram contaminadas por COVID-19. Com esse propósito, foram disponibilizados quartos de hotéis financiados pelo poder público. Concomitante, fora associado um programa por telefone para fornecer assistência imediata com atendimento clínico direto, com foco na expansão do acesso à buprenorfina. Cabe destacar que, nas enfermarias com cerca de 30 a 50 pacientes, o uso de álcool, cigarro e outras drogas não foram proibidos; contudo, ações minimizadoras como troca de agulhas foram sugeridas. Para tanto, foram realizadas parcerias com farmácias para a entrega das medicações, durante o horário comercial, através de prescrições eletrônicas ou por telefone, e entrega gratuita – geralmente, no mesmo dia. Caso houvesse falta do plano público, o seguro de São Francisco cobria os gastos. Com os resultados obtidos, os autores deixam claro que algumas mudanças legais devem permanecer para além da emergência de saúde pública do COVID-19 (Mehtani *et al.*, 2021).

O estudo de Tofighi *et al.* (2022), realizado em Nova Iorque, também avaliou os impactos dos cuidados baseado em telemedicina, videoconferências e contatos telefônicos. Constatou-se o aumento do acesso ao tratamento em pessoas com histórico de envolvimento limitado aos cuidados para a dependência de opioides. No entanto, a pesquisa também destaca

alguns desafios da utilização de tecnologias remotas no cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade social, como: altas taxas de rotatividade de celulares e números de telefone, bem como a falta de acesso à internet entre populações com baixa renda e rurais.

De forma semelhante, outra pesquisa, realizada na Inglaterra, também demonstrou os desafios do suporte remoto durante a pandemia de COVID-19. Mesmo com a disponibilização dos aparelhos telefônicos, além da falta de acesso à internet, os indivíduos experimentaram problemas com roubos e falta de habilidade digital. Ademais, algumas barreiras de acesso aos serviços foram identificadas no decorrer da pandemia – mas que podem ser identificadas em períodos anteriores pelas pessoas usuárias de drogas em situação de rua – como: atendimentos de saúde mental somente em horários comerciais, falta de flexibilidade dos serviços, descontinuidade do cuidado devido à alta rotatividade dos profissionais, aumento das listas de espera, requisitos em torno dos encaminhamentos de referência e não atendimento aos critérios de elegibilidade em torno de estar suficientemente doente para ser atendido. Com isso, as pessoas sentiram que os serviços não atendiam as suas necessidades, principalmente na compreensão da relação entre saúde mental e abuso de substâncias psicoativas. Todavia, duas alternativas para contornar as problemáticas foram desenvolvidas e merecem destaque. A primeira, inclui abordagens lideradas por pessoas com experiências similares ou apoiadas, por essas pessoas, dentro dos serviços – fato que ajuda os dispositivos a refletirem sobre as necessidades complexas enfrentadas pelas pessoas em situação de rua com problemas de saúde. A segunda, foi dar ao sujeito as escolhas para o seu cuidado, ou seja, promover um envolvimento dos mesmos nas tomadas de decisões e os capacitarem para serem protagonistas em seus cuidados. Tais oportunidades, para melhorar a prestação dos serviços, podem ser consideradas independentemente do tempo e austeridade da crise (Adams *et al.*, 2022).

Outro exemplo é a resposta de Lisboa à COVID-19, com intervenções baseadas na proposta de redução de danos para pessoas em uso de drogas que utilizavam de abrigos de emergência. Apesar da robusta rede de serviços de redução de danos em Lisboa, como equipes de rua, programas de fornecimento de agulhas e seringas, terapias de substituição de opioides e uma sala móvel de consumo de drogas, não se sabia se as pessoas conseguiriam deslocar até os serviços ou se esses seriam capazes de manter as suas atividades. Assim, foram criados abrigos de emergência, três dias antes da declaração do estado de emergência na capital. Cabe destacar que nesse período fora observado um aumento no consumo de álcool e benzodiazepínicos, talvez, devido a disponibilidade e pureza reduzidas de outras drogas, interrupção temporária de heroína por toda a Europa e mudanças do preço da cannabis em Portugal (Fuentes *et al.*, 2021).

Nos serviços disponibilizados em Lisboa, a gestão era compartilhada com organizações governamentais e não governamentais, alguns colaboradores eram do conselho da cidade; ou seja, houve uma participação e envolvimento da comunidade, através de assembleias a cada duas semanas para discussão dos problemas e votação das soluções. Além disso, a equipe dos serviços era composta também por pessoas com experiência de uso pessoal de drogas e isto ajudou na aproximação de pacientes. Algumas pessoas que ficavam nos abrigos, foram transferidas para moradias de longo e médio prazo. Lisboa já era contemplada com o programa municipal “*Housing First*” que visa acolher pessoas em situação de rua, tendo como alvo os que usam drogas e aqueles com problemas de saúde mental. Cabe destacar que algumas estratégias de cuidado foram desenvolvidas durante a pandemia e tiveram um rápido progresso, como a oferta para o tratamento de álcool que poderia ser solicitado por enfermeiros, e não somente médicos, nas salas moveis para consumo de drogas. O estudo concluiu que responder as vulnerabilidades enfrentadas pela população marginalizada é importante para garantir a continuidade do cuidado prestado e dar acesso aos novos serviços que venham necessitar. Tais estratégias abrem uma discussão para manutenção na disponibilização desses serviços mesmo após a pandemia (Fuentes *et al.*, 2021).

As literaturas internacionais, descritas nesta seção, tiveram como objetivo apresentar um cenário mais global das práticas de cuidados direcionadas as pessoas usuárias de drogas em situação de rua e, portanto, não há a intenção de sugerir replicações descontextualizadas para o cenário brasileiro. Entende-se que o Brasil possui suas particularidades, enquanto um país latino-americano, e, portanto, cabe apresentar as suas práticas de cuidado a partir do entendimento de um processo sócio-histórico.

Em relação ao contexto brasileiro, o uso de drogas está entre as principais motivações apontadas para a situação de rua (Brasil, 2023d). Como agravante, o uso problemático de álcool e outras drogas, no contexto das ruas, foi apresentado como um obstáculo para acesso dos usuários aos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2021; Wijk; Mângia, 2017; Ximenes *et al.*, 2021). Nesse sentido, existe uma preocupação com o baixo índice de procura e de acesso aos dispositivos da rede pública, principalmente por esse grupo que faz uso de substâncias psicoativas (Oliveira *et al.*, 2021; Rui, 2021; Vale; Vecchia, 2019; Vale; Vecchia, 2020; Wijk; Mângia, 2019; Ximenes *et al.*, 2021). O termo ‘acesso’, de forma geral, diz respeito ao nível de facilidade das pessoas em conseguirem atendimento em saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

Mesmo nos serviços de saúde, observa-se a associação de altos processos discriminatórios com as consequentes barreiras de acesso sofridas pela população em situação de rua, representando uma clara violação de direitos humanos ao considerar a universalidade,

equidade e integralidade do SUS. Por vezes, ao invés de serem espaços de acolhimento, tornam-se espaços de opressão (Moura Júnior *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2021; Ximenes *et al.*, 2021). Uma situação que propicia a busca por cuidado em saúde apenas em situações de urgência e emergência (Esmeraldo Filho; Ximenes, 2022; Oliveira *et al.*, 2021; Vale; Vecchia, 2019).

Observa-se uma ambivalência entre o uso de álcool e outras drogas nas ruas. Ao ser utilizado para minimizar as vulnerabilidades diárias, como as dores físicas e emocionais, pode ser considerado um fator de proteção. Em contrapartida, pode ser associado como fator de risco, quando se trata de um padrão abusivo, com ausência de controle sobre o consumo, por comprometer cuidados básicos com a saúde (Oliveira *et al.*, 2021; Vale; Vecchia, 2019).

Além disso, observa-se uma questão mais ampla em torno do consumo de drogas, qual seja, o efeito químico da substância sendo moldado pelas relações sociais. Apresenta-se, assim, diferentes modos de uso das drogas e suas significações (Adorno *et al.*, 2013). Rui (2006) corrobora tal questão ao analisar três grupos, de diferentes segmentos sociais, que trazem modos singulares de se relacionar com as ‘drogas’. A autora conclui que a relação com a droga pode ser nomeada, anunciada, formatada e praticada de diferentes formas a depender das particularidades dos ‘corpos’ mediados por um contexto sócio-histórico. Assim, os efeitos são sentidos a partir de um lugar específico e, quando se trata das ruas, a droga pode ser a centralidade na vida da maioria das pessoas.

Para tanto, faz-se necessário considerar os movimentos dos sujeitos em nossa sociedade a fim de propormos uma integralidade no processo de cuidado que esteja, de fato, atenta as necessidades dessas pessoas (Machado *et al.*, 2006). A partir disso, torna-se possível múltiplos processos de mudança, em toda a rede assistencial, capazes de contemplar outras formas de tratamento potentes e emancipadores, com capacidade de transformar as relações sociais existentes nos serviços de saúde, ao considerar a pluralidade da realidade inerente à dinâmica social (Machado *et al.*, 2006; Merhy; Franco, 2003).

Dessa forma, compreender sobre o cuidado em saúde, ofertado para as pessoas em situação de rua, envolve analisar a complexidade da macroestrutura social e dos serviços que, por vezes, ao invés de ofertarem apoio, transformam-se em agentes de acusação. Portanto, problematizar sobre as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, dirigidas a esse público, envolve considerar os mecanismos de poder e as perversidades do sistema capitalista presentes em nosso cenário brasileiro. Dar visibilidade às conexões entre pobreza, uso de drogas e saúde, permite-nos avaliar como as forças estruturais são incorporadas nas experiências individuais desses sujeitos (Adorno *et al.*, 2013; Wijk; Mângia, 2019).

As discussões de Wijk e Mângia (2019) identificaram que, apesar dos serviços de saúde influenciarem positivamente as ações intersetoriais, existem fatores que limitam as suas ações e prejudicam o acesso da população em situação de rua. De forma geral, foram apresentados aspectos, como: requisições burocráticas, através da exigência de documentos pessoais; solicitação de acompanhantes para internação ou atendimentos; atuação da rede por meio de contatos pessoais, sem fluxos instituídos; poucas ações desenvolvidas na rua; divergência nas práticas em relação ao cuidado, sendo que uns setores atuam de forma a promover a autonomia e outros de maneira autoritária e impositiva, o que desdobra, por vezes, na institucionalização dos usuários; dificuldades pessoais dos próprios profissionais ao se depararem com situações de intenso sofrimento, o que pode levar ao estigma e à discriminação na prestação de cuidados; pouca participação das pessoas em situação de rua acerca do seu próprio tratamento, prevalecendo posturas verticalizadas e o poder técnico. No mesmo estudo, as autoras sinalizam um número reduzido de estudos que tratam sobre tal problemática, principalmente em relação ao cuidado ofertado pelos serviços especializados, como os CAPS.

De forma geral, vários estudos demonstram as violações de direitos humanos sofridas pelas pessoas em situação de rua, como, por exemplo, o estudo de Ximenes *et al.* (2021), que, ao apresentar uma discussão em torno de apoio social frente as dimensões de saúde, direitos humanos e subjetiva, identifica a baixa frequência de busca de apoio social direcionada ao CAPS. Na dimensão de direitos humanos, os participantes relataram que 53,3% sofreram algum tipo de discriminação em serviço público e o CAPS apresentou uma maior média, como fonte de apoio, entre os indivíduos que já haviam sofrido tal discriminação. O mesmo estudo, identificou uma correlação positiva e significativa entre aumento da média de vergonha e humilhação e aumento da busca por apoio social no CAPS, por outras pessoas em situação de rua.

Esmeraldo Filho (2021) corrobora a ideia de que as pessoas em situação de rua, que fazem uso de drogas, estão mais vulneráveis às diferentes expressões da violência de Estado, assim como as experiências de humilhação, vergonha e outras formas simbólicas de violência e deslegitimação como sujeitos. Questões intimamente relacionadas a perspectiva moralista e punitiva para tratar a temática mais como uma questão de segurança pública, em detrimento à oferta de ações e políticas de cuidado.

Talvez por esses motivos, observa-se no Brasil o autotratamento como principal forma de cuidado em situação de rua, assim como a automedicação e o uso da medicina popular como formas de recuperação da saúde. Assim, evidencia-se a negação do direito à saúde como reflexo dos cenários de exclusão social, vivenciada por essa população (Vale; Vecchia, 2019; 2020).

Situação destacada em uma pesquisa, realizada no município de Fortaleza – Ceará, ao descrever o relato de um entrevistado que afirma ser bem atendido nas unidades de saúde somente se for acompanhado de algum profissional da rede socioassistencial e, em decorrência disso, a busca pelo atendimento em saúde acontece apenas nos momentos de urgência. Portanto, conclui-se que é preferível ficar doente nas ruas do que sofrer discriminação nos serviços públicos (Esmeraldo Filho; Ximenes, 2022). Assim, observamos que as diretrizes do SUS e as políticas de saúde mental não garantem a efetivação do cuidado integral às pessoas em situação de rua (Vale; Vecchia, 2019; Wijk; Mângia, 2017). Apesar da população em situação de rua sofrer de forma mais acentuada os atravessamentos biopolíticos na saúde, observa-se que a população, de uma forma geral, também apresenta vivências de humilhação nos serviços de saúde (Estanislau; Ximenes, 2016).

Em relação a necessidade de um cuidado integral para a população em situação de rua, cabe destacar a implementação do programa De Braços Abertos (DBA), no ano de 2014, conduzida pela Prefeitura Municipal de São Paulo, no governo de Fernando Haddad. O programa foi desenvolvido no Bairro da Luz, região conhecida como “Cracolândia” devido à grande concentração de pessoas em situação de rua, miséria e, também, consumidores de crack. O DBA ofereceu acomodações em quartos de hotéis (em troca da demolição das barracas), alimentação, oportunidades de trabalho e renda em serviços municipais, além da mediação para acesso a serviços da rede de saúde. Tudo isso sem exigir a abstinência do uso de drogas. O trabalho foi, majoritariamente, bem avaliado pelos seus participantes que desejavam a continuidade do programa. As propostas implementadas resultaram na diminuição geral do consumo problemático de crack, além de impactos positivos na vida dessas pessoas (Rui *et al.*, 2016). Todavia, em 2017, o programa foi oficialmente extinto com a posse de um novo prefeito municipal, João Doria, a favor de práticas repressivas e higienistas (Mendes, *et al.* 2019b).

No estudo de Coldibeli *et al.* (2023), ao refletir sobre a relação entre os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua e os serviços de saúde e de assistência social, torna-se evidente que os caminhos e movimentos realizados pelas mulheres, na busca pelo cuidado em saúde, extrapolam uma visão reducionista de saúde baseada em um cuidado restrito ao campo biológico e farmacológico. Para os autores, existem modos de produções de vida singulares – se misturam aos modos de produção de saúde – que precisam ser abarcados e compreendidos pelas redes de cuidado (Coldibeli *et al.*, 2023). Sob essa perspectiva, a integralidade do cuidado em saúde ganha especial relevância ao pensarmos nas “linhas do cuidado” – acionadas nos Projetos Terapêuticos Singulares que colocam, no centro da discussão, os sujeitos (Merhy; Franco, 2003).

Assim, considerando a necessidade de compreensão dos diferentes movimentos e produções realizadas pelas pessoas, cabe destacar a potência do trabalho das Equipes de Consultório na Rua (eCnR) no cenário brasileiro (Araujo; Schramm, 2017; Engstrom; Teixeira, 2016; Nery Filho; Flach, 2017). A eCnR integra o componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial, definida pela Portaria nº 122 (Brasil, 2011a). Caracteriza-se pelo seu trabalho itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas com outros pontos da rede, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações integrais de saúde para as pessoas em situação de rua (Brasil; 2011a). Tal política pública foi fruto do Consultório de Rua, inaugurado em 1999, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Serviço Especializado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, pelo Prof. Antônio Nery Filho (Nery Filho; Flach, 2017). A eCnR funciona mais por princípios do que por metas quantitativas, pois oferta um apoio existencial aos sujeitos usuários de drogas em situação de rua. Os cuidados realizados por essa equipe dificilmente são estabelecidos previamente, tendo em vista que o caminho é sempre realizado junto com as pessoas e, portanto, trata-se de um serviço que se reinventa a cada vida que encontra (Araújo; Schramm, 2017). Dessa forma, entende-se que a atuação da eCnR, em territórios dinâmicos e vulneráveis, são potentes ao favorecer o acesso das pessoas até outros dispositivos da rede, construir vínculos e prover um cuidado integral na perspectiva da redução de danos e da clínica ampliada para os sujeitos atendidos (Engstrom; Teixeira, 2016).

Cabe destacar que essas práticas de cuidados comunitários tiveram os seus processos de trabalho perpassados pela crise sanitária produzida pela pandemia de COVID-19 no Brasil e que, inclusive, englobou a fase inicial da presente pesquisa. O estudo, desenvolvido por Rui *et al.* (2021), propôs sistematizar algumas publicações realizadas pelas ciências humanas, no período de março a junho de 2020, diante da grande quantidade de respostas intelectuais a pandemia do Sars-Cov-2. A pesquisa evidencia a expressiva presença de análises que problematizam os impactos da COVID-19 nos grupos mais marginalizados, como é o caso das comunidades rurais, negras, quilombolas, indígenas, pessoas privadas de liberdade e aqueles em situação de rua. No contexto brasileiro, percebe-se que as consequências foram agravadas pela ausência de políticas públicas adequadas, associadas a desigualdade, autoritarismo, precarização de direitos e políticas de morte do ex-presidente Jair Bolsonaro. Salienta-se, por exemplo, que a implementação de uma política geral de isolamento social não faz muito sentido em determinadas situações, como é o caso das pessoas que estão em situação de rua. Então, apesar da pandemia ser uma doença em escala global, faz-se necessário observar de forma

particular os seus efeitos, pois o vírus afeta desigualmente as populações, ou seja, materializa-se no corpo individual de cada um a partir de determinados contextos situados (Rui *et al.*, 2021).

O Brasil denotou um cenário bem diferente, dos demais países apresentados nas literaturas internacionais, ao apresentar uma crescente disparidade social diante do negacionismo e desinteresse do governo federal em articular um plano nacional para contenção da disseminação do vírus. Apesar de cada estado ter elaborado seu próprio decreto, de forma geral, as ações práticas observadas foram orientações de um isolamento social rígido com fechamento de comércios e limitação da circulação em espaços públicos. Nesse contexto de economia paralisada, desemprego em alta e um auxílio emergencial incapaz de atender as demandas da população, muitas pessoas perderam os seus empregos, ficaram sem renda e sem condições de sustentarem suas famílias. Dessa forma, observou-se um quantitativo maior de pessoas em situação de rua que perderam suas condições de subsistência durante a pandemia e permaneceram expostas a um maior risco de contaminação nas ruas (Figueiredo Neto, 2022).

No que tange especificamente a população em situação de rua, pode-se considerar que os grupos com as ‘marcas da sujeira’ foram associados a contaminação e ao contágio, no decorrer do período pandêmico. Dessa forma, a exclusão foi acentuada para quem estava suportando um processo de viver às ruas, por vezes, carregado pela ausência diária de higiene, banho, proximidade corporal com animais e insetos, vivência próxima ao chão e aos lixos urbanos que, por si só, geram um caráter repulsivo em uma parcela considerável da sociedade. Pode-se concluir que as marcas da sujeira estão, por vezes, intimamente relacionadas ao precário acesso aos serviços socioassistenciais, bem como as interdições a banho e banheiro por esses locais (Rui, 2021). Assim, a vulnerabilidade associada a população em situação de rua, principalmente nos dias atuais, evidencia a necessidade de políticas públicas mais efetivas e contextualizadas, muito além da orientação de lavagem de mãos e isolamento (Rui *et al.*, 2021). Contudo, observa-se o descaso dos governos e o favorecimento das mortes dos indesejáveis sociais (Dimenstein *et al.*, 2020; Rui *et al.*, 2021; Seixas *et al.*, 2021).

Com a mudança do Governo Federal, a partir do ano de 2023, observa-se alguns progressos no que tange a tentativa de construção de políticas públicas direcionadas aos cuidados das pessoas em situação de rua. Em julho do ano de 2023, o ministro do Supremo Tribunal Federal, Alexandre de Moraes, determinou algumas medidas importantes ao considerarmos a efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, quais sejam: os executivos municipais e distrital deverão realizar um diagnóstico pormenorizado com a indicação do quantitativo de pessoas em situação de rua por área geográfica, quantidade e local das vagas em abrigo, e capacidade de fornecimento de alimentação; exigência de um plano

de ação e monitoramento do Poder Executivo Federal no prazo de 120 dias; proibição do recolhimento forçado de bens e pertences dessas pessoas, inclusive determinou que os entes federais, estaduais e municipais devem garantir a segurança pessoal e dos respectivos bens; vedação das práticas de arquitetura hostis nas cidades com o objetivo de impedir a permanência das pessoas nas ruas, através da regulamentação da Lei Padre Júlio Lancellotti; proibição do transporte e remoção compulsória dessas pessoas para abrigos e outros locais; etc. As ações denotam uma tentativa de garantir os direitos básicos das pessoas em situação de rua, bem como a adesão formal das diretrizes contidas no Decreto Federal nº 7.053/2009 (Medida Cautelar, 2023).

Outro avanço, que merece destaque, é a Portaria nº 383 (Brasil, 2023b) que institui a campanha Inverno Acolhedor, nas capitais do Sul e Sudeste do país, com o objetivo de prevenir o adoecimento e óbitos das pessoas em situação de rua; estimular as ações, voltadas ao acolhimento, no campo da assistência social nos municípios; e promover ações de orientação dos cuidados em saúde, bem como do funcionamento das redes de serviços especializados no atendimento deste público (Brasil, 2023b). Além disso, cabe destacar o “Plano Ruas Visíveis”, coordenado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, que visa a promoção de ações voltadas às pessoas em situação de rua com a previsão de um orçamento inicial de quase R\$ 1 bilhão. O destaque do plano é o “Programa Moradia Cidadã” com vistas à superação da situação de rua (Brasil, 2023e).

De qualquer forma, há a necessidade de avaliar como as políticas públicas, destinadas a população em situação de rua, são efetivadas nas práticas de cuidados ofertadas pelos serviços públicos (Moura Júnior *et al.*, 2013; Ximenes *et al.*, 2021). A escassez de literatura sobre o assunto foi apontada em algumas pesquisas (Oliveira *et al.*, 2021; Vale; Vecchia, 2019; Wijk; Mângia, 2017; 2019). Além disso, torna-se importante responder aos desafios de um mundo que foi, drasticamente, alterado pela pandemia global, sobretudo na tentativa de diminuirmos a repulsa e aumentarmos a indignação (Rui *et al.*, 2021).

As discussões tecidas até aqui apontam para a complexidade que envolvem as práticas de cuidados direcionadas aos sujeitos usuários de drogas em situação de rua. Visto que, a todo momento, estão perpassadas por diferentes produções de vida atravessadas por privações, desigualdades e negativas vivenciadas cotidianamente em meio ao modo de sociabilidade capitalista. Assim, a partir de uma perspectiva de “cuidados de vida”, há uma chance de abarcar as necessidades complexas apresentadas por esses sujeitos no contexto das ruas.

De acordo com Contatore *et al.* (2017, p.554), “[...] a palavra cuidado é etimologicamente originária da palavra latina *cogitatus*, que significa meditado, pensado e refletido.”. E na língua portuguesa remete a “[...] atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou a algo, objeto ou pessoa deste desvelo, encaro, incumbência, responsabilidade, lida, trabalho, ocupação.”. Portanto, o próprio conceito remete a uma dimensão social ao deixar implícita a interação entre sujeitos em uma relação de ajuda. Assim, os autores identificam que não existe uma única e melhor forma de cuidado - mas uma multiplicidade de cuidados que se complementam e não são exclusivos do campo da saúde, pois abrangem relações sociais e culturais para sua efetivação. Nesse sentido, os autores propõem uma abordagem sociológica dos cuidados que buscam a emancipação dos sujeitos como portador de seu próprio cuidado.

Dessa forma, para a presente pesquisa, em concordância com Merhy e Franco (2003), utiliza-se de uma perspectiva de cuidado fundamentalmente baseada no caráter relacional. Os autores destacam a importância da hegemonia de produções de saúde do próprio sujeito no encontro/na relação com o profissional e, a partir disso, a possibilidade dele próprio ser protagonista de atos cuidadores e geradores de autonomia para viver a vida. Nesse sentido, o processo de cuidado implica a responsabilização mútua, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a sustentação do princípio da integralidade na assistência. A partir desse ponto de vista, verifica-se a necessidade de superar um cuidado capturado pela lógica instrumental e prescritiva de produção da saúde, além do modelo médico hegemônico.

Por este ponto de vista, esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a coprodução dos cuidados em relação às pessoas em situação de rua usuárias de drogas, no município de Barbacena - MG. Para tanto, busca-se responder a algumas perguntas norteadoras no que tange as demandas e produções de cuidados, bem como a reflexão sobre os cuidados ofertados por um serviço especializado. O objetivo geral da pesquisa é compreender a coprodução dos cuidados com os sujeitos usuários de drogas em situação de rua. Os objetivos específicos são: refletir sobre os cuidados ofertados pelo CAPS AD III a partir dos relatos dos sujeitos usuários de drogas em situação de rua; compreender as demandas de cuidado em saúde dos sujeitos em situação de rua, considerando os sentidos e práticas do consumo de drogas; analisar as diversas formas de cuidados produzidos pelos sujeitos usuários de drogas em situação de rua.

