



**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**LÍVIA BUENO PIRES**

**“A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE  
VULNERABILIDADE: A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO CONSULTÓRIO  
NA RUA DE CAMPINAS/SP.”**

**CAMPINAS**

**2014**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**LÍVIA BUENO PIRES**

Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

Orientadores: Bruno Ferrari Emerich e Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

**CAMPINAS**

**2014**

**“A humanização no cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade: A experiência vivenciada no Consultório na Rua de Campinas/SP.”**

**CAMINANTE**

*Antonio Machado*

*“Caminante, son tus huellas  
el camino y nada más;  
caminante, no hay camino,  
se hace camino al andar.  
Al andar se hace camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.  
Caminante, no hay camino,  
sino estelas en la mar.”*

**O BICHO**

*Manuel Bandeira*

*“Vi ontem um bicho  
Na imundície do pátio  
Catando comida entre os detritos.  
Quando achava alguma coisa,  
Não examinava nem cheirava:  
Engolia com voracidade.  
O bicho não era um cão,  
Não era um gato,  
Não era um rato.  
O bicho, meu Deus, era um homem.”*

*Um breve contexto...*

O trabalho a seguir tratará da experiência vivenciada por mim no Consultório na Rua de Campinas no ano de 2013, a qual se deu através do Programa de Aprimoramento em Saúde Mental da UNICAMP. Para falar do Consultório na Rua de Campinas e da minha experiência no mesmo, me reportarei a dissertações teóricas que

embasam e são realimentadas por esse tipo de trabalho e, em meios a elas, discorrei a respeito da minha vivência em particular, de modo que teoria e prática venham a dialogar.

Minha trajetória junto à Equipe do Consultório na Rua de Campinas começou no dia em que nós, alunos do Aprimoramento e da Residência em Saúde Mental, fomos conhecer o serviço. Antes desse contato com a equipe de Campinas, durante minha graduação, já no final da mesma, ouvi uma fala a respeito dos Consultórios na Rua, mas de alguma forma a mesma ecoou em mim de modo apenas racional, julguei o trabalho como inovador e extremamente necessário, porém não me senti movida a vivenciá-lo. Algo soou diferente nessa ocasião... Recordo-me que ao longo da apresentação feita pela equipe fui me encantando pelo trabalho desenvolvido por eles, identifiquei-me com a equipe e com os princípios e diretrizes preconizados pela mesma. Cada palavra dita a respeito do trabalho parecia ressoar em mim como se dissessem: “É nisso que você acredita, era isso que faltava.” A descrição do trabalho desenvolvido pela equipe tomou-me de forma consciente e inconsciente, senti-me convocada enquanto profissional e acima de tudo como pessoa a encarar este desafio. Desafio, pois não me senti capaz de bancar um trabalho como esse, o qual exige diversas reorganizações e modificações para que haja um real engajamento com o trabalho a ser realizado.

Assim, questionei não somente minha capacidade enquanto profissional para me envolver em um trabalho como esse, mas também o quanto de humanidade e disposição para o outro eu teria para poder investir nisso. Fui incapaz de responder este questionamento a priori, pensei que talvez somente a prática pudesse vir a elucidar essas questões. Escolhi então aprimorar-me através da clínica do Consultório na Rua justamente porque ela veio de encontro a ideais que eu possuía e mais, ela os superava. Vislumbrei nessa prática características que faltavam a mim e julguei que poderia desenvolvê-las ao longo dessa jornada. Apesar do medo e de inúmeras dúvidas que povoavam meus pensamentos, escolhi: É o Consultório na Rua.