#### 4 ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa que utilizou da combinação das seguintes estratégias para a construção dos dados: observação participante (OP), confecção do diário de campo e entrevistas narrativas. Em relação a escolha da abordagem da pesquisa, assumo concordância com Minayo (2002) ao entender que a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, atitudes e valores, ou seja, corresponde a um aspecto mais profundo das relações que não podem ser reduzidos a dados quantificáveis.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, primeiramente realizamos um levantamento das ações ofertadas, pelo CAPS AD III, para as pessoas em situação de rua, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2022. Assim, fez-se necessário várias visitas ao local e a contribuição de um profissional do administrativo para coleta dos dados disponíveis no sistema interno da referida instituição. A escolha por avaliar esse serviço adequa-se aos objetivos da pesquisa, pois o mesmo caracteriza-se como um local de cuidado especializado para os sujeitos em uso prejudicial de drogas (Brasil, 2012a) e que, quando associados com a experiência de vivência nas ruas, compõe o público-alvo desse estudo. Cabe destacar que os dados foram apenas para contextualizar um dos objetivos específicos da pesquisa.

Inicialmente, pensou-se em utilizar como critério para a delimitação dos participantes da pesquisa os sujeitos que haviam permanecido em hospitalidade noturna no CAPS AD III – identificados através do levantamento supracitado. Almejou-se esse critério de seleção por esta modalidade de cuidado representar uma possibilidade de acompanhamento contínuo, diurno e noturno, no serviço. Geralmente, os usuários em maior gravidade, das condições de saúde e vulnerabilidade social, optam por esse tipo de acompanhamento. Eles podem permanecer até catorze dias seguidos em acolhimento noturno durante o mês (Brandão *et al.*, 2018; Brasil, 2012a). Portanto, considera-se que esses sujeitos estiveram mais expostos aos cuidados ofertados pelo CAPS AD III e, a partir disso, acreditou-se na possibilidade de ampliação dessa rede de cuidado através de articulações intersetoriais com os demais serviços socioassistenciais. Todavia, para a observação participante, não conseguimos utilizar esse critério para seleção dos sujeitos que serão descritos abaixo. Somente para as entrevistas narrativas, entre os quatro sujeitos entrevistados, foi possível selecionar três usuários que já haviam experienciado, por diversas vezes, o cuidado ofertado pelo CAPS AD III e, inclusive, possuíam um vasto histórico de acolhimento noturno na instituição há alguns anos.

No que tange a observação participante, objetivou-se localizar e aproximar dos sujeitos em situação de rua. Inicialmente, em conjunto com a eCnR e, após algum tempo, sem o

acompanhamento dos profissionais. A vinculação inicial com a equipe de saúde foi pensada a fim de favorecer a entrada no território, facilitar o contato e familiarizar com as pessoas que vivem nas ruas de forma geral. Os encontros foram realizados, comumente, de forma semanal, no período entre agosto de 2022 a março de 2023. No total, foram realizados 20 encontros, sendo 13 realizados em período diurno e 7 durante à noite; perfazendo uma média de 62 horas de observação participante.

Apostamos, inicialmente, na formação de vínculos, tanto com sujeitos em situação de rua quanto com profissionais, ao circular por outros serviços institucionais e informais do município pesquisado, como: o Núcleo de Apoio ao Cidadão de Rua, vinculado a Secretaria de Assistência Social com função de ofertar acolhimento diurno e noturno, além de banho e refeições para as pessoas em situação de rua; o Projeto Pão e Beleza, vinculado à igreja católica, que oferta alimentação, banho, cortes de cabelo e barba duas vezes por semana; e o CAPS AD III, vinculado a Secretária de Saúde, que tem como objetivo a oferta de cuidados especializados para as pessoas em uso prejudicial de drogas.

Dessa forma, a segunda etapa da pesquisa assume conformidade com Neto (2002) ao compreender que a observação participante se dá pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, a fim de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Assim, torna-se possível captar informações que não são possíveis somente pelo meio de perguntas.

Ao entender que o campo de pesquisa é um elemento a mais para a investigação (Fernandes; Moreira, 2013), a observação participante foi realizada com o intuito de compreender a realidade vivenciada pelas pessoas em situação de rua e favorecer o compartilhamento de experiências. A ambientação com o contexto de cada pessoa, teve como objetivo a criação de vínculo entre pesquisador e sujeitos. Fernandes e Moreira (2013) consideram que a apreensão do conhecimento só se torna possível a partir da intensificação da relação do investigador com os sujeitos pesquisados.

Nesse sentido, a observação total, neutra e isenta de “viés” não é possível porque, pela interatividade com os sujeitos e campo de pesquisa, o pesquisador influencia e é influenciado, pode modificar e é modificado pelo contexto. Todavia, cabe a ele próprio realizar uma reflexão crítica desses papéis e seus desdobramentos no decorrer da pesquisa. Portanto, a observação participante advém da tríade: participação do pesquisador, ação dos sujeitos observados e situação contextual (Fernandes; Moreira, 2013; Minayo, 2002).

Para a construção de dados, que foram possíveis a partir da observação participante, o diário de campo foi utilizado como recurso a fim de registrar às impressões sobre os campos da

pesquisa, desde os primeiros contatos, sempre que necessário. Na presente pesquisa, quando um trecho do diário de campo é utilizado, usa-se a sigla DC e a data da realização daquela observação. Os relatos foram frutos dos encontros com as pessoas em situação de rua e com profissionais das redes de saúde e de assistência social do município. De acordo com Neto (2002) e Vieira (2001), o diário de campo permite ao pesquisador anotar suas percepções, questionamentos, informações, angústias e recuperar com precisão os acontecimentos passados que, de outro modo, passariam despercebidos. Além disso, possibilita a redefinição de práticas e ações após uma reflexão crítica sobre tais eventos.

A terceira etapa é caracterizada pela entrevista com os sujeitos usuários de drogas em situação de rua. As entrevistas narrativas foram utilizadas como estratégia da pesquisa por possibilitar compreender às demandas, produções e ofertas dos cuidados no que tange ao consumo de drogas. Tal abordagem foi realizada somente com os sujeitos que, durante a observação de campo, estiveram dispostos a compartilhar suas experiências. Cabe destacar que foram priorizados aqueles sujeitos que inicialmente permaneceram em acolhimento noturno no CAPS AD III, conforme levantamento prévio realizado no sistema interno do referido serviço. As entrevistas foram gravadas em áudio e a pesquisa foi interrompida através do critério de saturação dos dados, após uma pré-análise dos mesmos. Segundo Poupart (2014), as entrevistas do tipo qualitativo é um instrumento privilegiado para acessar em profundidade as perspectivas, experiências e os dilemas enfrentados pelos atores sociais.

Para tanto, a narrativa, considerada em “profundidade”, requer vários encontros ancorados no diálogo, buscando a recordação do vivido e suas significações, além do contexto do próprio viver. Nesse sentido, o pesquisador terá de seguir alguns cuidados para orientar as entrevistas, como a familiarização com os participantes da pesquisa e o enriquecimento da narrativa, através da compreensão do “como” enquanto foco do diálogo, ou seja, resgatando os fios da meada da vida que não se desenrolam em um processo linear e cronológico. Assim, faz-se necessário uma sensibilidade, empatia e prontidão para perceber os cheiros, sentimentos, sentidos e significações espalhadas nos cenários vividos pelas pessoas e, principalmente, o respeito e disposição para seguir na direção do “outro”, diante de um encontro “intencionado” (Bellato *et al.*, 2016).

Ainda que o propósito esteja focado nas questões de saúde, conforme salienta Bellato *et al.* (2016), seria artificioso desprender do todo da vida dessas pessoas, considerando que, quem busca por cuidado, possui suas crenças, modos próprios de entender o processo saúde-doença-cuidado e de compreender a vida. Nesse sentido, fez-se necessário moldar as entrevistas narrativas em “profundidade”, sendo que, nesta pesquisa o “emolduramento” partirá dos

seguintes pontos: demandas de cuidado em saúde; produções de cuidados realizadas pelas próprias pessoas em situação de rua e oferta do cuidado em saúde pelo CAPS AD III.

Cabe ressaltar que, muitas vezes, os encontros eram recheados de reencontros, desencontros e despedidas. Acredito que, por ser um município relativamente pequeno e por a pesquisadora ter familiaridade com grande parte dos sujeitos envolvidos, foi possível o aprofundamento das observações e das narrativas através de vários encontros com as mesmas pessoas. Contudo, geralmente, o que era planejado não acontecia. Assim, o corpus da pesquisa foi sendo construído diariamente pelas demandas que se apresentavam e seguia o curso conforme as dinâmicas da vida dos sujeitos.

Para análise dos dados qualitativos, produzidos nas entrevistas narrativas, foi utilizada a análise de conteúdo temática, a fim de possibilitar um estudo em profundidade do material (Minayo, 2012). Nesse processo, as entrevistas foram integralmente transcritas e os resultados analisados a partir da literatura base sobre o tema da pesquisa. A categorização foi realizada, após a construção de dados, a partir dos elementos mais significativos das falas dos sujeitos pesquisados.

Os dados do diário de campo foram os primeiros a serem organizados e estudados, a fim de priorizar os registros sobre as experiências no campo e, de alguma forma, demonstrar como se deram os contatos com os sujeitos da pesquisa. A partir disso, tornou-se possível categorizar alguns pontos a respeito dos encontros entre a pesquisadora e os sujeitos, bem como as suas realidades. Assim, os eixos temáticos foram construídos com base nos pontos principais das entrevistas e registros do diário de campo.

Durante a análise de conteúdo, foi realizada a pré-análise, exploração do material, tratamentos dos resultados obtidos e interpretação dos dados baseada nos fundamentos da Atenção Psicossocial e literaturas recentes, buscando enriquecer o conjunto de falas e observações com elementos históricos e contextuais.

#### 4.1 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

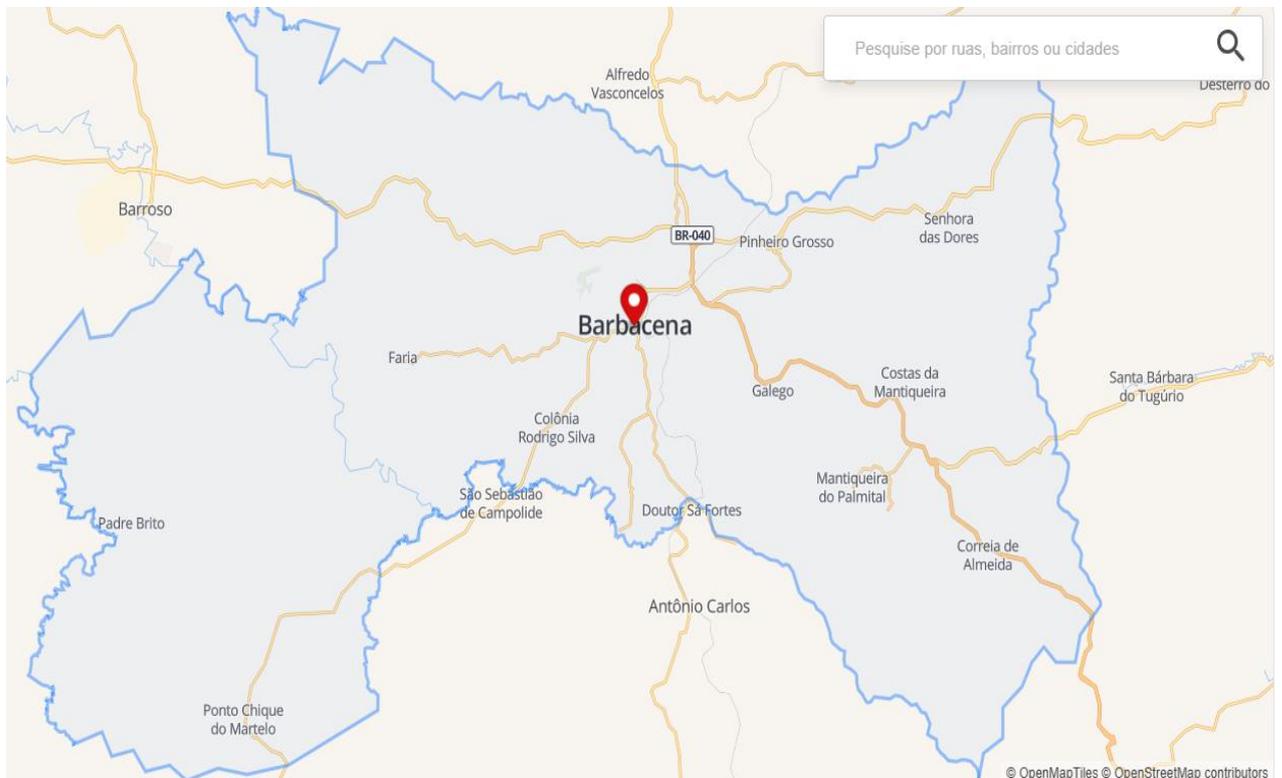
A pesquisa foi realizada no município de Barbacena, situado em Minas Gerais (MG). O estado está localizado na região sudeste do país e ocupa o segundo lugar no ranking do maior número de habitantes e o quarto lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em comparação com as demais unidades federativas do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021). Coelho (2022) ao analisar a implantação da RAPS em MG constatou os seguintes serviços implantados em todo o estado: 18 Equipes do eCnR, 47 CAPS AD, 11

CAPS AD III com funcionamento 24 horas, 4 Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e 6 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI). Portanto, percebe-se que a implantação das eCnR e das Unidades de Acolhimento Transitório (UAA e UAI) são iniciais em Minas Gerais.

Em relação ao município de Barbacena, cabe destacar que está situado na Serra da Mantiqueira, o qual dista 172 quilômetros da capital de MG, Belo Horizonte. Segundo estimativas do IBGE, possui uma população estimada de 139.061 habitantes e uma área territorial de 759,186 km<sup>2</sup> (IBGE, 2021). Apresenta 1.100 metros de altitude, com temperaturas médias anuais em torno de 14°C e 20°C. Em relação ao trabalho e economia, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 21.7%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 35.2% da população nessas condições (IBGE, 2020).

O território municipal abrange 12 distritos, sendo eles: Padre Brito, Ponto Chique do Martelo, Faria, Colônia Rodrigo Silva, Ponte do Cosme, Galego, Pinheiro Grosso, Senhora das Dores, Costa da Mantiqueira, Correia de Almeida, Mantiqueira do Palmital e São Sebastião dos Torres (IBGE, 2017), conforme ilustrado na Figura 2:

Figura 2 - Território municipal de Barbacena



Fonte: Guiamapas (2023).

Barbacena ficou conhecida como a “Cidade dos Loucos”, por ter sido sede do famoso Hospital Colônia que fora considerado o maior hospício do Brasil ao matar pelo menos 60 mil pessoas entre os seus muros. O psiquiatra Franco Basaglia, promotor da reforma dos manicômios na Itália, esteve em Barbacena em 1979 e declarou nunca ter visto algo igual, associou o Colônia a um verdadeiro campo de concentração nazista (Arbex, 2017). No início dos anos 80, o Colônia foi sendo, paulatinamente, desativado. Hoje, onde era um dos pavilhões do hospital Colônia, existe o “Museu da Loucura” uma referência para não esquecer o passado e lutar para que a tragédia não se repita. A cidade investiu nas residências terapêuticas e, atualmente, observa-se uma longa mudança experimentada pelos sobreviventes. O processo de esvaziamento dos leitos psiquiátricos ainda continua (Arbex, 2017; Gortázar, 2021). Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2022), o município possui 86 leitos psiquiátricos habilitados no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) que atendem tanto o município, quanto os demais da macrorregião de saúde, além de 25 leitos crônicos.

Em relação à RAPS, o município de Barbacena contempla 25 equipes de Estratégias de Saúde da Família, 19 Unidades Básicas de Saúde, 01 equipe de consultório na rua (modalidade II), 05 equipes multiprofissionais (antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB), 01 Centro de Convivência, na rede de atenção básica em saúde; 03 CAPS (01 CAPS AD III, 01 CAPS III e 01 CAPSi), na atenção especializada em saúde mental; 10 leitos de saúde mental habilitados em hospital geral, na atenção hospitalar; 01 unidade de suporte básico e 02 unidades de suporte avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 01 pronto socorro em hospital geral, na atenção de Urgência e Emergência; 26 Serviços Residenciais Terapêuticos e 172 pessoas contempladas pelo Programa de Volta para Casa, na atenção às estratégias de desinstitucionalização. Sabe-se da existência de comunidades terapêuticas; porém, não tem como mensurá-las por não serem cadastradas como Estabelecimentos de Saúde, ou seja, funcionarem de modo informal.

Especificamente, para esse projeto sobre população em situação de rua, cabe destacar que o Consultório de Rua começou a ser pensado no município de Barbacena entre os anos de 2009 a 2013, período em que iniciaram discussões a respeito das propostas do Ministério da Saúde relacionadas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (PIEC). Não por acaso, o CAPS AD III foi implantado em 2012, com o objetivo de ofertar suporte as pessoas em uso prejudicial de drogas em regime de 24 horas. Através de fóruns e parcerias, Barbacena foi a primeira cidade de Minas Gerais a implantar a Equipe de Redução de Danos, sendo contemplada com a primeira chamada ministerial para apresentação de projetos. Em dezembro

de 2011, os profissionais aprovados em processo seletivo, para compor a referida equipe, participaram da “I Oficina das Escolas de Redução de Danos do SUS” em Brasília. Para auxiliar na capacitação técnica, o município teve o apoio de um supervisor do Ministério da Saúde, além de parceria com a Universidade Federal de São João Del-Rei. Esse processo de implantação foi descrito no livro “A rua em cena: Implantação de projetos de redução de danos em Barbacena/MG” com a participação de vários profissionais atuantes no município (Dalla Vecchia, *et al.*, 2016).

Além da RAPS, vale ressaltar o trabalho do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Implantado em Barbacena, oferece gratuitamente os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B e C, e acompanhamento sistemático em saúde aos usuários que apresentam resultado positivo para os testes supracitados.

Barbacena também conta com outros dispositivos que auxiliam as pessoas em situação de rua, como: um Núcleo de Apoio ao Cidadão de Rua (antiga Casa de Passagem, vinculado a assistência social); um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); um programa vinculado à igreja católica, denominado “Projeto Pão e Beleza”, que oferta banho, alimentação, cortes de cabelo e barba, com funcionamento duas vezes na semana, geograficamente bem localizado no Centro da cidade, próximo a igreja matriz; uma Casa do Cuidado, destinada ao acolhimento diurno e noturno, também oferta refeições e banho para pessoas em situação de rua, vinculada à igreja católica e com suporte financeiro da Prefeitura de Barbacena. Cabe destacar que o município não dispõe de um Centro Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

Não foram observados dados oficiais publicados pela Prefeitura de Barbacena em relação a população em situação de rua do município e maiores diagnósticos da rede de atenção acessados por esse público. Dessa forma, utiliza-se de alguns dados coletados durante a pesquisa de campo, para melhor compreensão do cenário de investigação, sendo eles: aproximadamente 203 pessoas em situação de rua atendidas, no primeiro semestre de 2022, pela Equipe do Consultório na Rua; cerca de 60 a 80 pessoas com cadastros ativos no sistema interno do CREAS para acompanhamento nas ruas; e uma média de 69 a 75 pessoas cadastradas como “situação de rua” no Cadastro Único (CADUNICO) do município – dados informados em agosto do ano de 2022.

## 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa contemplaram um total de 24 pessoas em situação de rua, sendo 5 mulheres e 19 homens. A maior parte dos encontros com os sujeitos foram realizados nas ruas, geralmente em lugares mais centrais da cidade durante o dia e pontos bem específicos durante a noite. Cabe destacar que dois homens estavam em condições graves de saúde devido as complicações do uso abusivo de substâncias psicoativas. Em relação às mulheres, apenas duas foram encontradas com mais frequência nas ruas durante a pesquisa.

Desses sujeitos, oito já haviam sido atendidos CAPS AD III. Os demais não utilizavam o serviço especializado, apesar de muitos relatarem os prejuízos advindos do uso abusivo de drogas.

Para as entrevistas, foram selecionados, por conveniência, quatro sujeitos que participaram de forma mais intensa da pesquisa - tanto por meio de vários encontros no decorrer do processo de campo, quanto por aceitarem a compartilhar as suas vivências. Cabe destacar que, entre os sujeitos selecionados, três possuíam histórico de inúmeros acolhimentos noturnos no CAPS AD III. Nesse sentido, uma pessoa não pode contribuir sobre os cuidados ofertados pelo CAPS AD III, no decorrer da entrevista, por nunca ter frequentado a instituição.

Na presente pesquisa, essas pessoas foram identificadas pelos nomes fictícios de Claudinei, Danilo, Edinho e James. Na tabela 1 é possível identificar algumas características importantes desses sujeitos:

Tabela 1 – Caracterização dos participantes da entrevista

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Cor/Raça Autodeclarável</b>	<b>Tempo em situação de Rua</b>
Claudinei	36 anos	Não declarado	5 anos
Danilo	36 anos	Branco	13 anos
Edinho	48 anos	Branco	3 anos
James	61 anos	Preto	9 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Observa-se que ora os supracitados aparecem através das narrativas nas entrevistas, ora descritos através das observações registradas no diário de campo. Com o objetivo de facilitar o entendimento do leitor, os relatos das entrevistas foram destacados em *itálico* no decorrer do texto e os trechos das observações do diário de campo foram seguidos da sigla DC com a data da realização da observação. Em relação aos demais sujeitos que participaram das observações no decorrer do trabalho de campo, mas não foram selecionados para as entrevistas, utilizou-se iniciais diferentes para identificar cada um deles na escrita.

Ademais, alguns relatos de profissionais foram apresentados na pesquisa e são frutos dos percursos pela rede socioassistencial descritos no diário de campo. Cabe destacar que esses caminhos foram trilhados ao acompanhar os movimentos realizados pelos sujeitos envolvidos na pesquisa e/ou através do acompanhamento da eCnR ocorrido no início da pesquisa.

#### 4.3 CONDUZIR E SER CONDUZIDA PELO CAMINHO: OS ITINERÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO

Conforme apresentado anteriormente, a primeira ação no campo diz respeito ao contato com o coordenador do CAPS AD III para autorização do levantamento de dados do sistema interno da referida instituição - fato que ocorreu no decorrer do primeiro semestre do ano de 2022. O objetivo era verificar as ações realizadas - ofertadas pelo CAPS AD III - especificamente, para a população em situação de rua no período entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022. A pesquisa englobou uma época considerável da pandemia de COVID-19 no Brasil e, portanto, pode-se pensar em uma limitação dos dados apresentados.

A partir disso, realizou-se contato com a eCnR do município, a fim de familiarizar com as pessoas em situação de rua. Para tanto, fez-se necessário um primeiro contato com a coordenadora da Atenção Básica para autorização da pesquisa e, posteriormente, com os profissionais da eCnR a fim de apresentar e explicar os objetivos do projeto. Cabe destacar que todos foram receptivos com a proposta e concordaram de as atividades serem acompanhadas pela pesquisadora. Dessa forma, a participação iniciou-se em 26/08/2022 e finalizou em 27/03/2023. A partir disso, foram realizados encontros semanais, sendo programados conforme a demanda apresentada pelos usuários atendidos, pela própria eCnR ou pela pesquisadora. Os encontros foram alternados em períodos diurnos e noturnos; ocorrendo, praticamente, durante toda a jornada de trabalho da equipe.

Atualmente, a equipe é enquadrada na modalidade II por ser composta de 6 profissionais das seguintes categorias: um psicólogo, uma enfermeira, uma assistente social, um educador físico e duas técnicas de enfermagem. Em relação ao espaço físico, os técnicos possuem uma “sala” no centro da cidade, localizada em um prédio antigo que dispõe de outros serviços de saúde e assistência social. Nesse local são realizadas ações, conforme a demanda espontânea apresentada, quais sejam: escuta, curativos, entrega de medicações, orientações, encaminhamentos para outros serviços, atendimentos à crise, entre outras. A “sala” é composta por 3 cômodos, sendo um ambiente menor que funciona como uma minicozinha e guarda de pertences dos profissionais; um maior que contém uma maca, uma mesa com cadeiras, dois

armários e um computador; e um banheiro. Cabe ressaltar que as pessoas em situação de rua possuem livre acesso à portaria para adentrarem ao prédio e chegarem na sala.

A equipe trabalha de segunda à sexta-feira, exceto feriados, sendo três dias pela manhã e dois à noite. A fim de auxiliar no deslocamento para outros pontos da cidade, a eCnR possui um carro de pequeno porte, com motorista específico, que fica à disposição. Os membros da eCnR possuem uma espécie de revezamento para que pelo menos um profissional fique de prontidão na sala, caso apareça algum usuário em busca de atendimento. O acolhimento é feito no cômodo maior (espaço sem qualquer privacidade, pois a porta de entrada acessa diretamente esse ambiente). O revezamento dos profissionais não é feito na forma de escala; pelo contrário, são acordos flexíveis pensados a partir da programação – quando possível - das ações nas ruas, ou seja, a depender do vínculo entre o profissional e o usuário que a equipe almeja atender naquele dia.

A atuação conjunta com a eCnR possibilitou a participação em reuniões intersetoriais que pautaram os fluxos de atendimentos, regimentos internos e compartilhamento de casos. Ademais, foi possível percorrer por alguns dispositivos da saúde e da assistência social, além de conhecer um projeto social desenvolvido na cidade. Cabe destacar que, na maioria das vezes, as idas eram em conjunto com os sujeitos que estavam em situação de rua e necessitavam de algum cuidado compartilhado com outro ponto da rede.

Depois de alguns meses – após familiarizar com o cotidiano dessas pessoas nas ruas, conhecer outros sujeitos que até então eram desconhecidos, entender os seus pontos estratégicos na cidade e os diferentes modos de organizações grupais durante o dia e a noite – o trabalho no campo seguiu sem a presença dos profissionais da eCnR. Cabe destacar que tal estratégia foi comunicada aos profissionais desde o início da pesquisa e, através da contribuição da equipe, essa passagem seguiu o seu curso de forma bem natural. Todavia, fez-se necessário a continuidade das articulações com os profissionais durante todo o percurso da pesquisa, seja para repassar alguma demanda solicitada pelos sujeitos ou para pedir suporte, em situações de agravamento das condições de saúde, nos momentos dos encontros nas ruas. Portanto, eles foram fundamentais em todas as etapas da presente pesquisa.

Independentemente de estar sozinha ou acompanhada, o caminho trilhado era praticamente impossível de ser definido de antemão. De alguma forma, os fios da meada da vida de cada sujeito delineavam o campo de trabalho e o desenrolar das ações que eram desenvolvidas no dia. Deixar-se levar nesse curso, ora indefinido, fez-me aprender muito sobre paciência, aceitação do ‘não saber’ e poder de criação.

#### 4.4 O ESPAÇO INTERCESSOR E OS RASTROS DE CUIDADO: ALGUNS COMENTÁRIOS SOBRE AS IMPLICAÇÕES DA PESQUISA

Merhy (2004) ao descrever sobre os processos de produção de atos de saúde revela que uma abordagem assistencial, entre um trabalhador de saúde e um usuário, produz-se através de um trabalho vivo em ato, isto é, pelo encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, nos quais produzem relações de vínculo e aceitação. O autor afirma que nesse espaço de relação, formado no encontro e em ato, há a produção de um espaço intercessor caracterizado não somente pela somatória de duas pessoas; mas, como o resultado de um processo singular constituído pelo encontro dos dois sujeitos em um único momento. No trabalho em saúde, esse espaço intercessor será sempre partilhado, mesmo que o modelo adotado seja da “intersecção objetual” – preenchido pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário – que provocaria um desencontro vivenciado pelo sujeito como falta de acolhimento e de responsabilização por parte dos profissionais.

No decorrer do processo de pesquisa, toda essa lógica de produção de atos de saúde pode ser considerada nos encontros entre a pesquisadora e os sujeitos, inclusive para além da produção de saúde. Inúmeras vezes, quase que cotidianamente, a reflexão sobre o que Merhy (2004) denomina de espaço intercessor, fez-se necessária. Afinal, o que nós – eu e o sujeito – estamos produzindo? Estou conseguindo possibilitar que o espaço intercessor seja partilhado de forma que o sujeito não seja ‘abafado’? Do quanto de colonizador sobre o outro estou atuando enquanto pesquisadora? O que eu levo para esse território tão desconhecido? E o que eu deixo para essas pessoas, após acessar histórias de vida tão dolorosas? E agora, o que faço com esse conhecimento produzido?

Essas perguntas são algumas inquietações que me acometeram enquanto pesquisadora e, para muitas delas, não obtive uma resposta. Todavia, ao analisar de forma mais profunda, observo que se trocar os termos “pesquisadora” por “trabalhadora de saúde”, permaneço com as mesmas questões – afinal, elas me acompanham há alguns anos. Portanto, gostaria de descrever melhor como os papéis de cidadã (mulher, mãe, branca...), pesquisadora e trabalhadora de saúde se misturam ao formar uma única pessoa; que ora deveria ocupar um lugar, ora outro. E, por vezes, essas representações se cruzam e, de forma cruel, a dúvida aparece no trabalho de campo - quando não se tem tempo para pensar se essa ação poderia ser realizada enquanto pesquisadora ou não. Nesse meio, surge outra questão: quais relações são possíveis no decorrer do processo da pesquisa?

Logo no início do trabalho de campo tive clareza do quão desafiador seria me apresentar na função de pesquisadora para os sujeitos que me conheciam do CAPS AD III, inclusive para uns que havia sido referência técnica durante alguns anos. Todavia, era necessário marcar esse novo lugar diante de inúmeras demandas destinadas, exclusivamente, aos meus antigos papéis de referência técnica e de coordenadora do CAPS AD III. Realizar essa demarcação com a compreensão dos limites e objetivos da pesquisa, trouxe-me a sensação de impotência nos primeiros meses.

Contudo, ainda sem saber explicar quando e como ocorreu, essa preocupação em ocupar o lugar de pesquisadora, ao invés de trabalhadora de saúde, esvaiu-se e os sentimentos que incomodavam foram sendo amenizados. Tomei-me a liberdade de ser mais leve nos encontros com esses sujeitos que já eram familiares e, aos poucos, percebi que a pesquisa – apesar de suas limitações – possibilitava-me a criação e inventividade diante de tanta precariedade vivenciada nas ruas.

A partir dessa mudança, tornou-se possível aproveitar o que já existia de melhor na minha relação com os sujeitos: o vínculo. Os rastros de cuidado que estavam nas nossas memórias foram sendo ativados e a pesquisa apenas foi moldando esses encontros. Portanto, pude observar que a cada novo encontro o nosso espaço intercessor era reativado – como se ele nunca estivesse deixado de existir, estava apenas adormecido aguardando um novo encontro, um novo ato. Assim, toda a relação, previamente estabelecida, retornava de alguma forma para aquele momento atual e interferia na nossa produção coletiva. Obviamente, para cada sujeito o campo intercessor era operado e constituído de uma forma singular.

Ao compreender esse processo, a preocupação deixou de ser o lugar ocupado - seja enquanto pesquisadora ou trabalhadora de saúde – e passou a ser de uma análise de cada processo intercessor que era partilhado no cotidiano desses encontros. Assim, da mesma forma que eu, enquanto pesquisadora, possuía a minha demanda – que era responder aos objetivos da pesquisa – eles, enquanto sujeitos, possuíam outras demandas e necessidades que tinham que ser escutadas e, de alguma forma, também respondidas – independente do papel que era ocupado por mim. Dessa forma, os encontros foram marcados por atendimentos a crise, articulações e acompanhamentos até outros dispositivos da rede de atenção, contato com pessoas da sociedade civil que faziam parte da rede de apoio dos sujeitos envolvidos na pesquisa e muita caminhada pelas ruas da cidade!

Até o momento, não sei se essa seria a melhor forma de realizar a pesquisa diante de tantos caminhos possíveis. Contudo, foi a forma que encontrei para dar um pequeno tom de leveza, diante de cenários tão cruéis e dolorosos; e, principalmente, conseguir produzir saúde

no trabalho de campo da pesquisa. Sem dúvida, esse era desde o início o objetivo principal – porém, evidenciado somente agora: no momento da escrita.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação a construção dos dados no CAPS AD III, realizou-se contato inicial com representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena, bem como com as chefias do CAPS AD III e da Equipe do Consultório na Rua, a fim de esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e solicitar autorização para a realização da mesma.

Em relação ao trabalho de campo, mediante a vinculação com cada participante, fez-se necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a fim de informar o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclarecer sobre a participação voluntária, além de garantir que tanto a participação, quanto a não concordância em participar do projeto não lhes acarretará prejuízo de qualquer natureza. Na presente pesquisa, os nomes utilizados são fictícios, com o objetivo de preservar a identidade dos participantes.

Almeja-se que o retorno sobre a pesquisa seja dado em seminário, a ser realizado pela pesquisadora com o objetivo de apresentar os resultados encontrados e discutir os achados com todos os envolvidos na pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e aprovado em 25 de agosto de 2022, conforme parecer consubstanciado número 5.603.684.

## 5 O QUE O COTIDIANO DAS RUAS NOS MOSTRA?

O material desta seção foi construído com base na análise do diário de campo, proveniente das observações participantes, e das entrevistas narrativas realizadas com os quatro sujeitos em situação de rua, nomeados pelos seguintes nomes fictícios: Claudinei, Danilo, Edinho e James. O conteúdo principal das observações e das entrevistas embasaram a divisão dos resultados em categorias temáticas, compostas dos seguintes eixos: 1º eixo: “As demandas de cuidados em saúde e o uso de drogas no cotidiano das políticas públicas”; 2º eixo: “Práticas que se coexistem: entre o acolhimento e a coerção”; 3º eixo: “Resistências e produção de cuidados: os modos de andar no cotidiano das ruas”.

Tais eixos, assim dispostos, foram construídos considerando as demandas de cuidados relatadas e observadas no cotidiano das pessoas que vivem nas ruas; as ofertas de cuidados por algumas instituições que foram percorridas no decorrer do trabalho de campo e mencionadas pelos sujeitos; e os movimentos da vida – coproduções de cuidados – e resistências, realizadas pelos próprios sujeitos usuários de drogas em situação de rua, diante de uma vida marcada pela precariedade.

Os resultados foram exibidos da forma mais fidedigna possível aos relatos construídos no decorrer das observações participantes e das entrevistas realizadas. Pretende-se que a escrita desse material seja capaz de “enunciar” as diferentes vozes – com os seus posicionamentos, histórias de vida e opiniões singulares – dos sujeitos encontrados no percurso da pesquisa. Cabe destacar que a escrita tem como objetivo, além da transcrição, dar um sentido ao que foi visto, escutado e dialogado no decorrer do trabalho de campo. Sendo, portanto, uma interpretação advinda de um processo relacional e de uma comunicação dinâmica entre a pesquisadora e os sujeitos envolvidos. Todavia, considera-se que descrever o que foi experienciado e narrado é apenas uma tentativa; pois, sabe-se que os silêncios, repetições, olhares, cheiros, entonações, gestos, choros, risos e tantos outros detalhes, são difíceis de serem repassados para uma voz escrita.

### 5.1 AS DEMANDAS DE CUIDADOS EM SAÚDE E O USO DE DROGAS NO COTIDIANO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No decorrer dos acompanhamentos dos sujeitos em situação de rua por diversas partes da cidade e na escuta atenta dos seus relatos, torna-se nítido a busca por um acolhimento e um lugar de fala. Na maioria dos encontros, havia quase sempre a necessidade de falar das suas

trajetórias de vida, dos rompimentos dos laços familiares, das violências sofridas, dos estigmas associados a situação de rua e, de alguma forma, exporem os seus sofrimentos. Como pode ser observado em alguns trechos abaixo:

*James: [...] fui responsável, fui casado, tive uma mãe que me criou com carinho e me deu muita coisa boa, me ensinou a ser eu, mas eu não sei como que eu fui pro outro lado. Na hora que assustei já tava. Assim, quando minha mãe era viva, minha mãe não chegou a me ver na situação que vocês me viram. A minha mãe não chegou a me ver na situação que vocês me encontraram, nunca me viu assim porque eu sempre tava ali e ela sempre lá em casa. Eu sempre trabalhei. Era só eu e ela e duas irmã que morava na casa. Assim, pegava o pagamento, entregava ela, aí a senhora tira aí o que precisar e depois me dá o que sobrar aí, nem assim ela pegava. Chegava em casa, as vezes tinha uma calça, uma camisa [...], mas eu também não bebia tanto, igual eu bebo. Comecei a beber muito depois que eu separei, fui morar com minha mãe, que eu fiquei pior foi quando eu aprendi a fumar esse crack com 45 ano de idade. Aí que eu vi a minha vida desabar, na hora que eu vi como a vida era, não era do jeito que eu tava pintando ela não. Eu criei isso tudo, eu criei isso tudo [...].*

*Danilo: [...] falta da minha mãe. Minha mãe morreu com 29 ano. Eu tô 41 ano de idade, olha pra você vê [...] a minha mãe morreu com 29 ano de idade. [...] Isso é depressão. É depressão. É depressão que eu sinto. Eu amo uma pessoa até hoje só que ela ri da minha cara. Mas um dia isso vai acabar [...].*

Esses relatos nos sinalizam que existem vidas por trás de um corpo marcado pelo consumo de drogas e situação de rua. Sujeitos que possuem desejos, agência sobre suas vidas e histórias singulares construídas a partir do coletivo. Portanto, existe uma dimensão da existência que é muito própria e que precisa ser escutada com seriedade. Somente a partir dessa compreensão, torna-se possível dar um sentido para o sofrimento que é experienciado no dia a dia:

*James: Assim, as vezes sou um cara muito sentido [...] na rua mesmo, nossa senhora, que coisa ruim. [...] Porque as vezes você vê o cara na rua ali, o cara fala: “pô, o cara é sem vergonha, uma hora dessa e tá tonto”. Mas ninguém sabe o que o cara tem, ninguém sabe o que o cara tem por dentro, ninguém sabe o que passa na cabeça do cara. Não é todo mundo que tá caído ali que é sem vergonha não. Eu tinha amigo meu que ficou na rua comigo que tinha dinheiro e virou morador de rua que nem eu. Aí o cara passa e fala: “ah o cara, rapaz, sem vergonha, um cara forte, da família boa” [...] igual minha família [...] minha família é boa, pessoal de tradição e tudo. É eles, não é eu não, são eles [...] pessoal da minha própria família tem preconceito de mim e chega um ponto que nem eu confio neles, porque eu fiz não confiar em mim e chega um ponto também que eu não confio neles. Se eles falar comigo uma coisa ruim eu acho que é mentira, sabe? Aí tem hora que eu fico meio sentidão, sinto falta de família, sinto falta de mãe, de irmão, mas fazer o que? Eu vou chegar perto de um e só vou escutar coisa de ontem ué, pra que eu vou*

*ficar escutando coisa de ontem? [...] Ah, porque quando eu tô legal vem conversa comigo umas ideia boa, mas quando chega no meio da conversa começa a fica cutucando “agora se cria vergonha na cara, que adianta você tá desse jeito aí, amanhã tá lá ó, aquele lixo”. Entendeu? Ai eu fico puto, entendeu? [...] Pra mim não é legal. Isso é a rua pra mim.*

*Edinho: Nem todo mundo gosta da pessoa que vive na rua, você sabe, isso não é mentira, é mentira? [...] Eu já tive dinheiro, casa, carro, moto. Teve um maluco que chegou ali e falou: “porra velho, por que você tá nessa vida doida aí cara?”. Ai eu falei: nem eu sei pô (risos). Nem eu sei. Já tive carro, moto [...] meu filho é sargento, minha filha é administradora, outro tá fazendo faculdade de medicina. [...] A minha irmã é agente penitenciário. Ai passou ela e a filha dela e não teve coragem nem de me cumprimentar, porra, mas olhou eu né, lixo [...] Passei do lado dela, não teve coragem de falar nem, nem “bença, tio” ou “filho de uma puta, você tá vivo?” Ai cê vai juntando magoas, vai juntando [...] Desculpa (choro) [...] mas tem coisa que é foda véi, acontece. Vou te dar uma ideia: você vai na casa do seu pai e da sua mãe e eles não te recebe bem, sei que eu sou alcoolatra, aí vai no outro lugar ninguém te recebe bem, no outro [...].*

Esses trechos possuem em comum narrativas que contextualizam o extremo da marginalidade e o processo de ‘viver nas ruas’ carregado pela fragilidade dos vínculos sociais e, até mesmo, isolamento. Segundo Paugam (2001, p.72), “[...] o enfraquecimento e ruptura dos vínculos sociais constituem uma dimensão essencial do processo de desqualificação social [...] que é marcado por problemas de todo tipo, como: problemas de saúde, afastamento do mercado de trabalho, perda de contato com a família, perda de moradia, entre outros. Em relação às pessoas em situação de rua, o autor considera que quanto maior o período sem moradia, maior a probabilidade de ruptura dos laços sociais e a necessidade de ter alguém com quem conversar. Em conformidade com Ronzani e Furtado (2010), o distanciamento social também é considerado uma consequência da estigmatização sofrida pelo indivíduo, principalmente no caso de pessoas que fazem uso de drogas.

Danilo, por inúmeras vezes, queixou-se da vida nas ruas e da saudade que sentia dos seus filhos. Possuía esperança de algum familiar buscá-lo e, quando isso não acontecia, piorava ainda mais. Diante do seu agravamento de saúde nas ruas, os atendimentos da eCnR eram frequentes. Em um dos encontros, sentado em um canteiro sem muitas condições de levantar-se, Danilo referiu o seu desejo de morrer: Danilo: “*Por que Deus não me leva de uma vez? O que eu estou fazendo aqui?*”. Falava isso após comentar sobre o suicídio de outra pessoa, em situação de rua, naquele mês. Mais uma vez, observei o quanto Danilo demandava por falar e ser escutado. Um profissional da eCnR perguntou o que poderia fazer para ajudá-lo e Danilo respondeu: “Vocês já estão fazendo muito[...]” (DC, 05/09/2022). Sua fala era sustentada pelo olhar de um profissional que se ajoelhou para ficar em sua altura.

Nesse caso, observa-se que não havia uma busca por um ato técnico de saúde, mas a procura por uma escuta qualificada diante da necessidade de expor o seu sofrimento. Quando ele diz: “Vocês já estão fazendo muito [...]”, de alguma forma, afirma para o profissional que a sua demanda estava sendo atendida. Segundo Maynard *et al.* (2014), uma produção potente de cuidado em saúde mental se torna possível através de uma escuta empática capaz de promover trocas subjetivas e implicações terapêuticas sem a intervenção da fala.

A mesma demanda foi evidenciada em um encontro com F. que havia percorrido cerca de 60 quilômetros para retornar as ruas da cidade de Barbacena, após ter evadido de uma comunidade terapêutica localizada em outro município. Inicialmente, demandava um lugar seguro para passar a noite e uma marmita. Todavia, no decorrer do atendimento da eCnR, apontou que precisava se cuidar, mostrou a perda dos seus dentes, a barba que estava grande e o aparente emagrecimento. Emocionava-se ao reviver as boas lembranças de sua mãe que havia falecido há alguns anos e destacou: “[...] depois que ela morreu, eu me entreguei”. Percebi que sua “entrega” se tratava do uso prejudicial de drogas. A marmita, que havia acabado de receber, esfriava; apesar do cansaço e da fome, seu desejo era falar e ser escutado (DC, 29/08/2022).

Ao evidenciar, especialmente, essas cenas e os trechos das falas apresentadas acima, pode-se considerar que os aspectos subjetivos não devem ser desvalorizados em um processo de cuidado em saúde. Os encontros no campo, além das entrevistas realizadas, denotaram que os sujeitos possuem uma demanda por falar das suas histórias e dos modos que caminharam e caminham pela vida, além de queixar das fragilidades dos laços sociais e do estigma associado a situação de rua e uso de drogas. Conforme Silva e Paula Júnior (2019), qualquer trabalho em saúde que não esteja atento a essas questões, e que ofereça apenas procedimentos/técnicas, não estarão atendendo de fato a demanda do sujeito – uma escuta do seu mal-estar.

Face aos escritos de Fassin (2016), pode-se pensar que os sujeitos não denotaram uma enfermidade; mas, um sofrimento que representa uma resposta adaptada a sua situação socioeconômica e, portanto, não teria nada de patológico. Nesse sentido, o autor distingue um sofrimento psíquico de um sofrimento social - que também é uma construção política. Em razão da amplitude do termo sofrimento, coloca-se a necessidade de perceber tais sujeitos a partir de suas histórias, sob pena de atuarmos sob o prisma da gestão das populações a partir de uma economia moral, que prescreve formas de vida sem considerar os sujeitos que as produzem. Ademais, esse sofrimento se torna um objeto banalizado de política pública como forma de ocultar as causas sociais intrínsecas as condições precárias que vivem esses sujeitos. Desse modo, faz-se necessário uma postura de escuta atenta e sensível aos discursos singulares que são atravessados pelas práticas sócio-culturais de certo tempo e lugar. Para tanto, deve-se

ultrapassar a mera psicopatologia descritiva de um “sofrimento psíquico” tendo em vista as diferentes determinações históricas que se articulam e contribuem para os quadros de sofrimento entre diferentes sujeitos (Fassin, 2016).

Diante disso, cabe destacar alguns relatos dos entrevistados que apontam a necessidade de um lugar de fala e de escuta qualificada nos modos de cuidados produzidos pelo CAPS AD III do município pesquisado. Conforme pode ser visualizado nos trechos abaixo:

*Daniilo: [...] ninguém escuta, nem a minha referência que é (cita o nome da profissional). Eu quero mudar de... de referência... eu quero mudar de referência, eu quero passar pra (cita o nome de outra profissional)*

Outros entrevistados também apontam a mesma problemática, porém denotam uma diferença no cuidado ofertado, pela instituição, ao longo do tempo:

*Claudinei: Ahh, tá sendo... do caps é muito ruim... muito ruim. [...] também não tá tendo muita atenção mais, parou de ter atenção. [...] Mais atenção, né?! e mais também... mais conselho também que eles podiam atender. [...] de ter mais conversa, podia chamar o paciente pra conversar mais, pra dialogar mais, pra falar da vida, pelo menos pra conversar da vida do paciente, falar da vida do paciente, pra conversar do paciente. Da vida do paciente como que tá, como tá as drogas... a abstinência. Isso que tá faltando lá? Isso, tá faltando essa atenção lá [...].*

*James: [...] você era bem atendido, você tinha atenção, você tinha pessoas que conversava contigo. Hoje... dependendo do que conversar tem até má resposta na sua cara. [...] o que eles estão conversando com os outro? Os outro não tá entendendo nada do que eu tô falando. Você tá falando comigo e eu nem tô se ligando pro que você tá falando. Do que adianta eu por uma coisa minha ali... que... a pessoa assim... não tá naquela... assim... não, ali tá assim... lá tá desse jeito... o cara sentou na mesa, botou a bunda ali, dali ninguém sai... entendeu?..).*

De acordo com Franco e Merhy (2005), para privilegiar a escuta no processo de cuidado, faz-se necessário desconstruir a ideia do modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos” como um lugar privilegiado. Nesse sentido, parte-se do princípio que através da valorização de tecnologias leves – relacionais – é possível uma atuação sobre a subjetividade, baseada no agir cotidiano dos sujeitos e com respeito às suas singularidades. Contudo, cabe destacar que nem sempre os sujeitos possuem vínculo com o trabalhador de saúde para exporem os seus sofrimentos. Além disso, conforme sinalizado pelos autores supracitados, existe uma produção social e histórica, através dos modelos tecnoassistenciais e da reforma sanitária brasileira, que resultou em processos de trabalho voltados para a lógica instrumental em

detrimento de abordagens mais relacionais. Desse modo, há um impacto nos processos de subjetivação, tanto dos sujeitos quanto dos profissionais, que vão construindo um certo imaginário da demanda por procedimento ao invés da demanda por cuidado.

Com base nessa discussão, cabe destacar a influência da medicina sobre os problemas de ordem social e moral. As necessidades sociais passam a ser uma necessidade de assistência médica e, com isso, destacam-se os processos de medicalização impulsionados pelos interesses comerciais e de mercado associados ao desenvolvimento da economia capitalista. Essa intervenção no mundo social faz parte de uma intrincada rede que tem como objetivo final a coesão social (Frazão; Minakawa, 2018). Diante disso, observa-se que o modelo da atenção psicossocial tem o seu processo dificultado ao tentar reverter toda uma lógica contemporânea. Como exemplo, pode-se citar os CAPS's que devem produzir os cuidados de forma a ultrapassar a ordem global de apelo da indústria farmacêutica e do modelo biomédico. Dessa forma, nos questionamos: até qual ponto conseguimos reverter esses fundamentos atuais no cuidado ofertado pelos serviços substitutivos? (César; Melo, 2018).

Diante dessas questões que relacionam Estado-sociedade com os processos de cuidados em saúde, cabe destacar que a ausência de uma escuta qualificada pode simplificar questões complexas que perpassam a vida desses sujeitos e, assim, a medicalização pode surgir como uma forma central de cuidado. Conforme pode ser observado no caso de E. que demonstra insatisfação ao relatar que suas demandas e sugestões, sobre o seu próprio processo de tratamento, não são acolhidas pela equipe do CAPS AD III. Isso impacta negativamente na sua visão do serviço especializado como meio de obter apenas a prescrição medicamentosa: “Agora vou lá só pra pegar os remédios mesmo e vou conversar com esse psicólogo aqui (aponta para o profissional da Equipe do Consultório na Rua)” (DC, 31/08/2022). Danilo também sinaliza o foco medicamentoso, do cuidado em saúde, ofertado pelo CAPS AD:

*Danilo: A (cita o nome de um profissional) só quer me aplicar remédio, só me dar remédio. A (cita o nome do profissional) só quer me dar remédio, só quer me aplicar remédio. Tays: Então no CAPS AD você acha que o cuidado é todo voltado para a questão do remédio, da medicação? Danilo: É ué, é tudo remédio. A (cita o nome do profissional) ela não pode me ver. Ela já me vê e já faz a receita azul do diazepam. Entendeu?*

Dessa forma, faz-se necessário questionar até qual ponto uma assistência médica individual será capaz de solucionar as mais diversas necessidades de saúde dos sujeitos. Apesar de necessária em alguns momentos, torna-se insuficiente diante de uma realidade complexa permeada por processos políticos, econômicos e sociais excludentes (Frazão; Minakawa, 2018).