#### A escolha do título...

Ao atribuir um título ao trabalho realizado, escolhi o termo “pessoas em situação de vulnerabilidade” em detrimento de pessoas em situação de rua e moradores de rua, pois nenhum dos dois, de maneira isolada, poderia contemplar a população atendida pelo CnaR. Segundo Castel (2010), a vulnerabilidade é definida como uma zona instável que se relaciona à precariedade do trabalho e ao enfraquecimento dos apoios e

vínculos sociais. A população atendida pelo CnaR não é composta apenas por pessoas em situação de rua e/ou moradores de rua, mas é formada por uma diversidade de grupos e distintas localizações, há uma grande heterogeneidade da população quanto as condições em que se encontra, qual a relação estabelecida com a rua, de que modo ela se dá, etc. Nesse sentido, o termo “pessoas em situação de vulnerabilidade” é atribuído pensando-se na lógica de que, por mais que a relação estabelecida com a rua se dê de modo diverso e por motivos distintos com cada pessoa, podemos detectar um ponto de intersecção quanto às características dessa população, qual seja: Pessoas que, em tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo, moradia ou então como uma rede de relações pessoais e/ou de trabalho. São diversos os grupos de pessoas que estão nas ruas: Migrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, trecheiros (pessoas que transitam de uma cidade a outra), moradores de rua, moradores de mocó (lugares afastados utilizados para o uso de SPA’s), moradores da cidade com residência fixa, porém em situação de rua, pessoas que vivem da rua (profissionais do sexo, vendedores ambulantes, etc.) e itinerantes. Nesse sentido, o termo “pessoas em situação de vulnerabilidade”, engloba, de modo mais completo, as mais diversas populações que fazem uso da rua e os mais diferentes tipos de relações estabelecidas com esse território.

### *Um pouquinho do SUS...*

A origem do Consultório na Rua, bem como sua história, reeditam de modo radical a construção, as diretrizes e os princípios preconizados pelo chamado Sistema Único de Saúde (SUS), principal política pública de saúde brasileira. A institucionalização do SUS, enquanto política pública ancorada por um marco legal se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990). Em seguida, com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regula sobre a participação da comunidade na gestão do SUS bem como sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e outorga legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais e municipais. (BRASIL, 1990).

O SUS está firmado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários, os quais se complementam e se articulam no amoldamento da lógica e do ideário de organização do sistema.

Os princípios doutrinários que atribuem extensa legitimidade ao sistema consistem em: *Universalidade, Integralidade e Equidade*. A universalidade garante o direito à saúde a todos os cidadãos, trazendo a oferta a todos os brasileiros desde os serviços mais simples e menos custosos até os mais complexos e mais onerosos. A integralidade conjectura levar em conta as diversas dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades. Nesse sentido, prevê a prestação continuada do conjunto de ações e serviços, almejando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos bem como dos coletivos. Assim, a integralidade tem orientado a expansão e a qualificação das ações e serviços de saúde do SUS. A equidade vem ratificar o debate construído em torno da igualdade, desse modo, justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos da população mais suscetíveis ao adoecimento e à morte em virtude da desigualdade na distribuição de bens, serviços e renda. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

As diretrizes organizativas mais significativas do SUS correspondem à: *Descentralização, Regionalização e Hierarquização dos serviços, e a Participação Comunitária*. A descentralização versa sobre a municipalização da responsabilidade na prestação direta da maioria dos serviços do SUS. Em complementariedade a essa diretriz está a regionalização, a qual tem por objetivo a distribuição, de forma mais racional e equânime, dos recursos assistenciais no território, de acordo com a distribuição da população, propiciando a integração das ações e das redes assistenciais. Através da ideia de hierarquização, busca-se estruturar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de forma a regular o acesso aos mais especializados, tendo em vista que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais regular. Por fim, a participação comunitária é regulada pela Constituição Federal, por meio dessa diretriz, é assegurada aos cidadãos uma democracia participativa, em que os mesmos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas do governo.

### *O Consultório na Rua...*

A nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) instituiu, por meio das portarias 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012, as Equipes de Consultório na Rua (ECR). Definidas como equipes multiprofissionais, unindo profissionais da tradicional Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais da Saúde Mental. O formato das ECR advém de uma reformulação da proposta das equipes de Consultório de Rua, as

quais eram de gestão da Saúde Mental, e tinham como foco de atendimento jovens usuários de substâncias psicoativas, trabalhando na lógica da Redução de Danos. As ECR, agora de gestão da Atenção Básica (AB), almejam atender a integralidade da pessoa em situação de rua, incluindo na AB as ofertas de saúde advindas da saúde mental: A Redução de Danos, os atendimentos a transtornos mentais e afetivos, articulando-os às ofertas tradicionais das ESF.