Para Franco e Merhy (2005) a busca pelo serviço de saúde se dá quando o usuário percebe que o dispositivo pode ofertar algo para resolver o seu problema.

Nesse sentido, cabe destacar o relato de James que sinaliza a necessidade de repensarmos o modelo do CAPS AD III para que de fato atenda as especificidades dos sujeitos que fazem uso de drogas:

*James: Não tem aquela coisa igual era antes[...] da gente chegar lá ter uma coisinha pra você fazer, tinha uma terapia ocupacional pro cê ficar ali[...] agora vou ficar lá dentro do CAPS [...] é legal [...] agradeço muito lá [...] agora... ficar andando pra lá e pra cá, como se eu fosse aqueles paciente assim... que tem problema de verdade, igual retardado mesmo. Ando pro um lado, não tô fazendo nada, olha pro um lado, tô fazendo o que... tá vendo televisão, tá vendo televisão... vou lá conversar com um... você pede uma coisa pra um... num... num tem mais aquele tempo... num tem nada [...] chega lá você fica andando pra lá e pra cá igual um zumbi, parece até que você tá drogado sem ter usado droga. Entendeu?*

Conforme apresentado por Costa *et al.* (2015), a construção e consolidação da rede assistencial sobre drogas é um desafio. Uma das dificuldades consiste na “transposição do modelo assistencial” da saúde mental para a área de drogas. Segundo os autores, os CAPS AD não podem replicar um modelo do CAPS geral, pois as pessoas que frequentam os serviços para tratamento de drogas possuem características diferentes dos usuários do CAPS para transtornos mentais. Assim, faz-se necessário adequar os modos de produção dos cuidados, no que tange ao tratamento na área de drogas, para o perfil dos sujeitos atendidos de forma a considerar os determinantes psicológicos, sociais e econômicos que os constituem.

Com o objetivo de ampliar o debate em torno do cuidado ofertado pelo CAPS AD III, cabe apresentar os resultados do levantamento das ações ofertadas, especificamente, para as pessoas em situação de rua, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2022. O levantamento excluiu todas as duplicatas de usuários. Portanto, os resultados levam em consideração o número de usuários diferentes que passaram por cada ação descrita; e não o número de ações realizadas. Tendo em vista que o mesmo usuário poderá receber a mesma ação – oferta de cuidado – por inúmeras vezes. Para exemplificar, utiliza-se a ação “Encaminhamento ao leito de saúde mental em Hospital Geral” que fora realizada por 21 vezes, mas entre 14 usuários diferentes; ou seja, uma mesma pessoa fora internada mais de uma vez. Assim, segue a Tabela 2 com os resultados alcançados:

Tabela 2 - Descrição das ações desenvolvidas em CAPS AD III por número de usuários atendidos

<b>Ações</b>	<b>Número de Usuários</b>
Acolhimento diurno	12
Acolhimento noturno	8
Encaminhamento ao Leito de Saúde Mental em Hospital Geral	14
Retornos	27
Articulação Intersetorial	5

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados do CAPS AD III (2022).

Através de uma sumária desses procedimentos e com a ressalva de que o levantamento englobou um período considerável da pandemia de COVID-19 no Brasil, observa-se que os encaminhamentos aos leitos de saúde mental em hospital geral podem sinalizar que o CAPS AD realiza o atendimento de pessoas em situação de rua com riscos clínicos associados ao consumo de substâncias psicoativas – tendo em vista a função dos leitos de saúde mental na RAPS, conforme consta na Portaria nº148, de 31 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012b). Ademais, pode-se observar a dificuldade do CAPS AD em ser um dispositivo territorial, pois grande parte das ações descritas acima são restritas ao espaço físico do serviço e os atendimentos individualizados (retornos) foram priorizados – o que indica a predominância de um modelo ambulatorial.

De acordo com César e Melo (2018), o CAPS se configura através de uma produção de cuidados em rede que ultrapassa as fronteiras do serviço e, nesse sentido, tem-se a saúde enquanto uma produção social. Nesse sentido, para os autores, essa configuração dos CAPS's enquanto serviços territoriais - algo que vai muito além da sua área de abrangência e de um território geográfico; pois contempla o território como espaço humano, permeado de aspectos dinâmicos e históricos da estrutura social - ainda não ocorreu. Existem algumas questões que podem estar relacionadas com essa dificuldade dos CAPS's em se estabelecerem enquanto serviços territoriais, quais sejam: “(a) a inscrição desses serviços dentro da lógica da hierarquização do sistema de saúde; (b) a sua dupla função de ambulatório e serviço territorializado; (c) a não compreensão dos conceitos como processos históricos” (César; Melo, 2018). Assim, acredita-se que as intervenções realizadas, especificamente, no CAPS AD precisam ser constantemente reavaliadas a fim de ofertar um cuidado mais efetivo e conectado com as necessidades dos usuários do serviço (Costa *et al.*, 2015).

Em relação as particularidades do tratamento para o uso de drogas, cabe destacar a busca por procedimentos específicos de cuidados em saúde, como: inúmeras demandas por aferição de pressão arterial, medicações, liberação ou agendamento de exames e encaminhamentos até

outros dispositivos da rede. Nesses casos, pode-se considerar as necessidades concretas de quem vive nas ruas, ainda mais quando se trata dos agravamentos de saúde devido ao uso prejudicial de drogas.

A maior parte dos sujeitos denotaram prejuízos de saúde advindos do uso de etílicos. Nesses casos, observa-se uma demanda frequente de avaliação odontológica e clínica devido as crises convulsivas recorrentes ocasionadas, em sua maioria, pela Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). Diante desse quadro, a queda da própria altura acaba causando uma série de machucados na face e a perda ou quebra de dentes ocorre como consequência. Ao serem questionados sobre o suporte do SAMU nessas situações, obtive as seguintes respostas: Danilo: “[...] nem adianta, na hora que dá meu nome, sabe que eu sou do CAPS e nem vem!” (DC, 27/09/2022); Edinho: “[...] até para uma pessoa normal é difícil, imagina pra nós que tá aqui na rua [...] Ainda mais se falar que é de cachaça” (DC, 27/09/2022)

Alguns relatos das entrevistas também denotam o agravamento das condições de saúde nas ruas e a desassistência dos serviços públicos:

*Claudinei: [...] dei crise essa semana e quem me socorreu foi quem tava perto de mim. [...] meus amigos que tava perto de mim foi que me socorreu. Eu nem vi eu cair também, nem eu vi eu cair, porque eu bebi bastante*

*Danilo: [...] eu tô passando mal. Tô passando mal todo dia de manhã. Tays: De crise convulsiva? Danilo: É, ué... todo dia de manhã. Tays: E aí o que você faz quando dá a crise convulsiva? Danilo: O que faço? eu tenho que tomar dois comprimido... eles tava no meu bolso aqui (Devido aos fortes tremores de extremidades, ocasionados pela S.A.A, Danilo não consegue retirar as medicações do bolso e se irrita)*

Os relatos evidenciam a desassistência nas situações de urgência e emergência e, de alguma forma, podem ser representados nas mortes de cinco pessoas em situação de rua, que tive conhecimento do falecimento, no decorrer do trabalho de campo (DC, 30/08/2022; DC, 05/09/2022; DC, 07/10/2022; DC, 18/10/22; DC, 07/04/23). Ressalta-se que uma suicidou-se e quatro apresentavam crises convulsivas recorrentes – dessas, uma sofreu Traumatismo Craniano Encefálico após queda da própria altura em via pública. Uma marca em comum na vida dessas pessoas era o uso de prejudicial de etílicos. Sabe-se que dentre os sujeitos mencionados, quatro possuíam prontuário no CAPS AD III e um havia negado qualquer suporte das equipes de saúde. Todas as mortes foram comunicadas por outras pessoas também em situação de rua. Nenhum óbito fora relatado por outros dispositivos da rede para a eCnR.

Existem sujeitos que em virtude de determinadas marcações sociais são vistos e outros não, conforme apontado por Rodrigues (2020) ao realizar uma revisão bibliográfica do luto na obra de Judith Butler. Por esse viés sociológico, a autora articula ao tema do luto a noção de necropolítica ao considerar que “[...] a tarefa é pensar não apenas na precariedade de cada uma dessas formas de vida, mas pensar no que sustenta a condição de possibilidade de manter essas vidas precárias.” (Rodrigues, 2020, p. 67). Com essa perspectiva, somente as vidas passíveis de luto recebem apoio social, econômico, cuidados em saúde, emprego, reconhecimento social, direitos de expressão política, entre outras formas de reconhecimento da vida desde o seu nascimento (Rodrigues, 2020). Nesse sentido, pode-se dizer que as pessoas em situação de rua não possuem uma vida reconhecida, enluta e preservada e, assim, torna-se possível naturalizar e justificar as condições sub-humanas em que elas vivem, bem como as violências sofridas – ou até mesmo clamar pela violência com o objetivo de extermínio desses corpos. Afinal, trata-se de um corpo “morrível”, “descartado” e “matável”. Nesse sentido, cabe destacar o conceito de “mistanásia”, descrito por Ricci (2017) como uma morte *adjetivada*, não natural ou normal. Segundo o autor, essas mortes evitáveis e precoces pedem uma transformação social e pessoal, principalmente no contexto latino-americano fortemente marcado pela desigualdade social.

Apesar disso, observa-se movimentos e agências dessas pessoas na luta contra esse abandono à precariedade por parte do Estado. Nas ruas, esses sujeitos carregam muito mais que uma simples demanda específica de cuidado em saúde. Eles trazem nas suas histórias as marcas da exclusão, opressão, fome, violência, estigma, entre tantas outras feridas que a vivência na rua impõe. Nesse sentido, cabe destacar alguns trechos que sinalizam as condições vulneráveis aos quais se encontram e, nas entrelinhas, observa-se uma demanda por mais segurança – tanto dos seus corpos, quanto dos seus pertences:

Danilo: [...] não aguento mais essa vida, a gente não pode ter nada que as pessoas roubam [...] hoje só o - cita o nome de um companheiro do grupo - ficou com colchão” (DC, 30/08/2022).

Danilo: [...] *é sofrimento demais. Olha pra você vê: eu tinha 3 coberta, 2 azul da aeronáutica [...] o cara, o senhor da aeronáutica que trouxe pra mim aqui [...] Hoje eu tô sem nada. Só tô com essa coberta aqui ó [...].*

Para além das questões materiais, outros relatos denotam um sofrimento associado a vulnerabilidade dos seus corpos nas ruas:

*Edinho: A vivência na rua, a vivência não é muito boa, não é muito boa. Você vive com um olho aberto e outro fechado, correto? Eu durmo de dia, vou ficar de noite acordado, entendeu? [...] tô do lado da delegacia, ninguém vai bater em mim aqui. [...] eu queria ter... meu colchão, meu fogão, queria ter o meu teto... pra ficar tranquilo. Porque a noite acontece o crime. Tays: Qual crime você fala?. Edinho: Eu não tenho inimizade com ninguém não, mesmo não tendo inimizade nego ainda briga comigo. [...] Se eu tivesse inimigo eu nem tava aqui conversando contigo, eu tava morto. Eu não tendo inimigo nego já tá batendo em mim (risos). [...] roubando [...] imagina se eu tivesse inimigo, já tava morto vei.*

*James: [...] na rua foi ruim sim, mas foi bom e foi ruim. Foi muita coisa que eu passei: apanhei, fiquei preso, adoeci... aí só coisa ruim, sabe?*

*E.: [...] tenho que sair da rua... fora o (cita o nome de outra pessoa em situação de rua), né? Tenho medo dele fazer ruindade comigo (DC, 29/08/22).*

Em relação ao receio de ser violentado, um dos interlocutores comenta que precisa fazer uso de étlicos para conseguir dormir nas ruas. Contudo, ao mesmo tempo, ressalta o risco de um uso abusivo de bebidas alcoólicas, no contexto das ruas, por diminuir de forma considerável a sua chance de defesa: “Às vezes penso que pode chegar qualquer um e jogar gasolina na gente e tacar fogo. A gente morre sem ver” (DC, 07/10/2022).

Segundo o último diagnóstico da população em situação de rua no Brasil, entre os anos de 2015 e 2022, houve uma média de 17 notificações por dia de violência contra as pessoas em situação de rua notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Minas Gerais ocupa o segundo lugar, entre os estados, com o maior número registros dessas notificações. Cabe destacar que nem sempre os trabalhadores registram as informações no sistema de saúde e, provavelmente, existe uma subnotificação dos dados apresentados (Brasil, 2023d).

Vários estudos demonstram as violências sofridas por pessoas em situação de rua, como, por exemplo as discussões de Esmeraldo Filho e Ximenes (2022), que, em pesquisa realizada em Fortaleza-CE, demonstraram uma alta porcentagem de violências sofridas pelas pessoas em situação de rua, com destaque para a violência estatal, tais como: as discriminações no serviço público e a violência policial. Os autores também observaram a violência entre as próprias pessoas do grupo, geralmente, nas formas de roubos, furtos, agressões físicas e assassinatos.

Muitas vezes, como desdobramentos das situações de furtos e da falta de um espaço adequado para guarda dos pertences nas ruas, é comum inúmeras solicitações da segunda via dos documentos pessoais. Fato que dificulta o acesso aos serviços da rede socioassistencial e impede o recebimento de algum auxílio financeiro do governo. Como é o caso do Sr. C. que solicitou uma articulação com o CREAS, para buscar a segunda via dos seus documentos, com

a intenção de realizar um empréstimo no banco (DC, 26/08/2022). Infelizmente, alguns dias depois, fui informada de que C. havia sido roubado nas ruas - uma quantia aproximada de cinco mil reais (DC, 05/09/2022).

Os bancos ofertam empréstimos não só para as pessoas aposentadas, mas também para aqueles que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Danilo mesmo é um exemplo: segundo ele, o seu empréstimo iria terminar somente em 2028 e o pouco que recebia era para pagar a pensão dos dois filhos – assim, apesar do desejo de ter sua residência, permanecia nas ruas pela falta de recursos financeiros (DC, 29/08/2022). O mesmo aconteceu com F. que, após a dívida, não conseguiu mais pagar as diárias de um hotel que tinha costume de ficar (DC, 05/09/2022). Portanto, os empréstimos realizados não resolvem a complexidade da vida dessas pessoas e acabam por intensificar suas dificuldades financeiras ao pagarem uma dívida, recheada de juros, por muitos anos. Cabe destacar que sujeitos supracitados referem ter aceitado a proposta do banco em momentos de fissura por drogas e, após destinarem todo o dinheiro no consumo das substâncias psicoativas, se arrependem do acordo.

Essas pessoas, portanto, são vítimas das construções econômicas, sociais e políticas do nosso país. Um entrevistado deixa isso muito claro ao pontuar a sua dificuldade em conseguir emprego. Para além da falta de oportunidade, devido a estigmatização sofrida, cita a impossibilidade de organizar a sua vida – em meio ao cotidiano da rua – de modo a adequar as exigências de um trabalho formal:

*Edinho: Tays, deixa eu fazer uma pergunta pra tu [...] quem vai dar serviço pra mim? [...] Quem vai dar serviço pra um louco? Louco é falar, mal arrumado [...] vão direto ao assunto? Eu não tenho onde morar, não tenho nada. Como vou fazer marmita? Como vou me alimentar? Fica difícil, num fica? Você concorda comigo ou não?*

*Tays: Você se organizar pra você conseguir trabalhar, é isso?*

*Edinho: ah, você entendeu agora entre aspas.*

*Tays: Sim, estando na rua como isso dificulta, né?*

*Edinho: Demais, você sabe disso. [...] Quem confia em pessoas que moram na rua? Ninguém. Ninguém. Sabe o que eles imaginam? É ladrão, é bandido, é isso e aquilo... quem sabe da minha vida sou eu.*

Dessa forma, a rua se torna um ambiente limitador para os sujeitos desenvolverem as suas potencialidades e capacidades. Fato que impacta diretamente nas suas formas de subsistência e, com isso, tornam-se dependentes da caridade ou de órgãos públicos para sobreviverem. Além disso, conforme identificado no estudo de Moura Júnior. *et al.* (2013), a estigmatização funciona como uma prática de opressão e discriminação que ocorrem em diversos espaços, inclusive nos serviços públicos que deveriam ser lugares de acolhimento.

Portanto, pode-se considerar que esses olhares opacos impactam diretamente no não reconhecimento das potencialidades das pessoas em situação de rua. Segundo os autores, esses sujeitos, ao terem as suas competências enfraquecidas, diante de práticas de agressão, vergonha e humilhação, podem responder das mais diversas formas e, inclusive, deixarem de frequentar determinados espaços públicos e não buscarem por seus direitos.

Como pode ser observado na situação de James ao mencionar o impedimento médico de realizar uma cirurgia cardíaca por ele ser uma pessoa em situação de rua e fazer uso de drogas. No decorrer do encontro, James me apresenta o encaminhamento, do profissional de saúde (lotado em um serviço hospitalar), direcionado ao CAPS AD III. Conforme consta no referido documento, os seguintes dizeres merecem transcrição: “[...] o paciente não tem onde ficar e ele mesmo manifesta a possibilidade de nova recaída e a certeza de má adesão ao tratamento, pois tem desejos de parar mas não tem a força de vontade necessária [...]”. Além disso, James afirma que o médico conversou apenas com sua família e que ele não teve oportunidade de opinar sobre o seu tratamento (DC, 28/09/2022).

Segundo Goffman (1980), o indivíduo estigmatizado não é elegível para aceitação social completa, tendo em vista que sua ‘marca’ ou ‘sinal’ o designa como menos valorizado em relação as outras pessoas. Conforme discutido por Ronzani e Furtado (2010), esse processo de estigmatização é agravado no caso de pessoas que fazem uso de drogas por ter uma forte conotação moralizante e individualização do problema. Como agravante, alguns sujeitos internalizam esses estigmas e acabam por acentuar os danos sofridos.

Portanto, considerar as vivências desses sujeitos e os impactos socioculturais, envolvidos no uso de drogas, são fundamentais para construção de políticas públicas mais coerentes com o cotidiano das ruas e, conseqüentemente, no estabelecimento de ações estratégicas de cuidado em saúde direcionadas a esses sujeitos. Quando isso não ocorre, pode-se pensar em um cuidado não efetivo por parte dos trabalhadores de saúde ou, até mesmo, um desserviço no caso de agravamento de determinada condição de saúde.

Outro exemplo claro que envolve a falta de efetividade no cuidado em saúde, relaciona-se as prescrições de algumas medicações que não são dispensadas pela farmácia municipal – ou seja, elas só são adquiridas se a pessoa conseguir dinheiro para comprá-las. Isso aconteceu com J. que apresentava vários episódios de crises convulsivas e, como consequência, machucados visíveis na face e dentes quebrados. Mesmo após inúmeras queixas de falta de acesso a medicação e reavaliação clínica pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, a prescrição de um anticonvulsivante que não era dispensado gratuitamente pela farmácia municipal foi mantido. Como esperado, J. continuou convulsionando pelas ruas da cidade (DC,

29/08/2022; DC, 31/08/2022; DC, 05/09/2022; DC, 12/09/2022). Assim também aconteceu com o Sr. G. que, após uma cirurgia de hérnia umbilical, saiu com prescrição de apenas um dipirona de 1mg que também não era dispensando pela farmácia do SUS; além da dor, a eCnR avaliou que G. estava com infecção no local (DC, 27/09/2022). No caso de G., duas negligências podem ser consideradas: a prescrição e a falta de uma avaliação adequada. Na tentativa de amenizarem os danos advindos dessas situações, a eCnR adquiria com recursos próprios dos profissionais alguns itens essenciais para os cuidados em saúde das pessoas em situação de rua. Como aconteceu no caso de J. que ao queixar de uma forte rachadura no pé – provavelmente devido as andanças e o chinelo já desgastado – a eCnR utilizou um óleo de girassol que fora comprado através de uma ação coletiva da equipe, já que não era fornecido pelo município e rotineiramente utilizado nos cuidados desses sujeitos (DC, 12/09/2022).

Dentro do SUS, o Programa Farmácia Popular do Brasil, implantado em 2004, possui distintas vertentes com objetivo principal de ampliar o acesso da população a medicamentos. A expansão e relevância do programa é inegável no país; contudo, sabe-se da necessidade de promover uma visão articulada entre acesso aos medicamentos com a oferta de cuidados em saúde de qualidade para a população, através de uma perspectiva ampliada de integralidade da assistência – em contraposição a uma visão simplista de uso da medicação apenas como bem de consumo (Silva; Caetano, 2015). Discussão difícil de avançar diante dos retrocessos do governo Bolsonaro que não priorizou o Programa na agenda de saúde do governo federal e, além disso, enviou ao congresso um projeto de orçamento que previa o corte de 59% dos recursos previstos para o Programa da Farmácia Popular (Estadão, 2022).

Impactados pela fragilidade de uma Política Nacional, pode-se pensar nas práticas locais dos profissionais de saúde, atuantes em serviços públicos, que, por vezes, realizam intervenções descontextualizadas da realidade vivenciada no cotidiano das ruas e da própria trajetória de vida dos sujeitos atendidos. Dessa forma, interroga-se: eles estão contribuindo para solucionar qual problema? Seria isto um cuidado ou um descuidado?

Em conformidade com Merhy (2004), o modelo médico hegemônico, ao diminuir a dimensão cuidadora, anula o sujeito que passa a ser apenas um “objeto” para viabilizar a produção de procedimentos, ou seja, há uma imposição do trabalhador diante da falta de escuta do sujeito. Para o autor, o sujeito pode, momentaneamente, sentir-se satisfeito com essa produção; até que no caminhar de sua trajetória observe que o “produto/resultado” recebido não resolveu o seu problema.

De maneira oposta a esse modelo, existem abordagens assistenciais que possuem uma atuação responsável, com maior defesa da vida, diminuição dos riscos e agravamento das

condições de saúde, além do desenvolvimento de ações que permitem uma maior autonomia do sujeito no seu modo de percorrer o caminho (Merhy, 2004). Como pode ser observado no caso do Sr. H. Um senhor de idade aparentemente já avançada que possui uma trajetória de vida marcada pelas andanças de bicicleta pelo país. Entre os percursos, sofreu um acidente e teve que realizar uma cirurgia na perna esquerda. Sr. H. conta que o médico optou por engessar o local como prevenção, mesmo sem critério clínico, ao compreender a sua dificuldade em manter o repouso necessário e fixar-se por muito tempo em uma cidade. Com a perna imobilizada, Sr. H. conseguia passear pela praça durante o dia e sua recuperação foi mais rápida para seguir viagem (DC, 12/09/2022; DC, 27/09/2022). Percebe-se, portanto, que o profissional buscou atender a demanda em saúde apresentada de forma a considerar as particularidades da vida de um itinerante.

Nesse caso, observa-se que a intervenção do profissional é direcionada pela proposta de redução de danos e clínica ampliada. A Redução de Danos, no campo da Saúde Mental, permite uma reflexão ética do trabalho e, assim, a inventividade e o movimento podem emergir no lugar de respostas prontas e acabadas. Portanto, a prática e a política de cuidado para as pessoas que fazem uso de drogas devem fazer jus as demandas complexas elaboradas por esses sujeitos (Petuco, 2020). Da mesma forma, a clínica ampliada e compartilhada ao possuir uma proposta contra-hegemônica ao modelo biomédico, permite que as necessidades dos sujeitos sejam atendidas para além do corpo, ou seja, do que o olhar empírico possa alcançar; pois, o seu diferencial concentra-se na amplitude da intervenção ao considerar o sujeito e o seu contexto, ao invés de focar somente na doença (Contatore *et al.*, 2017).

Diante disso, pode-se considerar que o cuidado em saúde das pessoas que vivem nas ruas deve ser ampliado para um cuidado de vida. Através de uma perspectiva psicossocial, o cuidado em saúde deverá abranger os modos que os sujeitos caminham pela vida e as marcas dessas trajetórias na subjetividade de cada um. Todavia, com a cautela de não reduzir condições complexas meramente a fenômenos fisiológicos ou psicológicos. Principalmente, quando se trata da situação de rua, que possui intrínseca relação com aspectos macroestruturais de ordem política, econômica e social do nosso país.

Da mesma forma, o uso de drogas não pode ser tratado por uma perspectiva individualizante, mas situado a partir de um lugar (Quem usa? Onde usa? Como usa? O que significa para o sujeito?). Em nenhum momento do trabalho de campo os sujeitos queixaram apenas do consumo de drogas de forma isolada de qualquer outra demanda de cuidado. Ressalta-se que não se pretende negar os prejuízos advindos de um uso abusivo de drogas nas ruas; mas, considera-se que o uso de drogas é somente mais um desafio a ser analisado entre

tantos outros na vida de quem não tem nada – apenas marcas da vulnerabilidade e opressão. De forma geral, a demanda apresentada foi de um sofrimento social clamando por escuta. Neste ensejo, ressalto a necessidade do cuidado em saúde se adaptar para atender as demandas específicas das pessoas em situação de rua que possuem modos próprios de trilharem os seus caminhos.