Nesse sentido, a diferença com relação à forma como é nomeado atualmente (Consultório na Rua) e como o era em sua origem (Consultório de Rua), não se deu apenas no plano sintático, mas principalmente em suas bases, nas ações e diretrizes que fundamentam e caracterizam o Consultório na Rua. A troca de departamento da Saúde Mental para a Atenção Básica se deu de forma gradual. Sua motivação nasceu de movimentos sociais, que mostraram as diversas outras necessidades da população em situação de rua, para além da atenção à dependência química de álcool e outras drogas e da redução de danos. Com isso, construiu-se uma nova perspectiva, os Consultórios na Rua, como um modo de contemplar esses diversos olhares e dar um foco fundamental e específico para atender a necessidade da população em situação de rua. (TRINO, 2012).

O Consultório na Rua (CnaR) é um equipamento da saúde que oferece ações de promoção, prevenção e cuidados no território para usuários em situação de vulnerabilidade, principalmente pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas. A característica mais importante das equipes de Consultório na Rua consiste no oferecimento de cuidados *in loco*, no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população. As atividades são realizadas de modo itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desse modo, as ECR tem a itinerância como um de seus princípios nevrálgicos, como um modo de operacionalizar o cuidado no território.

Os Consultórios na Rua lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário, tais como os serviços do SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Essas ações compartilhadas e integradas são denominadas de cuidado compartilhado, o cuidado compartilhado é tratado na intersetorialidade. No caso da população em situação de rua isso é fundamental pela complexidade e pelo grau de

demanda acentuados dessa população. O cuidado compartilhado se faz de suma importância para que haja toda uma lógica de produção de cuidado que implique e responsabilize a rede de equipamentos do território para que, de algum modo, as demandas da população em situação de rua sejam atendidas. A estratégia do cuidado compartilhado implica e responsabiliza os demais atores do território. Além de criar, essencialmente, possibilidades de construção de redes sociais que tenham sustentabilidade e produzam meios de produção da vida em território mais condizentes com os anseios que a população em situação de rua tem, com o intuito de adequar problemas e situações do melhor modo possível e aprimorar a qualidade de vida dessa parcela da população. (TRINO, 2012).

O cuidado compartilhado se dá, na realidade, de modo muito delicado, difícil. Há ainda uma grande resistência da parte dos demais equipamentos da saúde em atender de modo digno e humano os pacientes/usuários em situação de rua. No tempo em que estive junto à equipe do CnaR, vi diversos equipamentos da Atenção Básica esconderem-se atrás de regras e protocolos como forma de camuflar a negligência operada por eles. Pacientes foram barrados por diversas vezes e em diversos serviços por conta da ausência de documentos, sabendo-se que essa é uma grande dificuldade encontrada na rua, até mesmo por conta da ação do “Cata treco”, equipamento da prefeitura que toma como lixo os pertences das pessoas em situação de vulnerabilidade. Gerando assim um desserviço a essa população e a equipamentos que trabalham para que esses pertences, principalmente os documentos, sejam adquiridos, já que esses dizem da inscrição da pessoa enquanto cidadão de direitos nas redes de relações sociais.

Em diversas ocasiões, dada a existência do Consultório na Rua, equipamentos da saúde eximiram-se de prestar cuidados a pessoas em situação de vulnerabilidade por conta de julgarem que esse era/é um papel exclusivamente do CnaR. Em outros momentos, o cuidado não fora realizado devido às más condições de higiene e limpeza apresentadas pelos moradores de rua, o que é uma contradição sem tamanho, pois na grande maioria dos casos, para não dizer todos, a ausência de autocuidado vem a revelar a falta, ou melhor, a inexistência de qualquer tipo de cuidado do poder público com relação a essas pessoas. Para além disso, talvez eu tenha sido displicente quanto aos princípios revogados com relação ao direito à saúde, porém, nunca li nada que condicionasse o direito à saúde à existência de primado asseio.