## 5.2 PRÁTICAS QUE SE COEXISTEM: ENTRE O ACOLHIMENTO E A COERÇÃO

Busca-se realçar os encontros com profissionais e determinadas instituições que, em alguns momentos, compuseram cenários importantes no caminho da pesquisa. Conforme sinalizado por Merhy e Franco (1997), as diversas formas de produção de saúde estão articuladas com poderosas forças instituídas e instituintes que se cruzam com o modo operativo de cada trabalhador.

Como ponto de partida, apropria-se da concepção de Baremlitt (2002) para definir as instituições: “[...] são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos” (Baremlitt, 2002, p. 25).

Cabe destacar que, na lógica institucional, pode-se distinguir duas forças produtivas: a do instituído e do instituinte. Quando há a prevalência do instituído, as instituições tendem a capturar os processos de subjetivação singulares e, por natureza, há uma tendência a não mudar e gerar um resultado, ou seja, remete a algo estático que cumpre um papel histórico de regular as atividades sociais através de leis, normas, hábitos ou padrões. Por outro lado, as forças instituintes transmitem uma ideia dinâmica, de processo (em contraposição à resultado), pode aparecer como uma atividade revolucionária, criativa e transformadora (Baremlitt, 2002).

A divisão entre instituições, organizações, estabelecimentos, agentes e práticas, proposta por Baremlitt (2002), não será considerada nesta escrita por extrapolar o nosso objetivo. Para esta análise, as instituições serão representadas pelos serviços públicos percorridos no decorrer da pesquisa e as práticas de cuidado visualizadas através do complexo modo operativo de cada trabalhador, seja da área de saúde ou de assistência social. Assim, pretende-se descrever o cenário geral de cada serviço com suas práticas de cuidados em saúde, de acordo com as observações da pesquisadora, com as narrativas dos sujeitos que participaram do estudo e dos próprios profissionais.

Inicialmente, a partir dos registros das observações participantes, cabe destacar a dinâmica do trabalho da eCnR. Ressalto que, os dados a respeito dessa equipe foram descritos com maiores detalhes, por ter sido o serviço que mediou grande parte do processo de campo da presente pesquisa. De forma geral, através dos registros do diário de campo, observa-se o trabalho da eCnR como um grande produtor de cuidado para as pessoas em situação de rua. As práticas de cuidado dessa equipe são marcadas pela itinerância, pelos encontros e desencontros, pelas ações que na maioria das vezes não permitem programação, pela criatividade, inovação e, principalmente, pela resistência. A resistência, aqui descrita, pode ser entendida como uma luta permanente e diária para que as pessoas em situação de rua tenham menos direitos violados. E um outro tipo de resistência, talvez bem parecida das que as pessoas em situação de rua apresentam, que diz respeito ao silêncio, sentimento de exclusão, cansaço e os desvios ou fugas da própria rede de cuidado. Ademais, muitas vezes, a eCnR dependia de contatos pessoais, com profissionais de outros serviços públicos, para articularem a continuidade do cuidado para as pessoas em situação de rua.

Ao circular com a equipe por outros dispositivos da rede, pude vivenciar e, só assim, compreender suas queixas relacionadas as dificuldades de acesso aos serviços. Eles são recebidos, em alguns locais, de forma semelhante as pessoas em situação de rua. Tamanho os olhares e descaso. Sentia que a todo momento a eCnR tinha que acompanhar, literalmente “chegar junto” e falar sobre questões óbvias, como os direitos das pessoas em situação de rua, para outros profissionais. Só assim era possível imaginar o mínimo de acolhimento para aqueles que não queriam comparecer sozinhos, seja a uma consulta ou a um atendimento de urgência. Curiosamente, os sujeitos solicitavam o acompanhamento da eCnR para acessarem alguns dispositivos da saúde ou da assistência social que, legalmente, deveriam atender a demanda espontânea (DC, 31/08/2022; DC 05/09/2022; DC 12/09/2022; DC 14/09/2022; DC 28/09/2022; DC 07/10/2022; DC 11/01/2023; DC 18/01/2023).

Um fato que me chamou atenção fora a prestação de suporte pela eCnR às pessoas domiciliadas, muitos haviam saído das ruas recentemente e outros há um tempo maior. Alguns não aceitavam o suporte da UBS de referência e, muitas vezes, preferiam continuar sendo acompanhados pela eCnR devido ao vínculo estabelecido; e esse cuidado não era negado. Z. era uma dessas pessoas que comparecia a sala da eCnR para buscar suas medicações e conversar um pouco. Andava mais para chegar à sala da eCnR do que se fosse a UBS próxima a sua residência. Mesmo na falta de alguns membros do corpo, fazia questão de andar a pé para rever a equipe, quase que diariamente. Segundo alguns profissionais, o mesmo havia sido encontrado quase sem vida, na rodoviária, debaixo de várias cobertas. Para completa estabilização do

quadro clínico, necessitou de internação hospitalar por 3 meses. Era nítida a gratidão de Z., para com a equipe, ao comparecer quase sempre com uma sacola recheada de pães de queijo para todos tomarem café (DC, 12/09/2022; DC, 23/09/2022).

Da mesma forma, é o caso de Edinho que, durante a pesquisa, chegou a se mudar para uma residência e dividir o aluguel com outras pessoas – que também estavam em situação de rua. A equipe manteve o acompanhamento com visitas domiciliares frequentes, para que o vínculo não fosse fragilizado, devido a possibilidade de haver um retorno repentino para as ruas. Isso aconteceu com Edinho; logo após um breve período domiciliado, com queixa de conflitos com outras pessoas na casa, resolveu voltar para as ruas (DC, 05/09/2022; DC, 13/09/2022).

Um grande ponto positivo observado, deve-se a pouca rotatividade dos profissionais da eCnR. James e F. falaram sobre um vínculo construído há muitos anos e fortalecido com o tempo (DC, 29/08/2022; DC, 07/10/2022). Em um dos atendimentos, James pontua que a profissional o acompanhava há quase 8 anos e a chama de “cabelinho de milho” de uma forma carinhosa (DC, 07/10/2022). F. comenta que duas profissionais chegaram a conhecer a sua mãe, que havia falecido há alguns anos, e demonstra gratidão pelo cuidado ofertado em uma das épocas mais difíceis de sua vida (DC, 29/08/2022).

A potência do acompanhamento territorial pela eCnR reflete nas narrativas, de todos os entrevistados, como o serviço que mais oferta ações de cuidados nas ruas:

*Claudinei: É mais consultório na rua que eu procuro.*

*Tays: E o cuidado que o senhor tem recebido?*

*James: Tenho... tenho. De vocês, dos menino aqui (refere a eCnR).*

Além disso, apresenta ser a equipe mais procurada quando os sujeitos possuem alguma demanda em saúde:

*Danilo: [...] eu pisei em um buraco que tem lá na porta do banco do brasil.*

*Tays: E você já mostrou isso pra alguém da equipe de saúde?*

*Danilo: Não, não mostrei nem pra (cita o nome da profissional da eCnR) hoje.*

*Edinho: Eu vou lá quando eu quero (refere a sala da eCnR).*

*Tays: Você acha que te ajuda ou não faz diferença?*

*Edinho: Ajuda, ajuda... se eu quiser ir num dentista eu vou no dentista, se eu quiser ir num médico eu tenho um médico.*

*Tays: Te ajuda a chegar até esses lugares?*

*Edinho: Isso[...].*

Araújo e Schramm (2017), a partir de uma etnografia realizada com a eCnR na cidade do Rio de Janeiro, demonstram que o funcionamento dessa equipe permite o acesso da população em situação de rua aos demais dispositivos da rede. Dessa forma, conforme destacado por Vale e Vecchia (2019), pode-se considerar que a eCnR é fundamental para fomentar a continuidade do cuidado, prevenir agravos de saúde e contribuir para a oferta de melhores condições de vida nas ruas, tendo como princípio uma atuação baseada na proposta de redução de danos.

Acredita-se que a potência do cuidado dessa equipe pode estar relacionada a presença constante dos profissionais nos territórios junto com a população em situação de rua e, conforme apontado por Wijk e Mângia (2019), essa vivência cotidiana favorece o reconhecimento das necessidades dos sujeitos e a construção de relações baseadas no vínculo. Nesse sentido, a equipe apresenta suas forças instituintes ao promover a criação de cuidados transformadores, conforme descrito por Araújo e Schramm (2017), alinhados com ações condizentes às necessidades de um público heterogêneo nas ruas, apesar de todos os desafios encontrados nesse processo.

Todavia, observa-se que essas práticas de cuidados no território podem se diferenciar a depender da instituição e do profissional que as realizam. Como pode ser observado na fala de um entrevistado:

*Daniilo: Não, o pessoal do (cita o nome da instituição) não parece aqui não, o pessoal do (cita o nome da instituição) aparece... aparece aqui só pra pegar nossa assinatura [...]. [...] não tem abordagem nenhuma, cadê eles? Cadê a abordagem deles?*

*Tays: Nem de dia?*

*Daniilo: Ah, nois morre lá em cima lá. O Sr. (cita o nome de um conhecido) tá lá em cima... deve tá deitado lá perto da padaria (comenta sobre a grave situação de um companheiro que não conseguiu deslocar para próximo do grupo naquela noite. Alguns dias depois, essa mesma pessoa veio a óbito em via pública).*

Dessa forma, conclui-se que uma mesma potencialidade de ação dos serviços - nesse caso, as abordagens territoriais - podem não seguir um padrão de cuidado. Em conformidade com Franco e Merhy (2013), isso ocorre devido a singularidade das práticas de cuidado - que envolvem uma compreensão da dinâmica e complexa micropolítica de cada trabalhador - além da existência de uma produção subjetiva, no encontro entre profissional e usuário, que envolvem o cuidado em ato. Assim, algumas produções em saúde podem gerar acolhimento, vínculo, autonomia e satisfação; ou por outro lado, produzir ações sumárias, burocráticas e,

com isso, insatisfação. Portanto, por mais que a ação seja a mesma, pode-se considerar que o aumento ou a redução da potência de agir depende de cada trabalhador ao executar o cuidado.

Nesse sentido, cabe destacar o trabalho de uma instituição, vinculada à Secretaria de Assistência Social do município, que atravessou o percurso da pesquisa por ser um local de acolhimento das pessoas em situação de rua, em períodos diurnos e noturnos, com ofertas de atendimentos, refeições, higienização, lavagem e secagem de roupas. O local de funcionamento da referida instituição é atraente, pois possui uma estrutura ampla, com pinturas novas e cômodos bem distribuídos. Todavia, existe algo que vai muito além de uma estrutura física adequada ao perpassar pelo campo relacional entre trabalhadores e acolhidos. Para iniciar a discussão sobre esse local em específico, optou-se por utilizar a narrativa de um sujeito que descreve um movimento dinâmico no processo de cuidado dessa instituição: Daniilo: “[...] eu chegava lá com bebida e ele conversava comigo, falava pra deixar a bebida lá que no outro dia eu pegava, mandava eu ir tomar banho e comer. Agora não tem nada disso[...]

 (DC, 23/09/2022).

Esta pesquisa limita-se as observações recentes da instituição supracitada e, portanto, não faz análises comparativas dos diferentes modos de cuidados ao longo do tempo. Inicialmente, cabe destacar que, nas visitas ao local, a identificação era necessária para que um dos funcionários abrisse o portão de entrada. Na área interna foi possível observar uma série de informativos que sinalizavam as regras do local, no intuito de padronizar as condutas dos acolhidos, conforme descrito: “A entrada ... é realizada até às 22 horas; não é permitido entrar na casa sob efeito de álcool ou outras drogas nem portando objetos que possam ser risco para si e para terceiros; é permitido assistir televisão até às 23 horas; antes das 6 da manhã é PROIBIDO fazer barulho no interior e exterior da casa por respeito aos demais e a vizinhança; após acordar, organizar seus pertences, a cama e seguir a escala de limpeza; expressamente PROIBIDO jogar lixo e escarrar nas escadas e áreas comuns; expressamente PROIBIDO fumar no interior da casa. Nos fundos há lugar específico para essa finalidade; o não cumprimento das regras poderá acarretar o desligamento”. O informe do banheiro, continha os seguintes dizeres: “10 minutos para homens e 15 minutos para mulheres”; o horário dos banhos eram, previamente, definidos: “pessoas acolhidas: após às 18:30h; não acolhidos: de 14:00 às 16:30 horas”. O horário de café da manhã, também, era claro: “Somente de 06:30 às 07:30 horas” (DC, 26/08/2022; DC, 31/08/2022).

Em uma visita noturna em conjunto com a eCnR, nessa mesma instituição, Sr. G. aproveitou alguns comentários sobre futebol para solicitar que a televisão fosse liberada para assistirem ao jogo do Atlético que estava sendo transmitindo naquele momento. O profissional

não permitiu e justificou que os jogos poderiam ser assistidos somente nas quartas e aos domingos, conforme as regras instituídas pelas referências técnicas. Sr. G. não questionou a negativa. Após esse episódio, foi possível observar que os acolhidos estavam assistindo televisão na sala. Era um filme antigo com imagens e som bem ruins – aparentemente, nada atraente. Nesse momento, apesar de ter entrado no mesmo ambiente inúmeras vezes, constatei que não havia sofá – talvez, prestei mais atenção, ao identificar que algumas pessoas cochilavam sentadas. Havia somente poltronas e umas cadeiras de plástico. Logo avistei mais um informativo que constava: “Permitido sentar na poltrona apenas para assistir televisão” (DC, 27/09/2022).

Uma outra mulher em sofrimento psíquico que, habitualmente, frequentava a instituição, refere gostar do local e pontua: “[...] tem comida, né? Banho quente e dorme no quentinho também”. Sinaliza os horários que é permitido tomar banho e pronuncia uma palavra inteligível. Um profissional da eCnR questiona o que foi dito, e ela responde: “é umas coisa que tem que obedecer” (DC, 12/09/2022).

Mediante essas observações, apesar da instituição não ser um local fechado – as pessoas são acolhidas por vontade própria e não existe uma obrigatoriedade em relação a permanência na casa – pode-se associar às normas de funcionamento, na busca de um padrão homogêneo de condutas, aos escritos de Goffman (2015) sobre as instituições totais. Para o autor, o que fundamentalmente constitui uma instituição total é o seu modo de funcionamento e a forma como os comportamentos das pessoas são moldados e ajustados para corresponderem às expectativas da família, da sociedade e da equipe dirigente. Goffman (2015) aponta sobre as “regras da casa” que constituem um conjunto explícito e formal de prescrições e proibições ao expor as exigências quanto à conduta dos sujeitos e, assim, os menores segmentos de suas vidas podem estar submetidos aos regulamentos da equipe diretora e, por vezes, aceitos sem qualquer questionamento. Contudo, em caso de desobediência as regras, os castigos são impostos.

No caso da instituição descrita, pode-se substituir o termo “castigo” por “punição”, tendo em vista que em seu regimento interno o acolhido poderá ser “desligado” em caso de transgressão às regras; ou seja, formalmente, a instituição prevê que o sujeito seja expulso e impedido de ser acolhido novamente por prazo indeterminado. As proibições no que tange ao acolhimento são mais severas em relação as pessoas que fazem uso de drogas; pois, os sujeitos, sob efeito de substâncias psicoativas, não podem adentrar a instituição (Deliberação, 2022) e, com isso, podem ser privados de proteções sociais básicas, como: banho e alimentação.

Goffman (2015) aponta que, por haver uma tentativa de padronização do eu pelas instituições totais, as pessoas podem ter os seus direitos permanentemente negados. Além disso,

Pestana (2014) considera que tais condutas partem de um modelo etnocêntrico, pois a pessoa que julga considera apenas o seu modelo sociocultural e ignora a perspectiva do grupo social a qual o sujeito pertence.

Situação observada na narrativa de uma profissional ao deixar claro a associação entre usuário de drogas com criminalidade e/ou periculosidade: “[...] a pessoa sob efeito de droga, geralmente, coloca outras pessoas em risco” (DC, 26/08/22). Além disso, expõe uma diferenciação no que tange ao tratamento ofertado para pessoas que possuem algum transtorno mental, em detrimento das que fazem uso de drogas, ao comentar: “A fulana (refere-se a uma mulher em sofrimento psíquico) é um caso à parte, ela não traz nenhuma questão, não tem dependência... ela tem livre acesso a casa, porque vem para descansar” (DC, 26/08/22).

Para Pestana (2014), existe uma relação assimétrica, percebida nas instituições sociais de assistência, que coloca o profissional em um status de pessoa “normal”, além do suposto saber científico, e o sujeito em um papel de “diferente” – no sentido de anormal e doente. Dessa forma, percebe-se um processo que acentua a estigmatização por meio de um “imaginário da delinquência, da vadiagem e do ócio”. Para a autora, esse olhar que detém o poder é o mesmo que julga, controla e pune.

Nesse cenário, o discurso de guerra às drogas, associado a uma perspectiva moralizante e da abstinência como único caminho possível, destaca-se em outras narrativas: “O dependente químico é acolhido se não estiver sob efeito de substâncias psicoativas... o sujeito já entende que se ele não fizer o tratamento no CAPS AD, não poderá ser acolhido”; “[...] estava em acompanhamento no CAPS e não aceitou as medicações. Aí teve uma recaída e gerou muito problema aqui na casa [...]” (DC, 26/08/22). Esses relatos sinalizam a função do CAPS AD, no imaginário social, como um local de tratamento que tem como objetivo final manter as pessoas abstmias do uso de substâncias psicoativas. Outro profissional, faz o seguinte comentário sobre a saída de uma mulher que estava acolhida: “Deve ter saído para beber, tomara que não volte” (DC, 27/09/2022). Assim, percebe-se que as características individuais e as circunstâncias sociais que envolvem um dito “comportamento reprovável” são ignoradas com o objetivo de legitimar um certo padrão de atendimento.

Outras questões similares também foram percebidas em duas reuniões intersetoriais que envolveram a participação de representantes da saúde e da assistência social. Uma das pautas diz respeito a um novo fluxo, na rede dos serviços socioassistenciais, para realização do CADUNICO das pessoas em situação de rua – a proposta faria com que as exigências para esse público não fossem as mesmas de pessoas domiciliadas. A mudança englobaria um encaminhamento ao CREAS, localizado em outro ponto da cidade, com o objetivo de

comprovar a veracidade das informações declaradas; ou seja, a equipe técnica deveria atestar que o relato do sujeito, quanto a “situação de rua”, era fidedigno e somente com esta declaração, por escrito, que seria possível a realização do CADUNICO em um outro equipamento vinculado à Secretaria de Assistência Social. Nesse mesmo encontro – ao considerar que o CADUNICO está diretamente associado a um possível recebimento de auxílio do Governo Federal – o entendimento acerca da burocratização para o cadastro dessas pessoas, talvez, possa ser esmiuçado através da fala de uma servidora: “[...] agora podem comprar drogas amparados pela lei.” (DC, 26/08/2022; 31/08/2022).

No decorrer da discussão, cabe ressaltar que alguns profissionais de saúde não concordaram com a proposta e pontuaram que o fluxo violaria os direitos das pessoas em situação de rua por necessitar de comprovar algo que era auto declarável. Além disso, uma profissional, da eCnR, acrescenta: “A gente vê os encaminhamentos tirando os direitos das pessoas em situação de rua. Porque até mesmo quando acompanhamos uma pessoa até outro serviço da rede, os profissionais direcionam a fala pra gente, e anula a pessoa.” (DC, 26/08/2022). Nesse sentido, interroga-se: até qual ponto as instituições direcionam, com mais severidade, as suas forças instituídas para sujeitos específicos?

Dessa forma, corre-se o risco de as regras internas dos dispositivos socioassistenciais serem mais severas com os usuários de drogas. Lamentavelmente, as normativas municipais podem estar respaldadas em políticas nacionais instituídas sem qualquer respaldo científico e, como agravante, não terem a participação dos usuários nas construções dos regimentos internos dos serviços institucionais. Deste modo, observa-se sujeitos que não se adequam a um funcionamento institucional rígido, inflexível e, muitas vezes, incompatível com as possibilidades de suas vidas nas ruas. Situação que desfavorece a efetividade do cuidado prestado por, muitas vezes, não atingirem o real público-alvo do dispositivo ao dificultar o acesso daqueles que mais precisam de apoio para terem condições dignas de vida. O trecho abaixo demonstra exatamente essa problemática:

*Edinho: [...] dia que cheguei lá (cita o nome da instituição)[...] não vou mentir não, cheguei bêbado. Ai a fulana falou ‘você não pode chegar bêbado’. Ai eu falei ‘fulana, só tô procurando alimentação’. Escutei um monte de merda lá na minha cabeça. [...] não quero voltar mais não. [...] . Eu conheço várias pessoas que eu convivo aqui na rua, fico três ano na rua, quem fica aí não fica (cita o nome da instituição) não.*

As terapêuticas que se fundam na abstinência, são consideradas de alta exigência, pois o sujeito necessita cessar o consumo de drogas para ser inserido em Programas ou, até mesmo,

aceito dentro dos serviços. Assim, entende-se que as falhas na prestação dos cuidados ferem os direitos humanos ao serem embasadas em julgamentos morais, excludentes, criminalizadores e punitivos (Jesus; Lisboa, 2022). Esse discurso conservador das instituições tende a não problematizar os contextos materiais e simbólicos, bastante particulares, do consumo de drogas (Rui, 2006). O entrave pode estar associado a falta de um entendimento claro em relação ao significado particular que o uso de drogas pode apresentar no cotidiano das ruas (Vale; Vecchia, 2019).

Tal situação também ocorre no serviço especializado que oferta cuidados, especificamente, para as pessoas que fazem uso de drogas. Como pode ser observado no caso de C., por exemplo, que está em situação de rua há alguns anos e frequenta o CAPS AD do município como forma de amenizar os danos advindos de um uso abusivo de substâncias psicoativas. Todavia, relata: “Fui tocado por causa de uma garrafa de pinga[...] eu até devolvia, mas – cita o nome da sua referência técnica – não aceitou, não volto lá mais, nunca mais [...]” (DC, 26/08/22).

Danilo, por sua vez, também apresenta resistência em ser conduzido ao CAPS AD III, mesmo diante da fragilidade de sua saúde. Aponta indiretamente a impossibilidade de chegar alcoolizado no serviço e a punição recebida ao ser visto com a bebida alcoólica no local:

Danilo: Não quero ir lá não, o CAPS não é mais como antes. Eles não tratam a gente bem. Eu já bebi hoje, não vou lá mais não. Da última vez fiquei no leito e fui expulso porque eles encontraram meia garrafa de cachaça debaixo do meu colchão. Me mandaram correr pra rua. (DC, 23/09/2022).

Esses relatos sinalizam que o modelo proibicionista e de “Guerra às Drogas” agrava o processo de cuidado ao ser perpassado pelo viés moralizante que prioriza as drogas e desconsidera os sujeitos em suas mais diversas singularidades. Pode-se associar tal problemática a busca pelo cuidado ofertado, pelo CAPS AD III, somente em situações de maior gravidade das condições de saúde nas ruas ou quando há a necessidade de avaliação médica imediata. Em outros momentos, verifica-se uma completa negação em receberem o cuidado ofertado pelo serviço especializado (DC, 26/08/2022; 31/08/2022; DC, 05/09/2022; DC 23/09/2022; DC, 28/09/2022). Situação que corrobora os resultados do estudo de Ximenes *et al.* (2021) ao identificar uma baixa frequência de busca de apoio social direcionada aos CAPS’s.

Ademais, em contraposição a esses relatos que nos demonstram as falhas da reprodução de um modelo proibicionista nos serviços especializados, cabe destacar outros trechos de entrevistas em que os sujeitos queixam do fácil acesso às drogas dentro do CAPS AD:

*Claudinei: Ahh, tá sendo... do CAPS é muito ruim... muito ruim. Porque lá entra droga, né?!*

*James:[...] aquela vez, foi a última ou penúltima vez que eu fui pra lá, eu bebi foi lá dentro. Eu fui sem beber, mas chegou lá dentro eu fiquei ruim... tinha quatro garrafa de pinga lá dentro, dentro do quarto... aí eu fui lá dentro achei e perguntei o cara, o cara falou “é meu”, ah vou tomar um golinho, fui tomando, fui tomando[...].*

Diante desse contexto, o último interlocutor acrescenta a necessidade do CAPS AD se estruturar como um modelo fechado e de vigilância:

*James: É assim... lógico que todo lugar tem que ter regra... todo lugar tem regra. Agora assim... você sai pra onde você quiser... agora você sai pra onde você quiser. Tem lá fora aberto, lado da frente aberto, o fundo aberto, se você quiser ir lá no campo [...].*

Essas narrativas podem se associar aos diferentes modos de cuidados que são (re) produzidos, por vezes, dentro das mesmas instituições. Locais que mudam constantemente as suas formas de atuação a depender de determinado contexto sócio-histórico, como, por exemplo: dos representantes das gestões municipais, estaduais e federais; das legislações vigentes; das participações populares na construção de políticas públicas; e dos profissionais que estão atuando, naquele momento, dentro dos serviços. Essas forças instituintes e intuídas, visualizadas também através das ações de cuidados que transitam entre acolhimento e coerção, são perceptíveis nos relatos dos sujeitos que ora buscam uma forma de cuidado, ora outra. Portanto, a discussão em torno da precariedade de um cuidado integral à saúde, destinado aos sujeitos usuários de drogas em situação de rua, não é tão simples. Além disso, nem sempre a produção de saúde denota estar comprometida com as necessidades dos sujeitos, ainda mais quando falamos da complexidade que perpassa a vida das pessoas em situação de rua.