### O trabalho itinerante...

Por meio da emergência do SUS, o território tornou-se um princípio organizador dos processos de trabalho nas políticas de Atenção Básica e Saúde Mental. No delicado campo de articulação entre essas políticas, as práticas itinerantes adquiriram uma importância estratégica na desinstitucionalização das práticas e na construção da integralidade do cuidado. As práticas itinerantes localizam-se em um campo de tensões, podendo tanto ser convocadas a funcionar como uma peça do aparelho do Estado no controle da população, como podem se constituir em um local estratégico para o construir de um cuidado contextualizado aos modos de vida dos usuários. A itinerância nos permite explorar a potência política do movimento e transformar o território dos usuários em um laboratório de invenção de vida. Nesse sentido, por meio da itinerância, as práticas de saúde e todo o seu arsenal técnico são postos sob novas bases, em novos agenciamentos, de forma a incluir o plano da afetabilidade e uma profunda conexão com o território existencial dos usuários. (LEMKE e SILVA, 2011).

Através da itinerância, buscamos alcançar grupos populacionais vulneráveis e atender as demandas de usuários que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de atenção. Essas tecnologias de cuidado põem em questão a ética do cuidado no trabalho junto aos espaços de existência dos usuários. Segundo LEMKE e SILVA (2011), por meio da implantação do SUS, e através dos princípios que o fundamentam, as tecnologias de trabalho itinerante passaram a ter uma relevância estratégica especial. A universalidade requer estratégias para aumentar a cobertura da atenção, já a equidade exige que haja uma maior intensificação das ações de saúde nas populações mais vulneráveis. Esses dois princípios unidos, um relativo à extensividade e outro à intensidade das ações, trazem o desafio de levar as iniciativas de saúde a contextos mais longínquos e de difícil acesso, às populações mais vulneráveis e historicamente mais marginais ao sistema de saúde como um todo.

Em direção a isso se localizam as ECR (Equipes de Consultório na Rua), as quais se constituem como uma modalidade de atendimento extramuros, dirigida a pessoas em condições de maior vulnerabilidade social e distanciadas da rede de serviços de saúde e intersetorial. As ECR são dispositivos clínico-comunitários que oferecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as singularidades de uma população complexa. Favorecem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, à assistência integral e à promoção de laços sociais para os

usuários em situação de exclusão social, propiciando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. (BRASIL, 2010).

Para que o trabalho itinerante não se torne um mero deslocamento em um plano extensivo, devemos pensar a maneira de operar itinerante como um constante deslocar para além de um âmbito exclusivamente espacial, vindo a afirmar a potencialidade que tem em produzir cuidado contextualizado ao território existencial dos usuários e para além dos limites sociais de controle. Em função da complexidade e dos acidentes a que se expõem em seus percursos, aos trabalhadores itinerantes é permitido produzir o estabelecimento de uma relação peculiar com o território e o rompimento com o instituído, traçando caminhos para a criação de novas produções de sentido no campo das práticas de cuidado em saúde.

[...] ao se deslocar, os trabalhadores se expõem tanto à complexidade movente de um território como aos afetos, acidentes e encontros dos itinerários que produzem desestabilizações. A exposição à complexidade do território contribui para a construção da integralidade do cuidado, assim como a desestabilização produzida pelos imprevistos contribui para a desinstitucionalização das práticas. (LEMKE e SILVA, 2011, p. 994).

Através da experiência que vivenciei junto à ECR de Campinas, notei que a relação da equipe com o território e com os que dele fazem parte, se dá de modo muito particular e diferente da relação estabelecida pelos demais cidadãos e demais trabalhadores da saúde. A vivência do território se dá para além de campos e núcleos do saber, diria que ocorre do plano das sensações, por meio de uma sensibilidade aguçada para os mais diversos sentidos. A rua apresentou-se a mim e à equipe da qual fiz parte através de cheiros, sensações, toques, histórias, por meio de vidas. Hoje andar pelas ruas nas quais estive como trabalhadora e como pessoa, primeiro como pessoa, diz de um andar atento, de um olhar que busca reconhecer rostos, amigos com os quais dividi saúde, dos quais recebi saúde.

Desse modo, o território que um dia me foi estranho e até mesmo amedrontador, hoje se revela de casa, pois junto a ele também fui formada, lá me doe e pude receber. E nesse sentido, por vivenciarmos tão de perto e tão abertas realidades que até então nos eram alheias ou então suavizadas, nos tornamos, tal como a população de quem cuidamos, seres vulneráveis, identificados com a população atendida, expostos nos sentidos mais amplos da palavra, nos sujeitamos, nos revelamos... Há um processo de identificação imaginária entre trabalhadores e usuários, se a população atendida é vista como desvalida, degradada, sem valor, após um tempo a própria equipe se sentirá

assim. (ONOCKO CAMPOS et al., 2008). Dessa forma, o trabalho junto a uma ECR precisa ser cuidadoso, a equipe também precisa ser cuidada, pois em um trabalho como esse, vida pessoal e profissional estão a todo o momento se entrecruzando, levamos nossas vivências pessoais para o trabalho, assim como trazemos experiências do trabalho para nossas vidas, assim, o trabalho em equipe precisa sempre levar em conta os outros e a si mesmo. Para além disso, não sei se nos é possível traçar um recorte entre esses dois âmbitos, vida pessoal e profissional, a linha que as divide é demasiada tênue e por vezes é difícil de detectar. Assim, é preciso estar a todo o momento atento a questões que “estão pegando”, aquilo que incomoda, traz estranhamento, é necessário fazer a palavra circular trazendo ao conhecimento implicações de modo que elas não venham a transformarem-se em sensações ruins para o corpo e para a mente, em adoecimento. E se isso acontecer, que possa ser cuidado não somente no plano individual, mas também para dentro da equipe.

O território, segundo o trabalho itinerante, não é dado como um recorte espacial organizativo da atenção e do acesso, mas é definido como um princípio constitutivo dos processos de trabalho e das práticas de cuidado, em direção à construção de um modelo de cuidado territorial (BRASIL, 2004a, 2004b). Nesse sentido, a rua é tomada pelas ECR não como meros lugares de circulação entre espaços privados, mas como um espaço em si, abarcador e produtor de realidades tão singulares.

Advindo da Reforma Psiquiátrica, o conceito de desinstitucionalização se aplica ao trabalho itinerante no sentido de propor uma desconstrução do recorte artificial que separa uma entidade abstrata de seu contexto existencial, a doença de seu território de emergência (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1992). Já a integralidade, a qual sintetiza o ideário da Reforma Sanitária, traz a ideia de que o cuidado deve estar em consonância com o modo de vida dos usuários (MERHY, 2005), sendo o objeto de sua intervenção um sujeito em sofrimento no seu contexto de vida. (PINHEIRO et al.; SILVA et al., 2005).

O cuidado em consonância com o modo de vida dos usuários diz do respeito ao território deles, entendendo que o endereço deles, a casa deles é a rua. No início das atividades do CnaR, segundo a equipe que participou desse processo, os usuários não queriam cuidado, queriam caridade, não tinham demanda por saúde, até mesmo porque estavam alheios, à margem desse tipo de cuidado que não o assistencialista. Desse modo, como definida por Lancetti (2006), a ECR teve que lançar mão da chamada clínica artesanal, a qual consiste em uma clínica direcionada a pacientes que não se

adaptam a protocolos clínicos tradicionais. Assim, seu fazer se dá ao caminhar, ou seja, através dos rompimentos com os *settings* tradicionais da clínica e em direção ao encontro com os sujeitos, onde e como eles vivem, trabalham e trocam afetos. O artesanato é tecido de modo cuidadoso, singular, não é feito em série, em massa, assim é o trabalho do CnaR.