Dessa forma, identifica-se a necessidade de reorientar as práticas de cuidado, que não são exclusivas do campo da saúde e se entrelaçam com processos sociais produtores de múltiplas formas de sociabilidade, para atender as reais demandas dos sujeitos (Contatore *et al.*, 2017). A mudança no modo de produção de cuidado vai além do entendimento do processo de trabalho, pois requer a desterritorialização dos trabalhadores e de saberes hegemônicos – um território que não é físico, mas existencial – ou seja, a produção de uma nova subjetividade deste trabalhador e também do usuário. Processo este que permite a produção de um cuidado marcado pelo encontro de subjetividades ativas, com foco no campo relacional, ao permitir

“espaços de fala, escutas, olhares, signos”. Para haver essa transição, faz-se necessário o rompimento com o modelo médico hegemônico que engessa e enrijece as estruturas que compõe o processo de trabalho, além de negar os desejos que se manifestam na construção de novas práticas em saúde (Franco; Merhy, 2013).

Contudo, observa-se que o desenvolvimento do neoliberalismo reforça a lógica biomédica e farmacológica, além de desconsiderar as dinâmicas sociais relacionadas à vida pública e à gestão do Estado como produtoras dos sofrimentos psíquicos da atualidade. Esse viés, desvinculado do entorno social, não permite a compreensão das questões a partir de um aporte histórico, sociológico e relacional (Neves *et al.*, 2022). Assim, os “agenciamentos capitalísticos” continuam ativos nas subjetividades das pessoas e operam na produção da saúde (Franco; Merhy, 2013).

Nesse sentido, percebe-se que as forças instituídas em algumas instituições, tendem a manter uma lógica de trabalho que sustenta a manutenção do *status quo*. Por outro lado, as forças instituintes podem ser enfraquecidas por permitirem a inventividade e criação, ou seja, novas formas de produção de saúde construídas por e para os sujeitos – ao invés de meramente seguirem protocolos específicos com intencionalidades claras. Assim, observa-se que essas práticas de cuidados, permeadas por ações de acolhimento e de coerção, se coabitam nos serviços públicos e perpassam a todo momento a vida das pessoas em situação de rua que realizam ‘movimentos’ para agenciarem as contradições dessas múltiplas formas de cuidados.

### 5.3 RESISTÊNCIAS E PRODUÇÃO DE CUIDADOS: OS MODOS DE ANDAR NO COTIDIANO DAS RUAS

Diante de toda a complexidade das demandas apresentadas, pelas pessoas em situação de rua, que desafiam a universalidade, equidade e integralidade do SUS, observa-se a dificuldade na construção das políticas públicas, em especial, as de saúde. Assim, um maior número de sujeitos é excluído dos direitos sociais básicos e, até mesmo, dos direitos humanos (Paiva *et al.*, 2016). Portanto, torna-se necessário destacar as práticas de cuidados realizadas pelos próprios sujeitos e as formas de sobrevivência desenvolvidas nas ruas mediante as recorrentes negativas, impedimentos e dificuldades por eles relatados. Para tanto, conforme apontado por Loures *et al.* (2016), parte-se da perspectiva do cuidado, por uma ótica ampliada, ao considerar as relações que os sujeitos estabelecem em seus contextos de vida a fim de (re) construir as suas redes sociais no território.

Entre encontros e desencontros foi possível observar a dinâmica corrida da rua durante o dia e a aglomeração de pessoas à noite. Apesar da perambulação por diversas partes do centro da cidade, visualiza-se certos grupos formados em alguns pontos estratégicos, como embaixo de árvores para aproveitar a sombra em um dia quente, ou debaixo de uma marquise em um dia chuvoso, próximo a um posto de gasolina para facilitar o acesso a um banheiro gratuito, até mesmo perto de supermercados e praças com grande movimentação de pessoas para conseguir dinheiro com as atividades, denominada por eles, de “manguear”. Em contrapartida, após o fechamento dos comércios, é comum observar as pessoas se aglomerando. Habitualmente, os mesmos grupos são formados, em oportunos lugares da cidade, nas noites, geralmente frias de Barbacena. Essas são algumas das estratégias para sobreviverem nas ruas, captadas pelo olhar da pesquisadora e registradas ao longo do diário de campo.

Apesar das dificuldades, a rua denotou ser um espaço de vida, cuidado mútuo e compartilhamento, ao dividirem entre eles o que já é pouco para um. Como pode ser observado no encontro noturno com O. que prontificou a acolher um companheiro, que havia acabado de chegar na cidade, em seu “esconderijo” e ceder uma coberta – afinal, ele possuía duas. Situação semelhante ocorreu em um encontro com um senhor, ao repartir o pouco de salgadinhos - que havia acabado de receber de uma jovem – com um grupo de aproximadamente sete pessoas. Esse mesmo grupo ficava reunido quase todas as noites, no mesmo local, à espera de marmitas, sopas ou lanches distribuídos por uma organização informal e por um advogado da cidade que era muito enaltecido por eles nas ruas. Conforme sinalizado na fala de Danilo durante a entrevista: Danilo: “[...] *nois tem muito parceiro aqui... – cita o nome - o advogado. [...] É um ótimo, é um ótimo... (choro) aquele lá é o principal.*”.

Em uma noite, com temperatura de 09° graus, presenciei a entrega de vários potinhos de sopa por um mototáxi. Segundo o grupo, esse advogado realizava a distribuição de sopas, nas noites mais frias, e lanches quase todos os dias; por vezes, pagava terceiros para realizar as entregas. Danilo diz: “[...] é a mesma sopa que ele e a família come e é ele que cozinha.”. Um senhor, que estava ao lado, comenta: “Ele é um homem de Deus.” (DC, 30/08/2022). No decorrer do trabalho de campo, pude perceber que os sujeitos tinham prazer em falar da relação que possuíam com o advogado; não somente pelo recebimento de doações, mas por sentirem acolhidos por alguém que era ‘diferente’ do grupo – afinal, isso não era comum em meio a tanta invisibilidade social.

Nesse sentido, pude observar que, por vezes, os sujeitos realizam movimentos para demarcarem a sua diferença em relação as pessoas ditas como ‘normais’. Tal situação pode ser

exemplificada na fala de Edinho ao pontuar a diferença do meu lugar enquanto pessoa e pesquisadora:

*Edinho: Não conheço sua vida pessoal, se se pai é bem de vida se sua mãe é bem de vida, sei que você tem uma filha maravilhosa, a convivência com seu esposo se é boa ou ruim não me interessa. Mas você não sabe o dia de amanhã. O dia de amanhã é o cão, é o cão chupando manga. Hoje você tá por cima e amanhã por baixo. [...] você entendeu o que estou te explicando? É muito fácil, você tem a sua cama, você tem a sua filha, você tem o seu fogão, você tem o seu marido, seu esposo, você tem tudo. Eu já tive isso, hoje eu não tenho.*

Essa entrevista foi realizada em frente a uma delegacia da polícia civil – um lugar de muita movimentação de pessoas. Nesse dia, estava sentada em um banco juntamente com mais duas pessoas em situação de rua e ao nosso lado tinha vários pertences de Edinho que havia dormido no local naquela noite. Senti-me incomodada com os olhares das pessoas que passavam. Percebi que alguns policiais saíram da porta da delegacia, passaram em frente ao banco e, talvez, não por coincidência, cumprimentaram somente a mim – como se quisessem dizer: Está tudo bem? Os olhares denunciavam que aquele não era o meu lugar. Certamente, não poderia dimensionar os processos de exclusão que essas pessoas vivenciam todos os dias. Talvez, seja por isso os seus movimentos de afirmarem que é impossível nós, no nosso mundo, entender por completo o que eles vivem, em um outro mundo – realidades tão antagônicas e, ao mesmo tempo, intencionalmente (re) produzidas pelo nosso sistema socioeconômico.

Portanto, para que seja possível uma aproximação do sentido das falas desses sujeitos que, realmente, ocupam lugares bem diferentes dos nossos, é preciso estarmos atentos aos efeitos da alteridade no nosso processo de trabalho – seja ele qual for. Os escritos de Fassin (2016) versam sobre a distância de alguns profissionais, geralmente pertencentes a classe média, que parecem “viver em outro planeta”, ao não entenderem as expressões verbais e corporais de sujeitos que possuem outras gramáticas de produção de sua existência. De alguma maneira, o autor nos convida a refletir sobre a posição de lidarmos com determinados sujeitos como refugiados dentro do seu próprio país. Nesta direção, para o autor, existe um risco de as soluções serem forjadas desde a perspectiva única de quem detém o poder e, dessa forma, não responder aos problemas de uma classe popular.

O trecho abaixo nos mostra exatamente essa dificuldade de compreensão não só dos profissionais, mas das pessoas como um todo. Pode-se correlacionar o relato de James a de um imigrante que não é compreendido em um país estrangeiro:

*James: [...] eu queria falar com alguém, mas ninguém me aceitava. Eu queria conversar com alguém, mas ninguém me entendia. Ai então eu larguei mão, falei “ah... sou o lixo mesmo” eu mesmo assumi que era o lixo [...] fiquei, virei esse lixo, entendeu?*

Conforme descrito por Traverso-Yépez (1999), ao utilizar a contribuição de autores como Vygotsky e Bakhtin para o campo da linguagem, o sentido dos discursos se constitui a partir da (inter) ação social e, conseqüentemente, do reconhecimento de momentos históricos, culturais e institucionais. Portanto, o significado da linguagem é inseparável do contexto a qual ela ocorre. Assim, a preocupação não estaria nos construtos mentais ou processos internos dos indivíduos; mas, nos esforços de analisar as práticas discursivas, em contextos mais amplos, vinculados à realidade social.

Nesta perspectiva, ao analisarmos de forma geral o relato de James, é possível levantarmos as seguintes questões: como essas práticas cotidianas de exclusão, ou os variados modos de desumanização, se apresentam? Tais práticas podem ser percebidas e (re) produzidas nos próprios atos e corpos dos sujeitos? Como esses sujeitos agenciam essas questões no cotidiano das ruas? Segundo o dicionário, ‘lixo’ é definido como “o que não se pode aproveitar do que se utiliza; sobra” (Dicionário Online de Português, 2023). Pode-se associar essa descrição com os enquadramentos sociais que compreende a vida de uns e não se compreende a vida de outros e, assim, algumas pessoas são lançadas para fora ao se constituírem um “resto de vida” no jogo de hierarquias sociais. Esse enquadramento é balizado, sobretudo, em função de uma corporalidade tida como degradada e repulsiva – não por ela ser abjeta em si mesma, mas por estar associada a uma falha moral e, portanto, passível de ser desprezada (Rui, 2021).

Ademais, esse mesmo trecho pode sinalizar a presença de um estigma internalizado quando James aponta que aceitou se tornar o ‘lixo’ que foi a ele atribuído por outras pessoas. Em uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, Soares *et al.* (2011) descreve que o estigma internalizado ocorre na medida em que o sujeito estigmatizado tem consciência sobre os estereótipos negativos em relação a sua condição e os aplica a si próprio. Além disso, os autores ressaltam que esse processo de internalização do estigma gera várias implicações psicológicas e práticas na vida dos sujeitos, como: diminuição da autoestima, culpa, autorreprovação, perspectivas limitadas de sua recuperação, restrição de suas relações sociais, entre outros efeitos que podem ser muito mais danosos do que o próprio ‘transtorno’ em si.

Por outro lado, cabe destacar outros movimentos que utilizam essas marcas/sinais – estereótipos negativos – como forma de autodefesa em situações de vulnerabilidade. Como, por exemplo, no caso de Edinho que ao comentar sobre sua experiência na fronteira do Brasil com

a atividade de “mula”, caracterizada pelo transporte drogas de um país para o outro, deixava o cabelo e a barba bem grandes e andava sujo, com apenas uma mochila nas costas, para fingir ser uma “pessoa da rua” e, dessa forma, não ser barrado por policiais. Edinho afirma: “[...] assim ninguém nunca me parou.” (DC, 05/09/2022). Dessa forma, deixa explícito como a consciência dos estereótipos negativos relacionados a sua imagem – invisibilidade de uma pessoa com as marcas da sujeira – foram favoráveis na criação de estratégias para manutenção do seu trabalho ilegal e, de alguma forma, da sua sobrevivência.

Em relação as diversas formas para sobreviver nas ruas, Edinho comenta sobre a ausência de banheiros públicos na cidade e seus arranjos e rearranjos para garantir a higienização básica, como: a utilização dos banheiros de postos de gasolina; o banho na rodoviária – que não é realizado diariamente por não ser gratuito; e suas roupas que são lavadas na casa de um conhecido (DC, 07/10/2022). No decorrer da entrevista, Edinho também deixa claro que as estratégias são necessárias para quem vive nas ruas: Edinho: *[...] mas você sabe que na rua tem as doideras, mas você se vira, dá uma pedrada na cabeça dos cara (risos), você dá seus pulo, mano!”*.

Conforme sinalizado no trabalho de Esmeraldo Filho (2010) as pessoas em situação de rua aprendem meios para garantir a sobrevivência, como: a melhor forma para conseguir dinheiro, onde se alimentar e lavar as roupas, como e onde realizar o mínimo de higienização do corpo, quais instituições poderão auxiliar, em quem confiar, entre outras formas de se apropriarem do território para alcançar o mínimo de recursos para viver.

Dessa forma, pode-se concluir que existem os mais diversos movimentos de criações para suportarem as condições de pobreza materializada na falta de moradia, insegurança alimentar, dificuldade de acesso à saúde, discriminação, invisibilização, violência e más condições de higiene (Vale; Vecchia, 2019; Ximenes *et al.*, 2021). A insegurança alimentar, por exemplo, é destacada na fala de vários sujeitos. Apesar das diferentes estratégias para se alimentarem, observa-se a dependência de doações realizadas por pessoas da sociedade civil de forma unânime nos relatos:

Claudinei: *[...] Mas, só que tem difícil é o alimento mesmo, porque o alimento [...] não sei, está sendo muito difícil. Só isso que tenho a dizer.*

James: *[...] com vergonha de ficar assim, dos outros ficar fazendo as coisas pra mim. Eu ter que ficar assim ‘ah não, agora eu tenho que ir na casa da dona pra ela me dar um prato de comida. Me dá um, um café’. Entendeu? [...].*

*Edinho: [...] duas e meia eles me dão o almoço. Pelo menos morrendo de fome eu não fico. Entendeu? É o que eu te falei, água eu tenho aqui, tenho minha pinga também, não vou mentir não (risos) [refere a oferta do almoço por um restaurante da cidade].*

*T.: [...] sem comida a gente num fica, todo mundo dá” [comenta ter almoçado em quatro restaurantes diferentes na cidade e ter tomado muito whisky no dia anterior)]. [...] quando não tenho dinheiro para as bebidas mais caras pego lá no cemitério, deixo um pouquinho pra oferenda e bebo o resto (risos). (DC, 30/08/2022).*

Mesmo antes da situação de rua, uma marca em comum, nas histórias de vida desses sujeitos, foram as experiências de pobreza e violência. Como pode ser observado na infância de T. que estudava perto de uma capela e tinha a alimentação garantida apenas quando alguém morria:

*T.: [...] dava meus sentimentos pra dona que mais chorava e perguntava se podia tomar um cafezinho, todo mundo deixava. Comia muito... abria a mochila e levava um monte pra casa, porque tinha que pegar muito. A gente nunca sabia quando teria alguma coisa pra comer de novo. (DC, 30/08/2022).*

Todavia, nem sempre a realização desses (re) arranjos é uma tarefa simples. Um exemplo é a dificuldade no autocuidado das pessoas que realizam um uso de drogas abusivo com perda de controle do consumo. Como pode ser observado no agravamento de saúde de Danilo que, em alguns encontros, denotava a impossibilidade de realizar qualquer atividade que demandava um deslocamento, como: levantar para conseguir comida e realizar higienização básica (DC, 05/09/2022; DC 23/09/2022; DC 27/09/2022; DC 28/09/2022; DC 18/01/2023; DC 27/03/2023).

Em relação ao consumo abusivo de etílicos, observa-se a dificuldade de romper um ciclo cruel: quando desejam diminuir o consumo são acometidos por fortes tremores de extremidades, fraqueza e, até mesmo, novos episódios de crises convulsivas; assim, a única opção é retomar o uso para melhorarem os sinais/sintomas clínicos e conseguirem realizar o mínimo de autocuidado, ou melhor, sobreviverem. Diante desse cenário, assumo concordância com o estudo de Ivsins *et al.* (2019) ao identificar que os programas de apoio para os casos de intoxicação por álcool ainda não se destacaram no movimento de redução de danos – talvez por o álcool ser considerado uma substância lícita. Nesse sentido, os autores pontuam que as intervenções baseadas na exigência da abstinência falham ao atender esse público que é duplamente impactado – tanto devido ao uso de alto risco de álcool, quanto pelos processos de marginalização e vulnerabilidades estruturais.

Contudo, cabe destacar que também existem sujeitos que possuem um maior controle do consumo de drogas e não passam por essa sequência de danos clínicos. Como é o caso de T. que, em um encontro noturno, afirmou a necessidade de se alimentar e cuidar um pouco de si para retomar o consumo de drogas somente no dia seguinte (DC, 30/08/2022). Segundo Carneiro (2018), há uma busca por ocultar esse uso sadio.

Diante disso, cabe destacar os sentidos do consumo de substâncias psicoativas no cotidiano das ruas: o álcool e o tabaco aqueciam as noites geladas de quem não tinha cobertas para dormir, e o crack diminuía a fome dos que não haviam conseguido se alimentar. Situação que pode ser identificada em uma noite, de baixa temperatura, no encontro com Danilo que, ao fumar, aponta para a sua garrafa de cachaça e diz: “Essa é a única forma de aquecer no frio.” (DC, 29/08/2022). Edinho, ao contextualizar o medo de dormir nas ruas devido ao risco de sofrer violência, afirma: “[...] tenho que beber, senão não durmo.”. Em relação a sua dificuldade de socialização, diz: “[...] com a bebida fico mais calmo, converso mais... é outra pessoa.” (DC, 07/10/2022). Na entrevista esse mesmo discurso aparece: Edinho: “[...] sabe por que eu bebo? Pra esquecer os meus problemas e pra eu dormir, dormi não, cochilar.”.

Apesar de satisfazerem carências muito diferenciadas, o consumo de drogas possui em comum a busca por um “excesso de bem estar, um ótimo estar” (Carneiro, 2018, p.28). Desse modo, o uso de substâncias psicoativas faz parte do cotidiano das ruas como forma de suportar as vulnerabilidades diárias, dores físicas e sofrimentos cotidianos. Por outro lado, se for um padrão abusivo, pode agravar tais situações – que representam violações de direitos humanos – e prejudicar a saúde (Vale; Vecchia, 2019). Em concordância com Carneiro (2018), mesmo que o consumo seja prejudicial à saúde, a escolha é inteiramente subjetiva e a autonomia do sujeito deve ser respeitada desde que não ofereça risco a terceiros.

Nos casos em que há prejuízos à saúde, também são observadas produções potentes de cuidados realizadas pelos próprios sujeitos no cotidiano das ruas. Em um dos encontros, mediante a falta de acesso ao antibiótico, um senhor estava colocando própolis em sua ferida como forma de diminuir a infecção do pós-operatório (DC, 27/09/2022). Em outra ocasião, um usuário jogou cachaça no seu machucado com a intenção de desinfetar o local, tendo em vista que o seu pedido de soro fisiológico e faixa para realização do curativo foi negado pelos profissionais de saúde (DC, 27/09/2022). Mediante tantos impedimentos, também é comum movimentos de resistência ao não aceitarem a oferta de cuidado em saúde por parte de algum serviço público; apesar de estarem, muitas vezes, na própria sala da eCnR – antagonicamente, recebendo o cuidado em saúde ao serem escutados e terem um espaço de fala.

Vale e Vecchia (2019) apontam que mediante as necessidades não atendidas e, eventualmente, não codificadas pelos profissionais dos serviços públicos, os sujeitos desenvolvem estratégias, para lidarem com o sofrimento, baseadas em um repertório cultural prévio que, muitas vezes, são decorrentes de conhecimentos tradicionais. De forma geral, os autores evidenciaram o autotratamento como a principal forma de cuidado das pessoas em situação de rua.

Contudo, tais práticas não são reconhecidas pelos serviços públicos como produtoras de cuidado em saúde. Como pode ser observado no caso do Sr. G. que ao utilizar o própolis para auxiliar na infecção de sua cicatriz cirúrgica, mediante uma negligência médica e dificuldade de acesso a medicação prescrita, recebeu o seguinte comentário de um profissional de saúde em tom irônico: “[...] tá melhorando então por causa do própolis”. Nesse cenário, outro trabalhador também questiona o motivo dele estar usando o própolis na ferida e o profissional da saúde responde: “porque ele sabe [...]” (DC, 27/09/2022).

Pode-se constatar que, além de não serem identificadas pelas instituições, as práticas de autocuidado podem não ser reconhecidas, pelos próprios sujeitos que as produzem, como formas de promoção da saúde/cuidado. Conforme destacado nos trechos a seguir:

*Edinho: Posso falar um negócio pra tu, Tays? não tô nem ligando pra negócio da saúde, porque eu não tô fazendo negocio de saúde [...] nada, tô largado mesmo. Tô cuidando nada de saúde.*

*James: Cuidado? Não tinha cuidado mais não... eu me entreguei [...] não tava aí pra nada não... eu me entreguei. Já que tô nessa vida aí mesmo, vou viver muito tempo mesmo nada. Se morreu, morreu. Se viveu, viveu. Se eu morrer amanhã vai ser um favor. Eu me entreguei. Então aquela coisa que eu fiz ali[...] aquilo era a forma deu [...] deu preencher alguma coisa que tava dentro de mim.*

Tais falas sinalizam que os sujeitos possuem dificuldade em reconhecer as suas mais diversas estratégias e recursos informais – claramente identificados nas observações realizadas pela pesquisadora no decorrer do trabalho de campo – como formas de cuidado em saúde. Por outro lado, pode-se pensar que eles sinalizam formas de sobrevivência que nos faz ampliar o conceito de ‘cuidado em saúde’ para além de uma perspectiva protocolar e institucional. Possivelmente, tal situação, relaciona-se ao fato de os entrevistados identificarem o cuidado em saúde apenas quando há a busca por serviços institucionais:

*Edinho: [...] esse cara encostou o carro e ele é enfermeiro. Ai eu falei: ‘o véi, eu tô descascando tudo, que tá acontecendo?’. Ai ele falou que isso é princípio*

*de cirrose... e você tem que tomar vitamina B1 e B12... sei lá, não sei, não entendo nada, não sou nem enfermeiro e nem médico. Não foi nenhum serviço de saúde não, entende? Foi um cara que encostou um cronos ali, um fiat violento e ele me deu 7 reais.*

*Claudinei: Tenho procurado o posto de saúde [...] procurei o posto de saúde há pouco tempo e eles me encaminharam pro CAPS.*

Em concordância com Contatore *et al.* (2017), o ato de cuidar possui, prioritariamente, o sentido “de diagnosticar, tratar e prevenir doenças” e assume, muitas vezes, o status de uma intervenção externa verticalizada realizada por um especialista. Dessa forma, pode-se considerar que existe uma construção histórica, em torno do conceito de cuidado em saúde, que persiste na contemporaneidade.

Além disso, pode-se pensar que os sujeitos, ao referir situações comuns dos seus cotidianos, nos sinalizam que também precisam dos cuidados institucionais e, por vezes, de ações pragmáticas como respostas efetivas às suas demandas clínicas. Todavia, conforme apontado por Araújo e Schramm (2017), os serviços têm que se atentar para não realizarem um processo de purificação institucional, na qual os aspectos históricos e subjetivos dos sujeitos são excluídos da análise e, nesse sentido, as ações pragmáticas podem predeterminar os grupos a serem atendidos, bem como as datas, horários e funcionamento das ações mais focais. Conforme descrito por Contatore *et al.* (2017), as ações pragmáticas podem estar associadas a outras práticas de cuidados, como: a clínica ampliada e compartilhada que respeita a subjetividade de quem é cuidado.

Dessa forma, lança-se a ideia de como esses cuidados se envolvem e não se anulam ao integrar uma multiplicidade de práticas e saberes, inclusive os associados a um imaginário social que é cotidianamente reproduzido pelo senso comum. Talvez esse seja um ponto crucial: como os saberes institucionais e do senso comum se encontram no cotidiano da vida nas ruas?

Segundo Martins (1998) o senso comum é comum não porque seja algo banal, mas por ser um conhecimento compartilhado a partir das relações sociais. Segundo o autor, esse conhecimento não é só reproduzido; mas, passível de transformação a partir da vida cotidiana – com suas rupturas, contradições e, por vezes, inviabilidade de reprodução – que possibilita a invenção, ousadia, transgressão e criação. Assim, o senso comum não pode ser visto como uma mera (re) produção de processos que imobilizam a vida dos sujeitos (o levam à condição de vítima), mas reconhecido a partir de construções sociais permeadas de sentidos – significados – com base na vida cotidiana. Dessa forma, observa-se novos desafios para a ciência com o término de suas grandes certezas.