Existem na literatura diversas denominações para esse modo de operacionalizar o cuidado, Lancetti (2006) usou o termo “clínica peripatética” para definir esse modelo de cuidado que prevê um deslocamento pelo território do usuário. Lancetti (2006) ressalta ainda que as ações no território são sobremaneira mais complexas do que as classificadas como de alta complexidade, pois as mesmas envolvem atravessamentos sociais e culturais, condições materiais de vida e os riscos que possui um *setting* que não é fixo, o qual exige constantes deslocamentos aos trabalhadores, uma plasticidade organizativa do serviço para atender uma população marginal (à margem). Lancetti (2006) usa o termo “práxis peripatética” para nomear as distintas experiências de produção de saúde que se dão peripateticamente, ou seja, em movimento.

Apropriando-me das ideias de Oury (1991), acredito que para a efetiva realização de um trabalho itinerante, é preciso estar “advertido”, em uma “espera ativa”, uma “espera instrumentalizada”, a qual permite ao outro se manifestar. Devemos nos tornar sensíveis ao pequeno detalhe, mesmo insólito, mesmo escondido, devemos ser sensíveis à emergência.

#### *A população em situação de rua e a redução de danos...*

No conjunto das pessoas em situação de rua insere-se um número de usuários de substâncias psicoativas (SPA's), que ocupam o espaço público como um meio de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Muitos não foram para a rua com o intuito de fazer uso, porém, estando no contexto da rua, passam a utilizar SPA's como uma forma de se inserirem no grupo da mesma. Em seguida, a relação com o consumo de substâncias psicoativas pode prescindir da rede de relações sociais estabelecidas, desse modo, viver na rua passa a ser condição para a manutenção do consumo (Ministério da Saúde, 2010). Vale ratificar, como já esclarecido acima, que nem toda a população em situação de rua faz uso de SPA'S e que a relação entre estar em situação de rua e fazer uso de SPA's não é direta nem tampouco dada *a priori*.

O uso de drogas, na vida das pessoas em situação de rua, possui uma função e um significado, da mesma forma como há uma apropriação simbólica da rua e a mesma passa a desempenhar um papel crucial na identidade dessas pessoas. Nesse sentido, há uma apropriação simbólica acerca do uso, a qual cumprirá por diversas vezes uma função de proteção e preservação frente a contextos de vida marcados pela exposição a uma série de riscos, incluindo desde doenças físicas a doenças de ordem psicológica.

Nesse sentido, tendo em vista o uso de SPA's feito por parte da população em situação de rua, uma das tecnologias de trabalho que tem se destacado na tarefa de conferir ao território um lugar de plano articulador consiste nos redutores de danos, os quais operam em movimento e efetuam ações de cuidado no território de existência dos usuários. No início de 2003, o Ministério da Saúde, determinou como uma de suas metas a construção da Política de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003). Desse modo, houve um grande salto com relação à forma como o tema das drogas era abordado e decidiu-se que o problema das drogas deveria ser tratado por uma política pública de saúde. Nesse sentido, segundo TEDESCO e SOUZA (2009), a política adotada propunha-se a tratar o problema de modo comprometido com a atenção integral e com a amplitude do tema das drogas na atualidade, afastado do pensamento maniqueísta de oposição entre lícito e ilícito, permitido e proibido. Buscando-se assim afirmar o caráter inseparável entre prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e produção de saúde.

Por meio do trabalho do redutor de danos, é possível produzir um desvio do olhar moralizante.

Um redutor de danos compõe um espaço liso, livre de constrangimentos burocráticos, ao prescindir das codificações morais em relação ao uso de drogas e suas divisões dicotômicas e propõe - sobre a consigna da cidadania - uma multiplicação de caminhos possíveis, diferentes dos caminhos socialmente cristalizados, que produzem uma resposta tão dura. (LEMKE e SILVA, 2011, p. 997).

Na perspectiva da RD, a droga é parte integrante do contexto geral sobre o qual a prática da saúde intervém, assim, ela vem a convocar a clínica das drogas a rever seu posicionamento bem como a repensar sua prática. Por meio dos princípios preconizados pela Redução, entendemos que há uma diversidade de possibilidades de uso de drogas, sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de doente e de criminoso, nesse sentido, há pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento,

peessoas que não querem parar de usar drogas nem tampouco querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas, etc.

A redução de danos possui como norte a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. Nesse sentido, “reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo” (PASSOS e SOUZA, 2011).

No contexto do CnaR de Campinas, todos os profissionais da equipe são considerados redutores de danos e atuam na perspectiva da redução, pois acreditamos que ela se dá de modo amplo em todas as nossas ações, justamente pelas próprias características do trabalho desenvolvido. Apesar de todos atuarmos nessa perspectiva, os redutores de danos de fato possuem uma ação direta com os indivíduos e, assim, atuam como mediadores desses com o restante dos profissionais da equipe para a ampliação do cuidado. Por meio da redução de danos, incluímos a participação ativa do usuário no processo, ouvindo-o e colocando em cena sua relação com a droga, a singularidade da função que esta exerce no universo de sentidos do usuário.

Desse modo, na perspectiva da redução de danos, levamos em conta as particularidades da experiência do drogar-se, determinantes da manutenção do cliente como refém da substância, colocamos em cena a experiência da droga e com isso a subjetividade do usuário, tiramos as drogas do foco da intervenção e focalizamos no processo de produção de uma subjetividade-drogadita (TEDESCO e SOUZA., 2009). Sob a lógica da redução de danos e com o apoio crucial dos redutores de danos é realizado pelo CnaR: Orientações sobre o uso de álcool, cocaína, maconha, crack e outras drogas lícitas ou ilícitas; Estimulamos o autocuidado e o fortalecimento da autoestima; Identificamos e orientamos hábitos relacionados a doenças sexualmente transmissíveis e disponibilizamos insumos como água, preservativos masculinos e femininos, protetor labial, gel lubrificante e kit para utilização de drogas injetáveis. Em entrevista contida no livro “Clínica peripatética” de Antonio Lancetti, Domiciano Siqueira produz uma fala que exemplifica muito bem a ação da redução de danos na ECR de Campinas:

“Nós não estamos entrando nessas comunidades para fazer campanha de prevenção ao uso de drogas ou campanha de combate às drogas. Estamos ali, em primeiro lugar, para nos aproximarmos dessa camada da população; aproximando, aí podemos intervir, podemos propor técnicas que estão relacionadas com uma parte muito íntima da vida de cada um, que é a sexualidade e o uso de drogas”. (Siqueira, 2006, p. 59).

### O vínculo...

O papel dos profissionais do CnaR consiste em acessar um segmento de pessoas que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por conta de temerem o estigma e a rejeição. Nesse sentido, a aceitação de cada um dos usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere ao CnaR a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá todo o trabalho da equipe.

A construção de vínculo com as pessoas em situação de rua é um norteador para a prática do CnaR e a garantia da presença da equipe nos territórios acessados semanalmente é fundamental para a longitudinalidade dos projetos terapêuticos. Por meio das ações do CnaR, percebi que é impossível conviver com a população em situação de rua sem o estabelecimento de vínculos que humanizem, facilitem o encontro e possibilitem respostas. Para além disso, acredito que para o realizar do cuidado em saúde, seja ele relacionado à Atenção Básica, à Saúde Mental, etc. é imprescindível a construção do vínculo, pois somente através dele é possível construir um cuidado efetivo, cuidar diz respeito a interessar-se, a dispor-se, a implicar-se, o que está intimamente ligado a ideia de vínculo, que refere à ligação, ao estabelecimento de uma relação.

É sabido que nos é impossível a construção somente de vínculos positivos com todas as pessoas, nesse sentido, é de suma importância o trabalho em equipes que avaliem constantemente suas ações. Assim, devemos conhecer nossos limites e possibilidades, acessarmos outras pessoas da equipe para que se aproximem do caso para que esse não seja realizado de modo negligente e desimplicado. Nesse mesmo sentido, faz-se importante assumirmos que os pacientes bem como os trabalhadores de saúde atuam por reações inconscientes, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não exercem todo controle (ONOCKO CAMPOS et al., 2008), para que assim, abordemos as equipes de saúde e as relações que aí desenvolvem de modo adequado, condizente com as características do trabalho realizado.