Nesta mesma direção, cabe destacar algumas narrativas dos sujeitos entrevistados que não reconhecem o álcool como uma droga e, além disso, um interlocutor denotou maior facilidade para assumir o consumo de uma droga lícita do que de uma ilícita:

*Edinho: [...] álcool eu bebo, mas droga não. [...] Sou alcoólatra mesmo, vou... vou mentir? Se eu fosse um drogado também eu ia falar 'sou drogado e pronto e acabou'. Mas eu não uso droga, minha droga é essa aí. Mas é vício, é vício.*

*Danilo: [...] droga? Que droga eu tô usando? Droga que eu uso aqui [...] bebo é a cachaça. [...] quem quer fumar perto de mim, pode fumar, mas eu não fumo. Mas uma coisa eu vou falar a verdade [...] eu vou tirar até o boné para você. Uma coisa que eu fumo... um baseado, eu fumo.*

Tais trechos nos remetem a reprodução de “falas prontas” que tentam reproduzir o que é moralmente aceito na sociedade. Conforme destacado por Lopes (2019), a temática do uso de drogas foi construída sobre certos determinantes e, com isso, os discursos e verdades produzidos a seu respeito acompanharam algumas configurações simbólicas e sociais que foram historicamente construídas. Além disso, o autor descreve que dado o cenário de desigualdades intrínsecas ao modo de produção capitalista, os processos de pertença e inclusão social são mediados e definidos pelas condições e práticas do consumo – portanto, relaciona-se ao tipo de droga consumida.

Nesse sentido, apesar dos interlocutores citados acima apresentarem danos visíveis à saúde, ocasionados em sua maioria pelo uso abusivo de álcool no contexto das ruas – conforme observado pela pesquisadora no decorrer do trabalho de campo – os seus relatos remetem com mais naturalidade a afirmação de um consumo de álcool (não reconhecido como uma droga) em detrimento ao uso de substâncias ilícitas. Dessa forma, pode-se associar as suas falas com as construções históricas que criam um tabu em torno das drogas proibidas e aceitam socialmente o consumo de outras substâncias por serem regulamentadas ou liberadas. Assim, cabe destacar dois pontos: a necessidade de repensar a normalização de um consumo abusivo de álcool, por vezes, visto como uma substância menos danosa à saúde por ser classificado como uma droga lícita; e as implicações advindas, no que tange a busca por cuidados em saúde, diante do receio de alguns sujeitos em se autodeclararem usuários de substâncias ilícitas.

De acordo com Lopes (2019), a mesma sociedade que se escandaliza com o consumo de drogas nas “cracolândias” é a que desconhece os impactos extremamente nocivos do indiscriminado consumo de álcool. Segundo o estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), o álcool é a substância com maior uso na vida e estima-se uma

dependência por 12,3% da população geral (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2006). Assim, torna-se necessário um entendimento mais amplo e cuidadoso em relação ao uso de álcool, tendo em vista que inúmeras patologias clínicas e outros problemas de ordem social e psicológica podem estar associados ao seu consumo (Ronzani; Furtado, 2010).

Carneiro (2018), ao tentar situar a história contemporânea das proibições das drogas, sinaliza que os critérios de classificação das substâncias - lícitas, ilícitas, lícitas medicinais e recreativas - não são respaldados por evidências científicas com base nos possíveis danos potenciais. Para o autor, isso fica muito claro ao analisarmos os estatutos regulatórios das bebidas alcoólicas. Nesse mesmo sentido, Lopes (2019) afirma que esse sistema regulatório e interpretativo sobre as drogas é sustentado pelo capitalismo ao criar um modelo de párias sociais, sob determinada parcela de usuários de drogas, que servem para justificar um conjunto de estratégias por parte do Estado. Ainda de acordo com Lopes (2019), esse controle do Estado sobre as práticas do uso de drogas, que promovem a continuidade de um modelo proibicionista e excludente, impacta nos cuidados em saúde. Nesse sentido, reconhece-se que para os usuários de drogas lícitas há um conjunto mínimo de orientações sobre os riscos e danos associados ao consumo e, por outro lado, para os usuários de drogas ilícitas permanecem as condições de “[...] marginalidade, exclusão e silenciamento de suas práticas e necessidades, como impossibilidades de pensar a atenção e promoção da saúde.” (Lopes, 2019, p.7).

Portanto, pode-se dizer que existe um fenômeno múltiplo que envolve construções culturais, econômicas e políticas que se entrecruzam com aspectos biopsicossociais dos sujeitos. Por esse viés, entende-se que a origem do proibicionismo vai muito além de questões sanitárias, pois oculta uma expressão biopolítica com justificativas morais, religiosas e médicas. O resultado dessa proibição agrega um valor simbólico nas substâncias que passam a ser “[...] marcadores sociais de exclusão, inclusão, de identidade e de fronteira da ilegalidade por meio da criminalização de condutas.” (Carneiro, 2018, p.34).

Inspirado por essa política proibicionista, o uso de drogas passa a ser compreendido como um problema moral, de crime ou doença e, por esse viés, a abstinência torna-se o único caminho possível. Tal lógica permaneceu, durante muitos anos, no âmbito das práticas em saúde e também na gestão de políticas públicas (Machado *et al.*, 2020). Todavia, mesmo nos dias atuais, percebe-se que esse discurso ecoa na vida dos sujeitos e, de alguma forma, interferem na busca por cuidado em saúde. Como pode ser observado na narrativa abaixo que associa a “melhora” com a cessação do consumo de drogas e, assim, o cuidado em saúde é pensado sob uma perspectiva de afastamento da sociedade: Claudinei: “*Tô procurando melhorar, mas está*

*sendo difícil largar as drogas e a bebida. [...] tenho que ficar internado, fechado e isolado. [...] Isso, fora da rua. [...] Acho que está faltando a internação.”*

Contudo, pode-se considerar que esse relato não foi comum nas narrativas de outros sujeitos, pois nem sempre a abstinência é desejada e possível para as pessoas, principalmente para as que estão em situação de rua. Assumo concordância com Machado *et al.* (2020), ao verificar que os sujeitos buscam pelos serviços de saúde não somente para cessarem o consumo de drogas, mas para reduzi-lo, receberem atenção em relação aos comprometimentos orgânicos e psíquicos, para construir ou reconstruírem os laços sociais que podem estar interrompidos ou fragilizados, além de buscarem por um acesso as condições básicas de vida como alimentação e higiene corporal.

Portanto, observa-se que a busca por cuidado em saúde é atravessada por diversos aspectos subjetivos, orgânicos, sociais e políticos (Machado *et al.*, 2020). Essa situação pode ser exemplificada na busca por comunidades terapêuticas como a única forma de terem acesso à moradia por um período mais prolongado. Conforme citado por F. ao justificar a sua ida para uma comunidade terapêutica: “[...] eu tenho que sair da rua, já tô velho pra ficar nessa situação. [...] estava precisando de um lugar pra ficar, aí eu fui né. [...] me prometeram a minha prótese..., mas não aconteceu nada disso, de lá eu fui pra rua...” (DC, 29/08/22). Por outro lado, Claudinei relata que a vontade de usar drogas nesses locais é menor do que nas ruas:

*Claudinei: [...] tava gostando, lá não tava usando drogas, não tava usando cigarro, não tava usando bebida, não tava prostituindo. [...] vou te falar verdade, porque lá tá fechado... tá trancado. Não tá tendo acesso de bebida, droga... Não tá encontrando com os colega de rua pra chamar... chamar a gente pra beber e usar drogas).*

Percebe-se, ao longo das entrevistas e das observações no cotidiano das ruas, que a busca pelo cuidado em comunidades terapêuticas está intrinsecamente relacionada a vulnerabilidade de um uso abusivo de drogas nas ruas, as negativas apresentadas pelos serviços públicos e a falta de um serviço assistencial que oferte moradia e ao mesmo tempo esteja articulado com os cuidados em saúde necessários. Assim, conforme sinalizado por Ramos e Boarini (2015), por a rede de atenção comunitária não dar conta de atender as demandas apresentadas pelos sujeitos que fazem uso de drogas, as comunidades terapêuticas – com a proposta de isolamento e abstinência – surgem como forma de tamponar um problema. Contudo, geralmente, o problema é agravado ao considerarmos as inúmeras violações de direitos verificadas nesses locais, conforme a última publicação do Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas (2018).

Nesse sentido, considera-se as comunidades terapêuticas como rede paralela e não complementar a RAPS – apesar de ser oficialmente incluída pela Portaria nº 3088 (Brasil, 2011b), não possui princípios condizentes com os preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Além disso, historicamente, não existem provas de sua eficácia em relação ao cuidado em saúde (Ramos; Boarini, 2015).

No trecho a seguir apesar do mesmo interlocutor manter o desejo de retornar para a comunidade terapêutica, observa-se em sua narrativa o fracasso de um “tratamento” isolado da sociedade e baseado unicamente na exigência de abstinência total: Claudinei: “*Pra mim, fiquei nove meses no (cita o nome de uma comunidade terapêutica), não resolveu nada não... eu saí e tô usando. Tô usando a mesma coisa.*”.

Mesmo sem garantias de efetividade, observa-se nos últimos anos um aumento do dispêndio de dinheiro público com as comunidades terapêuticas. Entre os anos de 2017 a 2020, estima-se um investimento por parte do governo federal brasileiro de R\$ 300 milhões. De forma oposta, o investimento público em serviços de base comunitária alterna entre estabilidade e decréscimo nos últimos anos (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2021). Portanto, pode-se concluir que a guinada da extrema direita no poder, representada pela posse de Jair Bolsonaro na presidência em 2019, trouxe o fortalecimento das comunidades terapêuticas como principal eixo de cuidado para as pessoas que usam drogas, além das (contra) reformas na política de saúde mental (Resende, 2021).

Diante desse cenário, cabe destacar as discussões políticas que ocorreram no decorrer do trabalho de campo. Frisa-se que a pesquisa contemplou o período das eleições presidenciais no país, no ano de 2022, marcado por uma enorme polarização, devido as divergências ideológicas, e realizada em plena recessão econômica após a pandemia de COVID-19. As discussões, que abordavam tal temática, foram realizadas pelos sujeitos participantes da pesquisa e, em comum, demonstraram a preferência por um governo de esquerda no poder: um senhor, diabético e com saúde bem debilitada, queixou-se dos impactos do corte de medicamentos da farmácia popular (DC, 23/09/2022); M., ao confirmar para a eCnR que possuía documentos pessoais, disse que guardava o título de eleitor em um barraco para votar no Lula (DC, 29/08/2022); Danilo, por sua vez, disse que havia deixado o título e o documento pessoal na casa de sua ex-esposa para evitar que fosse roubado na rua e impedido de “votar no 13” (DC, 23/09/2022); J., sentado em uma maca na sala da eCnR, ao falar de sua vida com ênfase no desemprego, comenta: “... na época do PT eu tinha meu barraco, e agora tô na rua.” (DC, 12/09/2022). Dessa forma, o direito ao voto pode ser mencionado nesta pesquisa como

um outro grande movimento das pessoas em situação de rua em buscarem melhores condições de vida/cuidados.

Para além das marcas corporais que chamam a atenção, como os dentes manchados, dedos queimados, o emagrecimento severo, as pernas e mãos que tremem, os seus movimentos potentes de cuidados – ou melhor, de vida – e criações merecem destaque ao possibilitar a expressão das mais diversas formas de resistências, negações e outros movimentos fundamentais para sobrevivência nas ruas. Movimentos que ocorrem no complexo cotidiano de se viver nas ruas que podem contribuir sobremaneira para a qualificação das ações, programas e políticas públicas voltadas a este grupo, considerando a importância de produzirmos práticas de cuidado que ocorra em relação aos sujeitos e tendo como mote central aquilo que eles e elas nos sinalizam como importantes e essenciais para suas vidas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É desafiador escrever sobre um possível fechamento do trabalho tecido até aqui, tendo em vista a complexidade que perpassa a vida das pessoas em situações de rua e a própria definição do cuidado em saúde. Nesse sentido, não há a pretensão de esgotar a discussão sobre tais temáticas, nem tampouco romantizar o processo de pesquisa desenvolvido.

Inicialmente, buscou-se evidenciar algumas demandas apontadas pelas pessoas em situação de rua com o objetivo de compreender as suas necessidades no cotidiano das ruas. A partir disso, destacou-se a oferta de cuidados, direcionadas a esses sujeitos, por alguns serviços públicos que compuseram cenários importantes da presente pesquisa. Posteriormente, apresentou-se as produções de cuidados realizadas pelas próprias pessoas em situação de rua a fim de destacar a capacidade de agência sobre suas vidas, os movimentos necessários para sobrevivência nas ruas e a força de ações coletivas que ultrapassam a dimensão de ‘cuidado em saúde’. Portanto, verifica-se que os objetivos da pesquisa foram contemplados, conforme será sintetizado adiante.

Observou-se que existem demandas específicas de cuidados em saúde, como: atenção às urgências clínicas, encaminhamento responsável para os mais diversos serviços da rede de atenção à saúde e socioassistencial, solicitação de marcação de exames, dispensação de medicações, aferição de pressão arterial e glicemia, entre outros atos técnicos de saúde. Soma-se a isso, as necessidades concretas de quem vive nas ruas: moradia, alimentação, vestimenta, local para higienização do corpo e para realização de necessidades fisiológicas básicas, lugar seguro para dormir, oportunidades de geração de renda etc. Todavia, apesar das demandas e necessidades relatadas denotarem certa semelhança, há a necessidade de a produção de ações de cuidados ter um olhar singularizado para cada sujeito assistido. Ademais, somente prover as demandas concretas dos sujeitos não garante o resgate de suas cidadanias.

A partir desse ponto de vista, os participantes da pesquisa sinalizaram que a demanda fundamental de cuidados em saúde está relacionada a um espaço de fala para exporem os seus percursos, suas histórias de vida – enquanto sujeitos - antes e após a situação de rua, os desafios cotidianos, as superações e os sofrimentos nitidamente associados às questões sociais. Observou-se que essa demanda está, direta e indiretamente, relacionada a todas as outras problemáticas colocadas pelos próprios sujeitos no decorrer da pesquisa, quais sejam: a medicalização de questões sociais, o cuidado prescritivo voltado unicamente para as condições patológicas, o conhecimento hierarquizado que desconsidera os saberes dos próprios sujeitos e

a ausência de políticas públicas adequadas as suas necessidades que, conseqüentemente, acarretam em inúmeras barreiras de acesso aos serviços públicos.

No decorrer do trabalho de campo, percebeu-se que os sujeitos buscam por pessoas – não somente por profissionais – que os acolham de forma respeitosa e com uma escuta atenta aos seus relatos. Tal necessidade é evidenciada nos encontros marcados por uma certa facilidade de eles dizerem sobre situações íntimas, dolorosas e, inevitavelmente, denunciarem as mais diversas formas de negligência, exclusão e estigmatização sofridas. Esses encontros eram carregados de falas longas e, em sua maioria, interrompidos apenas devido a algum fator externo das ruas. Despedidas que também sinalizavam a necessidade de retornar no dia seguinte ou em alguma data previamente definida. Pareceu-me uma forma de garantir o espaço de fala e a retribuição do olhar – talvez, não habitual em uma vivência na rua e, portanto, necessário.

Nesse cenário complexo, considerou-se o agravamento das condições de saúde nas ruas, em sua maioria, devido ao uso de alto risco de étlicos e suas implicações diretas nos óbitos relatados por outras pessoas em situação de rua. Tais condições nos sinalizaram que – além da assistência nos casos de urgência e emergência, e possibilidade de desintoxicação no leito de saúde mental em hospital geral – faz-se necessário pensar nas implicações das vulnerabilidades físicas e sociais, no contexto das ruas, acentuadas diante de um consumo excessivo de álcool. Assim, torna-se fundamental o desenvolvimento de políticas públicas capazes de abordar formas de um uso de drogas mais seguro para quem vive nas ruas e, também, na implementação de programas específicos que tenham como foco a diminuição dos vários danos que se cruzam com a Síndrome de Abstinência Alcoólica nesse contexto.

Diante dessas demandas e necessidades, observadas no cotidiano das ruas, não foi fácil considerar os cenários percorridos por essas pessoas no decorrer do trabalho de campo. Inúmeras contradições foram identificadas, desde o próprio contexto das ruas, que transita entre compartilhamento e violência, até a conjuntura das instituições que são perpassadas por ações de acolhimento e coerção. Nesse sentido, as mesmas ações de cuidado, ofertadas pelos serviços públicos, podem nos sinalizar práticas totalmente opostas a depender do profissional que as executam e das instituições que as moldam.

Diante disso, observou-se a imprescindibilidade de consolidar um modelo assistencial de CAPS AD que esteja de fato contextualizado com os perfis dos sujeitos que necessitam do cuidado especializado em torno do consumo de drogas. Além disso, identificou-se que os sujeitos usuários de drogas constituem o público mais impactado com as barreiras burocráticas dos serviços por serem considerados ‘menos merecedores’ dos seus direitos. Tal questão,

relacionou-se com os modelos proibicionistas, normativos, moralistas, coercitivos e punitivos que perpassam alguns cotidianos institucionais e a sociedade como um todo.

Para que possamos avançar nessas temáticas, especificamente relacionadas às drogas, torna-se fundamental movimentos de tensionamento para superação de lógicas proibicionistas, morais e pautadas na abstinência como único caminho possível. A superação desses desafios é complexa, pois as políticas sobre álcool e outras drogas constituem um processo histórico carregado de interesses econômicos e políticos.

Portanto, nesse cenário destrutivo do sistema capitalista e na falta de uma materialização dos direitos à saúde, tornou-se essencial enfatizar as próprias produções de cuidados – movimentos de vida – das pessoas em situação de rua. Assim, foi possível constatar as contribuições fundamentais das redes de apoio no território, os (re)arranjos dos sujeitos para sobreviverem em condições extremas de precariedade, as apropriações dos espaços que se formam no cotidiano das ruas, as práticas de cuidado de si e outras ações que sinalizam a capacidade de agenciamento de suas vidas e a potência de movimentos coletivos. Mediante essas compreensões, os sentidos do consumo de drogas, no cotidiano das ruas, foram indissociáveis da história particular de cada sujeito, marcada por um determinado contexto econômico, social, político e cultural.

A partir dessas concepções, observou-se que o ‘cuidado em saúde’ constitui um ‘cuidado de vida’ ao considerar a dimensão psicossocial nesse processo. Para essa população em específico, existe a necessidade de garantir a sobrevivência e resistir ao árduo cotidiano das ruas que, por vezes, impede o corpo de lutar. Portanto, essas práticas de cuidados em saúde sinalizaram as mais diversas formas de ‘cuidar de si’, ou seja, os movimentos de vida. Por esse motivo, mais uma vez, torna-se necessário abranger as relações sociais e culturais nas diversas formas de cuidados.

Por fim, cabe destacar que a presente pesquisa faz um convite para romper com visão individualizada de ciência que não compreende os fenômenos sociais, históricos e políticos. Portanto, entender como esses sujeitos se organizam, resistem e são perpassados por processos de exploração, dominação e violências cotidianas, torna-se fundamental para compreensão das construções e movimentos de vida necessários para a sobrevivência nas ruas. Nesse sentido, a ética da pesquisa não é restrita ao Comitê de Ética em Pesquisa, mas na compreensão do sujeito através de encontros que possibilitem diálogos, sejam abertos, flexíveis e, principalmente, respeitem o que é singular.

Com esse formato, a pesquisa científica reafirma seu compromisso ético e político na produção de um conhecimento crítico e que pode até mesmo se configurar como ferramenta de

denúncia social potente. Assim como o fazer científico, consideramos a importância de produzirmos políticas sociais em relação com os sujeitos com os quais atuamos e coproduzimos conhecimento. Nesta perspectiva, apostamos que seja possível contribuirmos para a construção de políticas e práticas mais efetivas e condizentes com as necessidades de quem ainda vive nas ruas.

## REFERÊNCIAS

- Accorssi, A.; Scarparo, H. Guareschi, P. (2012). A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.24, n.3, p.536-546, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000300007>.
- Adams, E.A.; Parker, J., Jablonski, T.; Kennedy, J.; Tasker, F.; Hunter, D.; Denham, K.; Smiles, C.; Muir, C.; O'Donnell, A.; Widnall, E.; Dotsikas, K.; Kaner, E.; Ramsay, S.E. *A Qualitative Study Exploring Access to Mental Health and Substance Use Support among Individuals Experiencing Homelessness during COVID-19*. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.19, n.3459, p.01-14, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063459>.
- Adorno, R. C. F.; Rui, T.; Silva, S. L.; Malvasi, P.A.; Vasconcellos, M. P; Gomes, B. R.; Godoi, T. C. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. **Saúde & Transformação Social**, Porto Alegre, v.4, n. 2, p. 04-13, 2013. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265328844003>.
- Alves, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2309-2319, nov. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.
- Angelo, T. Descriminalização do porte de drogas volta a ser discutida no STF. **Conjur** [online], Editoriais, Judiciário, 16 jul. 2023. Disponível em: Descriminalização de drogas para uso próprio volta à pauta do STF (conjur.com.br). Acesso em: 15 ago. 2023.
- Araujo, E.; Schramm, F. R. Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n.3, p.473-481, set./dez. 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253204>.
- Arbex, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 19ª ed., 2017.
- Banco Mundial. **Relatório de pobreza e equidade no Brasil: mirando o futuro após duas crises**. Sumário Executivo, 2022.
- Barbacena. Prefeitura Municipal de Barbacena. **Deliberação nº 204, de 06 de julho de 2022**. Dispõe sobre a Aprovação do Regimento Interno do Núcleo de Apoio ao Cidadão de Rua Barbacena/MG, 2022. Diário Oficial. atos\_08-07-2022\_diariooficial.pdf (barbacena.mg.gov.br).
- Baremblytt, G. F. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 5ª ed., 2002.
- Bellato, R.; Araújo, L.F.S.; Maruyama, S.A.T.; Ribeiro, A. L. (2016). Histórias de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. *In.*: Gerhardt T. E.; Pinheiro, R.; Ruiz, E. N. F.; Silva Junior, A. G. (Org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 1ª ed., 2016. p. 203-221.

Boiteux, L. A Nova Lei Antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. *IBCCrim*, São Paulo, v.14, n.167, p.01–06, 2006.

Bombonatti, G.R.; Saidel, M.G.B.; Rocha, F.M.; Santos, D.S. (2022). *Street Clinics and the healthcare of vulnerable homeless communities in Brazil: a qualitative study. international. Journal of Environmental Research and Public Health*, v.19, n.5, p.01-13.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19052573>.

Brandão, T. M.; Breda, M. Z.; Santos, D. de S.; Albuquerque, M. C. dos S. A necessidade pelo acolhimento noturno em centro de atenção psicossocial: percepções da pessoa que usa drogas. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v.14, n. 2, p. 84-91, abr./jun. 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000383>

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 10 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1028, de 1 de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria). Acesso em: 10 maio 2022.

Brasil. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20institui,de%20drogas%20e%20define%20crimes](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20institui,de%20drogas%20e%20define%20crimes) Acesso em: 15 mar. 2022.

Brasil. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art). Acesso em: 15 ago.2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 10 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Brasília, DF, 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 10 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em: 10 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: 15 maio 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 10 maio 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 18 maio 2022.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN)**. Brasília, DF, 2017e. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Edital de credenciamento SENAD n°1/2018**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia//asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737](https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11797737). Acesso em: 10 abr.2023.

Brasil. **Decreto n° 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 15 ago.2023.

Brasil. **Lei n° 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis n°s 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n°s 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1° de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Presidência da República, Brasília, DF, 2019b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.html) Acesso em: 15 mar. 2022.

Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta Estabelecimento – módulo hospitalar - leitos**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=3105602098946](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3105602098946). Acesso em: 15 maio 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n° 757, de 21 de junho de 2023**. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS n° 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Brasília, DF, 2023a. Disponível em: Ministério da Saude (saude.gov.br). Acesso em: 18 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n° 383, de 30 de junho de 2023**. Institui a Operação Inverno Acolhedor, no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, abrangendo as capitais do Sul e do Sudeste do País. Brasília, DF, 2023b. Disponível em: PORTARIA N° 383, DE 30 DE JUNHO DE 2023 — Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (www.gov.br). Acesso em: 18 set. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n° 660, de 3 de julho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir recomposição financeira para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, previstos na Portaria GM/MS n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF, 2023c. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br) Acesso em: 18 set. 2023.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Relatório da População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal**. Brasília, DF, 2023d. Disponível em: [relat\\_pop\\_rua\\_digital.pdf](relat_pop_rua_digital.pdf) (www.gov.br). Acesso em: 10 set. 2023.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Plano de Ação e Monitoramento para efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2023e. Disponível em: capa\_relatorio\_pop\_rua\_v2 (www.gov.br). Acesso em: 10 set. 2023.

Brown, S.M.; Barman-Adhikari, A.; Combs, K.M.; Rice, E. *Sociodemographic and substance use characteristics associated with typologies and composition of social support networks among youth experiencing homelessness in Los Angeles, USA*. **Health Soc Care Community**, v.28, n. 2, p. 533-543. 10.1111/hsc.12886, 2019.

Bucher, R.;Oliveira, S. R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n.2, p. 137-145, abr. 1994. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101994000200008>.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília, DF, 2006.

Carneiro, H. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Financiamento Público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020**. Conectas Direitos Humanos, 2021.

César, M. A.; Melo, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **Histórias, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.25, n.1, p. 127-142, jan./mar. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008>

Cidade, E. C.; Moura Junior, J. F.; Ximenes, V. M. Implicações psicológicas da pobreza na vida do povo latino americano. **Psicologia Argumento**, Brasília, v.30, n.68, p. 87-98, jan./mar. 2012. <https://doi.org/10.7213/rpa.v30i68.20087>

Coelho, V. A. A. Análise da implantação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no estado de Minas Gerais. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva] - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: Análise da implantação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no Estado de Minas Gerais. (fiocruz.br). Acesso em: 15 out.2022.

Coldibeli, L. P.; Paiva, F. S.; Batista, C. B. Itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua: as múltiplas faces do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.35, p.01-13, 2023. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v35264738>.

Conjur. Alexandre de Moraes encerra audiência sobre pessoas em situação de rua. **Conjur**, Grande Debate, 22 nov. 2022. Disponível em: Supremo encerra audiência sobre pessoas em situação de rua (conjur.com.br). Acesso em: 15 abr. 2023.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 08 set.2023.

Contatore, O. A.; Malfitano, A. P. S.; Barros, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface**, Botucatu, v.21, n. 62, p.553-563, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>.

Costa, P. H. A.; Mota, D. C. B.; Paiva, F. S.; Ronzani, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.395-406, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>.

Cruz, N. F. O.; Gonçalves, R. W.; Delgado, P.G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.01-20, set./dez. 2010. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol002857>.

Dalla Vecchia, M.; Lopes, F.M.; Carbonário, F.A. (Orgs.). **A rua em cena: implantação de projetos de redução de danos em Barbacena/MG**. (Porto Alegre: Rede Unida, 1ª ed., 2016).

Demo, P. **Pobreza política** (pobreza humana). São Paulo: Cortez, 1993.

Dicionário Online de Português. Significado de lixo. **Lixo - Dicio, Dicionário Online de Português**, 2023.

Dimenstein, M.; Simoni, A. C. R.; Londero, M. F. P. Encruzilhadas da democracia e da saúde mental em tempos de pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v.40, p. 01-16, maio/jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242817>.

Engstrom, E. M.; Teixeira, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1839-1848, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>.

Esmeraldo Filho, C. E. **Necessidades de saúde dos moradores de rua: desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza – CE**. 2010. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública] – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, Ceará, 2010. Disponível em: [acervo.fortaleza.ce.gov.br/download-file/documentById?id=c77aeea1-7c6b-4df4-b80e-75d56784442c](https://acervo.fortaleza.ce.gov.br/download-file/documentById?id=c77aeea1-7c6b-4df4-b80e-75d56784442c). Acesso em: 12 set.2023.

Esmeraldo Filho, C. E. (2021). **Pessoas em situação de rua de Fortaleza: a expressão da pobreza e modos de enfrentamento** (Tese de Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/62595#:~:text=Sobre%20as%20implica%C3%A7%C3%B5es%20psicossociais%20da,vio%C3%Aancia%20de%20todos%20os%20tipos>. Acesso em: 12 set.2023.

Esmeraldo Filho, C. E.; Ximenes, V. M. (2022). Direitos humanos enquanto dimensão da pobreza de Pessoas em Situação de Rua. *In*: Ximenes, V. M.; Esmeraldo, A. F. L.; Esmeraldo Filho, C. E. (Orgs.). **Viver nas ruas: trajetórias, desafios e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022, p. 239-265.

Estadão. Política. Quais medicamentos são afetados pelo corte na farmácia popular? Entenda. Quais medicamentos são afetados pelo corte no Farmácia Popular? **Estadão** [online], 14 set. 2022. Disponível em: [Quais medicamentos são afetados pelo corte no Farmácia Popular? Entenda - Estadão \(estadao.com.br\)](https://www.estadao.com.br). Acesso em: 05 mar. 2023.

Estanislau, M. A.; Ximenes, V. M. (2016). Vivências de humilhação e vergonha: uma análise psicossocial em contextos de pobreza. *In*: Ximenes, V.M.; Nepomuceno, B.B.; Cidade, E. C.; Moura Junior, J.F. (Orgs.). **Implicações Psicossociais da Pobreza: diversidades e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022, p. 121-146.

Faria, A. A. C.; Barros, V. A. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n.3, p.536-544, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300011>.

Fassin, D. **La razón humanitaria: una historia moral del tiempo presente**. Málaga: Prometeo Libros, 1ª ed., 2016.

Fernandes, F.M.B.; Moreira, M.R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica da observação participante na Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.511-529, jun. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.

Figueiredo Neto, E. População em Situação de Rua: diálogo entre o ser, o estar e as políticas públicas diante do contexto de caos pandêmico da covid-19 no Brasil. *In*: Ximenes, V. M.; Esmeraldo, A. F. L.; Esmeraldo Filho, C. E. (Orgs.). **Viver nas ruas: trajetórias, desafios e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022, p. 85-100.

Franco, T. B.; Merhy, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-193.

Franco, T. B.; Merhy, E. E. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2013.

Frazão, P.; Minakawa, M. M. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 407-430, maio/ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00123>

Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 45ª ed., 2005.

Fuertes, R.; Belo, E.; Merendeiro, C.; Curado, A.; Gautier, D.; Neto, A.; Taylor, H. *Lisbon's COVID 19 response: harm reduction interventions for people who use alcohol and other drugs in emergency shelters*. **Harm Reduct Journal**, v.18, n.13, p.01-04, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00463-x>.

Gentil, L.; Grenier, G.; Bamvita, J.M.; Fleury, M.J. *Satisfaction with health and community services among homeless and formerly homeless individuals in Quebec, Canada*. **Health Soc Care Community**, p.01–12, 2019. <https://doi.org/10.1111/hsc.12834>.

Gentil, L.; Grenier, G.; Bamvita, J.M.; Dorvil, H.; Fleury, M.J. *Profiles of quality of life in a Homeless Population*. **Front. Psychiatry**, v.10, n.10, p.01-10, 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00010>.

Gerber, E.; Gelberg, L.; Rotrosen, J.; Castelblanco, D.; Mijanovich, T.; Doran, K.M. *Health-related material needs and substance use among emergency department patients*. **Subst Abus**, v.41, n. 2, p.196-202, 2020. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635960>.

Goffman, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 3ª ed., 1980.

Goofman, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 9ª ed., 2015.

Gortázar, N. G. Barbacena, a cidade-manicômio que sobreviveu à morte atroz de 60.000 brasileiros. **El País**, Brasil, Barbacena, 05 set. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-09-05/barbacena-a-cidade-manicomio-que-sobreviveu-a-morte-atroz-de-60000-brasileiros.html>. Acesso em: 03 maio 2023.

Guiamapas [online]. **Mapa de Barbacena – Minas Gerais**. 2023. Disponível em: Mapa de Barbacena - Minas Gerais - Guiamapa.com. Acesso em: 08 out. 2023.

Guzzo, R.S.L. *Social Inequality and Psychology: perspective for the debate on poverty*. Ximenes V. M.; Moura Junior, J. F.; Cidade, E. C.; Nepomuceno, B. B. (Eds.). **Psychosocial Implications of Poverty – Diversities and resistances**, Springer, 1ª ed., 2019. p. 37-45. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-24292-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-24292-3_3).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. **História e Fotos - Barbacena**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/barbacena/historico>. Acesso em: 15 set. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Trabalho e rendimento – Barbacena**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/barbacena/panorama>. Acesso em: 15 set. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). Cidades e Estados - Barbacena. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/barbacena.html>. Acesso em: 15 set. 2022.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Distribuição de renda nos anos 2010: uma década perdida para desigualdade e pobreza**. Rio de Janeiro, RJ, 2020. <http://dx.doi.org/10.38116/td2610>.

Ivsins, A.; Pauly, B.; Brown, M.; Evans, J.; Gray, E.; Schiff, R.; Krysovaty, B.; Vallance, K.; Stockwell, T. On the outside looking in: finding a place for managed alcohol programs in the harm reduction movement. **Elsevier**, n. 67, p.58-62, may 2019. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.004>.

Jesus, A. A. S.; Lisboa, M. S. Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. **Rev. Psicol. Divers. Saúde**, Salvador, v.11, n.1, p. 01-18, jan. 2022. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.e3939>.

Karam, M. L. A Esquerda Punitiva. **Revista Discursos Sediciosos: crime, direito e sociedade**, Rio de Janeiro, v.01, n. 01, p.79-92, 1999. Karam, M. L. Considerações sobre as políticas criminais, drogas e direitos humanos. *In: Vecchia, M. D.; Ronzani, T.M.; Paiva, F.S.; Batista, C.B.; Costa, P.H.A. (Orgs.). **Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. São Paulo: Editora Rede Unida. 1ª ed., 2017. p. 211-232.*

Koopmans, F. F.; Daher, D.V.; Acioli, S.; Saboia, V.M.; Ribeiro, C.R.B.; Silva, C.S.S.L. (2019). O viver na rua: Revisão Integrativa sobre cuidados a moradores de rua. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n. 01, p. 211-220, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>.

Lo, E.; Lifland, B.; Buelt, E.C.; Balasuriya, L.; Steiner, J.L. Implementing the street psychiatry model in New Haven, CT: community-based care for people experiencing unsheltered homelessness. **Community Mental Health Journal**, v.57, n. 8, p.1427-1434, 2021. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00846-1>.

Lopes, F. J. O. Proibicionismo e atenção em saúde a usuários de drogas: tensões e desafios às políticas públicas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v.31, n.1, p.01-15, 2019. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31188088>.

Loures, B. P.; Costa, P. H. A.; Ronzani, T. M. (2016). As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n.1, p. 29-39, jan./mar. 2016. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28489>.

Machado, F. R. S.; Pinheiro, R.; Guizardi, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. *In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 3ª ed., 2006. p. 59-76.*

Machado, A. R.; Miranda, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v.14, n. 3, p.801-821, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

Machado, A. R.; Modena, C. M.; Luz, Z. M. P. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. **Interface**, Botucatu, v. 24, p.01-15, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190090>.

Martins, J. S. O senso comum e a vida cotidiana. **Tempo social**, São Paulo, v.10, n.01, p.01-8, 1998. <https://doi.org/10.1590/S0103-20701998000100001>.

Maynard, W. H. C.; Albuquerque, M. C. S.; Brêda, M. Z.; Jorge, J. S. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.27, n. 04, p. 300-304, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>.

Mehtani, N.J.; Ristau, J.T.; Snyder, H.; Surlyn, C.; Eveland, J.; Bernardin, S.S.; Knight, K.R. COVID-19: a catalyst for change in telehealth service delivery for opioid use disorder management. **Substance Abuse**, [online], April 2021. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1890676>.

Mendes, K.T.; Ronzani, T.M.; Paiva, F. S. Poverty, stigma and drug use: reflections about a perverse relation. *In*: Ximenes V. M.; Moura Junior, J. F.; Cidade, E. C.; Nepomuceno, B. B. (Eds.). **Psychosocial Implications of Poverty – Diversities and resistances**, Springer, 1<sup>a</sup> ed., 2019a. p. 37-45. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24292-3>.

Mendes, K.T.; Ronzani, T.M.; Paiva, F. S. **Se essa rua falasse**: uma análise sobre estigma, pobreza e uso de drogas nas trajetórias de sujeitos em situação de rua. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2019b. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343969143>. Acesso em: 15 out. 2022.

Merhy, E. E.; Franco, T. B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

Merhy, E. E.; Franco, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.27, n.65, p.316-323, set./dez. 2003. Disponível em: DocPro (bvsaud.org). Acesso em: 15 set. 2023.

Merhy, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos, Brasília, DF, 2004. p.108-137.

Minayo, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: Minayo, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 21<sup>a</sup> ed., 2002. p. 9-29.

Minayo, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 03, p. 621-629, março 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

Mota, D.C.B. **Avaliação da implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em nível municipal**. [Dissertação de Mestrado em Psicologia] - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2504>. Acesso em: 08 set. 2022.

Mota, D.C.B. **Rede assistencial para usuários de álcool e outras drogas: desenvolvimento de um modelo de planejamento baseado em necessidades**. [Tese de Doutorado em Psicologia] - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5661?locale=es>. Acesso em: 08 set. 2022.

Moulin, A.; Evans, E.J.; Xing, G.; Melnikow, J. Substance use, homelessness, mental illness and Medicaid coverage: a set-up for High Emergency Department Utilization. **West J Emerg Med.**, v.19, n. 06, p.902-906, 2018. <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2018.9.38954>.

Moura Jr., J. F.; Ximenes, V. M.; Sarriera, J. C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, Santiago, v.22, n.2, p.18-28, 2013. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26430690003>.

Moura Jr., J. F.; Ximenes, V. M. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. **Fractal: revista de psicologia**, Niterói, v. 28, n. 01, p.76-83, maio/ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1051>.

Natalino, M. A. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **Texto para Discussão - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília, DF, p. 01-36, out. 2016. Disponível em/; [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td\\_2246.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf). Acesso em: 15 ago. 2023.

Nery Filho, A.; Flash, P.M.v. Os sujeitos e a exclusão: das práticas de cuidado à iatrogenia dos movimentos de resistência. *In*: Vecchia, M. D.; Ronzani, T.M.; Paiva, F.S.; Batista, C.B.; Costa, P.H.A. (Orgs.). **Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. São Paulo: Editora Rede Unida. 1ª ed., 2017. p. 299-318.

Neto, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: Minayo, M. C. S. (Org.), **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 21ª ed., 2002. p. 51-66.

Neves, A.; Ismerim, A.; Brito, B.; Costa, F. D.; Santos, L. R. P.; Senhorini, M.; Silva Junior, N.; Beer, P.; Bazzo, R.; Gonsalves, R.; Coelho, S. P.; Carnizelo, V. C. R. A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. *In*: Safatle, V.; da Silva Junior, N.; Dunker, C. (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 1ª ed., 2022. p.125- 174.

Oliveira, M. A.; Boska, G. A.; Oliveira, M. A.A F.; Barbosa, G. C. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.55, p.01-07, 2021 <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 10 jan. 2023.

Paiva, I. K. S.; Lira, C.D.G.; Justino, J.M.R.; Miranda, M.G.O.; Saraiva, A.K.M. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.08, p.2595-2606, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

Paiva, F. S.; Costa, P.H.A. Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira. *In*: Vecchia, M. D.; Ronzani, T.M.; Paiva, F.S.; Batista, C.B.; Costa, P.H.A. (Orgs.). **Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. São Paulo: Editora Rede Unida. 1ª ed., 2017. p. 53-72.

Paudyal, V.; Ghani, A.; Shafi, T.; Punj, E.; Saunders, K.; Vohra, N.; Hughes, H.E.; Elliot, A.J.; Lowrie, R.; Pucci, M. *Clinical characteristics, attendance outcomes and deaths of homeless persons in the emergency department: implications for primary health care and community prevention programmes*. **Public Health**, n.196, p.117-123, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.05.007>.

Paugam, S. O enfraquecimento e ruptura dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. *In*: B. Sawaia (Org.). **As artimanhas da exclusão –**

Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2ª ed., 2001. p. 67-85.

Peiter, P.; Belmonte, P.; Teixeira, M.; Cobra, G.; Lacerda, A. *Homeless crack cocaine users: territories and territorialities in the constitution of social support networks for health*. *Soc Sci Med.*, n. 227, p. 111-118, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.046>.

Pestana, J. G. Breves apontamentos sobre as instituições totais: suas características e funcionamento. *Psicólogo Informação*, São Bernardo do Campo, v. 18, n. 18, p. 93-117, 2014. <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v18n18p93-117>.

Petuco, D. As três ondas da redução de danos no Brasil. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v.21, n.2, p.94-103, 2020. <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34622>.

Poupart, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart, J.; Deslauriers, J. P.; Groulx, L. H.; Laperrière, A.; Mayer, R.; Pires, A. P. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. p. 215-253.

Pribish, A.; Khalil, N.; Mhaskar, R.; Woodard, L.; Mirza, A.S. *Chronic disease burden of the homeless: a descriptive study of student-run free clinics in Tampa, Florida*. *Journal of Community Health*, v.44, n.02, p. 249-255, 2018. <https://doi.org/10.1007/s10900-018-0580-3>.

Ramos, R. C. M. B.; Boarini, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienista. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v.22, n.04, p.1231-1248, out./dez. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>.

Reis, C.; Guareschi, N. M. F.; Carvalho, S. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia e Sociedade*, [online], v.26, n.especial, p.68-78, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500008>.

Resende, N. C. Marco normativo das comunidades terapêuticas no Brasil: disputas de sentido e nós jurídicos. In: Fiore, M.; Rui, T. (Eds.). *Working paper series comunidades terapêuticas no Brasil* Brooklyn: Social Science Research Council, 1ª ed., 2021. p. 08-28.

Ricci, L. A. L. **A morte social**: mistanásia e bioética. São Paulo: Paulus, 2017.

Rodrigues, C. Por uma filosofia política do luto. **O que nos faz pensar**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 46, p. 58-73, 2020. <https://doi.org/10.32334/oqnf.2020n46a737>.

Ronzani, T. M.; Furtado, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>.

Rui, T. Só se vive uma vez: uma reflexão acerca de distintas concepções e práticas do uso de “drogas”. *Revista Mediações*, v.11, n. 2, p.187–202, 2006. <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/8993/7484>.

Rui, T. Nojo, humilhação e vergonha no cotidiano de usuários de crack em situação de rua. *Anuário Antropológico*, v.46, n.03, p. 85-107, 2021. <https://doi.org/10.4000/aa.8925>.

Rui, T.; Fiore, M.; Tófoli, L.F. **Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’**. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), São Paulo, 2016.

Rui, T.; França, I. L.; Machado, B. F.; Rossi, G.; Arruti, J. M. (2021). Antropologia e pandemia: escalas e conceitos. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 27-47, jan./abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100002>.

Santos, C. F. D.; Ceccim, R. B. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n. 67, p.1043-1052, 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>.

Seixas, C.T.; Merhy, E.E.; Feuerwerker, L.C.M.; Santo, T.B.E.; Junior, H.S.; Cruz, K.T. (2021). A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface**, Botucatu, v. 25(Supl. 1), p.01-15, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200379>.

Sicari, A. A.; Zanella, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v.38, n.04, p. 662-679, out./dez. 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>.

Silva, M. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006.[Dissertação de Mestrado em Serviço Social] - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2006. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006\\_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf). Acesso em: 10 mar. 2023.

Silva, R. M.; Caetano, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, p. 2943-2956, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>.

Silva, T. A.; Paula Júnior, J. D.; Araújo, R. C. Centro de Atenção Psicossocial [CAPS]: ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 346-363, abr./jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>.

Silva, T. A.; Melo, F. M.; Siqueira, E. A.; Lima, P. F. Uso de drogas: reflexões baseadas na realidade brasileira. *In*: Oliveira, R. T.; Azevedo, K. R. N. (Orgs.). **Violência(s) contemporâneas: impactos nos sujeitos, nos direitos humanos e na sociedade**. Curitiba: CRV, 2019. p.105-118.

Silva, T. A.; Paula Júnior, J. D. O diálogo necessário: clínica e saúde mental. **Analytica** [online], São João del Rei, v.8, n.15, p.01-16, 2019. Disponível em: 08.pdf (bvssalud.org). Acesso em: 15 out. 2022.

Silva, M. A. B.; Abrahão, A. L. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: a análise guiada por narrativas. **Interface**, Botucatu, v.24, p.1-14, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190080>.

Snyder, E. C. R.; Boucher, L.M.; Bayoumi, A.M.; Martin, A.; Marshall, Z.; Boyd, R.; LeBlanc, S.; Tyndal, M.; Kendall, C.E. A cross-sectional study of factors associated with unstable housing among marginalized people who use drugs in Ottawa, Canada. *PLoS ONE*, v.16, n.7, p.01-11, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253923>.

Soares, R. G.; Nery, F. C.; Silveira, P. S.; Noto, A. R.; Ronzani, T. M. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.16, n.4, p.635-645, out./dez. 2011.

Sousa, A.P.; Macedo, J.P. População em situação de rua: expressão (im)pertinente da “Questão Social”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.35, p. 01-11, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35510>.

Teixeira, M. B.; Ramôa, M. L.; Engstrom, E.; Ribeiro, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, maio 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.

Tofighi, B.; McNeely, J.; Walzer, D.; Fansiwala, K.; Demner, A.; Chaudhury, C.S.; Subudhi, I.; Schatz, D.; Reed, T.; Krawczyk, N. (2022). *A telemedicine buprenorphine clinic to serve New York City: initial evaluation of the NYC Public Hospital System’s Initiative to Expand treatment access during the COVID-19 Pandemic*. *American Society of Addiction Medicine*, v.16, n. 01, p.40-43, 2022. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000809>.

Traverso-Yépez, M. Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.4, n. 01, p. 39-59, 1999. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1999000100004>.

Vale, A. R.; Vecchia, M.D. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.28, n.01, p. 222-234, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>.

Vale, A. R.; Vecchia, M.D. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.25, n.1, p.01-16, jan./jul., 2020. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>.

Varanda, W.; Adorno, R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, abril, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.

Vieira, J.A. O uso do diário em pesquisa qualitativa. *Cadernos de linguagem e sociedade*, Brasília, v.5, n.1, p.93-104, 2001. <https://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/6518/5597>.

Wiessing, L.; Ferri, M.; Belacková, V.; Carrieri, P.; Friedman, S. R.; Folch, C.; Dolan, K.; Galvin, B.; Vickerman, P.; Lazarus, J.V.; Mravcík, V.; Kretzschmar, M.; Sypsa, V.; Renedo, A.S.; Uuskula, A.; Paraskevis, D.; Mendão, L.; Rossi, D.; Gelder, N.V.; Griffiths, P. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. *Harm Reduction Journal*, v.14, n.1, p.1-14, 2017. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-017-0141-6>.

Wijk, L. B. van; Mângia, E. F. (2017). O cuidado a pessoas em situação de rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.115, p.1130-1142, out./dez. 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>.

Wijk, L. B. van; Mângia, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.3357-3368, set. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>.

Ximenes, V. M.; Esmeraldo Filho, C. E.; Malhado, S. B.; Moreno, R.M.; Monteiro, M. B. P. Apoio social para pessoas em situação de rua: Interface com saúde, direitos humanos e dimensão subjetiva. **Psicoperspectivas**, Valparaíso, v.20, n.2, 1-12, 15 jul. 2021. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue2- fulltext-2184>.

**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista narrativa**

- 1- Você poderia descrever um pouco das suas vivências nas ruas?
- 2- Quais as formas de cuidados que você tem escolhido em relação ao consumo de drogas?
- 3- Conseguiria falar se esses cuidados estão sendo suficientes diante das suas necessidades?
- 4- Como você compreende as formas de cuidado que tem recebido?
- 5- Você recorre ao CAPS AD da sua cidade? Se sim, como observa o cuidado em saúde ofertado por esse dispositivo?
- 6- Gostaria de fazer algum comentário adicional sobre os cuidados que necessita, realiza e recebe?

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Os fios da meada da vida: a dinâmica do cuidado entre as pessoas, usuárias de drogas, em situação de rua

**Pesquisador:** Fernando Santana de Paiva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60822822.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Psicologia (UFJF)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.603.684

#### **Apresentação do Projeto:**

"O estudo será do tipo qualitativo e utilizará da combinação dos seguintes instrumentos para a coleta de dados: análise documental, observação participante (OP), diário de campo (DC) e entrevistas narrativas. Pretende-se realizar um levantamento das ações ofertadas, pelo Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III), do município de Barbacena/MG, às pessoas em situação de rua, no período de março de 2020 a janeiro de 2022."

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Compreender a dinâmica dos cuidados em relação às pessoas em situação de rua no que tange o consumo de drogas."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Em relação aos riscos, a pesquisa envolve riscos mínimos, como, por exemplo, o surgimento de demandas específicas de tratamento e/ou desconfortos por compartilharem experiências pessoais. Nesse sentido, a pesquisadora se compromete a assegurar a interrupção da participação a qualquer momento e garantir um espaço apropriado e seguro para evitar maiores problemas."

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



UFJF - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -  
MG



Continuação do Parecer: 5.603.684

"Espera-se que o estudo contribua para fomentar ações e políticas públicas mais efetivas, de qualidade, condizentes com a realidade local e que reconheçam as singularidades dos que vivem nas ruas. Em especial, no avanço à garantia de direitos básicos e no esforço de uma constituição societária menos opressora e estigmatizante, vislumbrando novas possibilidades de cuidado e fomentando as potencialidades já existentes do Sistema Único de Saúde"

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**CEP:** 36.036-900

**UF:** MG

**Município:** JUIZ DE FORA

**Telefone:** (32)2102-3788

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.603.684

norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro/2023.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1971311.pdf	09/08/2022 11:03:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CEP_versao2.pdf	09/08/2022 11:01:48	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Autorizacao_ECR.pdf	12/07/2022 23:29:08	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista.pdf	12/07/2022 23:27:38	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/07/2022 23:22:42	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Curriculo_Fernando.pdf	23/06/2022 00:03:16	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_Tays.pdf	22/06/2022 23:57:45	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Autorizacao_Dados.pdf	22/06/2022 23:48:07	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Declaracao_Coleta_de_Dados.pdf	22/06/2022 23:46:30	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.pdf	22/06/2022 23:44:10	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Termo_de_sigilo.pdf	22/06/2022 23:42:25	Fernando Santana de Paiva	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.603.684

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/06/2022 23:40:14	Fernando Santana de Paiva	Aceito
---	-----------	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 25 de Agosto de 2022

Assinado por:

**Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br