Na experiência vivida ao longo desse ano junto à equipe do CnaR, percebi que muitas vezes os usuários que mais necessitam de nosso cuidado, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes são os que mais resistem à construção de vínculo e ao cuidado, porém são também os que mais nos humanizam e preparam para as melhores ações.

Lancetti cunha em seu livro, “Clínica peripatética”, o termo “amigo terapêutico”, refletindo que só podemos desenvolver algum plano terapêutico com nossos pacientes porque eles se tornam nossos amigos. Pois na grande maioria das relações que se estabelece com essas pessoas há uma ausência de demanda de tratamento e a construção e o surgimento dessa demanda só se dão por meio de enxertos de transferência, por meio da sedução da população a quem atendemos, por meio de vínculos.

Segundo Lancetti (2006), não é fácil ser amigo e analista, ou então alguém que ajude a sair da dependência, da infantilização e concomitantemente ajude o outro a repetir de forma diferente. Ressalta também, que em situação de analista peripatético, ou se é amigo ou não se é. Penso que a denominação “amigo terapêutico” venha a conotar sentidos distintos para aqueles que a leem, dados pelas histórias de vida de cada indivíduo. Para mim, a expressão vem dizer do vínculo estabelecido com o sujeito atendido, por meio da sinceridade, da alteridade, do compromisso, do respeito aos territórios existenciais e através da ética do cuidado como dimensão do humano. Se pensarmos na definição de amigo e na relação de amizade de modo mais profundo e amplo, veremos que talvez a utilização desse termo não se aplique ao fazer de uma clínica, seja ela formal ou informal. Porém, acredito que a aplicação do termo, “amigo terapêutico”, não se dê nesse sentido mais profundo, mas nos padrões elencados acima, no sentido da implicação por alguém e sua história, do dispor-se, do preocupar-se, do fazer em prol de. Em consonância a isso, acredito que a definição feita por Lancetti a respeito do “amigo terapêutico” venha de encontro à prática desenvolvida no CnaR, prática essa realizada não somente por aqueles que por formação estão mais próximos da função de terapeuta, mas por todos que compõem a equipe. A aproximação e a posterior confiança em nosso trabalho se dão por meio da disposição que temos enquanto equipe de nos vincularmos, de nos aproximarmos de modo sincero daqueles a quem direcionamos o nosso trabalho.

Muito da construção da demanda se dá a partir do olhar que lançamos aos sujeitos de quem cuidamos, é a partir de nossa disponibilidade que o outro passa a reconhecer-se enquanto sujeito de desejo, necessitado de cuidado. Nesse sentido, todo o trabalho desenvolvido pelo CnaR está assentado sob a construção e manutenção do vínculo. Vínculo esse não somente da equipe em direção ao usuário, mas também do usuário em direção à equipe e o vínculo da equipe em direção a ela mesma, para que assim o trabalho, mesmo que ocorra em alguns momentos de modo mais centrado em núcleos de saber, seja respeitado e compartilhado e para que o cuidado exista também



para dentro da equipe, de modo que sejamos não apenas agentes de cuidado, mas também receptores do mesmo. Vi na equipe do CnaR uma verdadeira vinculação entre eles (equipe), uma disposição em estarem juntos, o que acredito ser de suma importância para o desenvolvimento de um trabalho como esse, assentado substancialmente na lógica da construção e manutenção de vínculos.

### Considerações finais/Reflexões...

No momento da atribuição de um título ao trabalho, estive muito em dúvida quanto à colocação da preposição, explico: Não sabia se o mais adequado seria colocar a humanização do cuidado ou a humanização no cuidado, levando em conta as dissertações que faria e pretendia fazer por meio do trabalho. Optei então pela humanização no cuidado, tendo em vista que a humanização do cuidado dá a ideia de que só o cuidado está sendo humanizado, uma ação que se encerra nele mesmo, no próprio cuidado. Porém, ao colocar como premissa a humanização no cuidado, entendo que não só o cuidado é humanizado, mas que através desse cuidado sou capaz de produzir humanidade, gerar humanização, dando a ideia de uma ação contínua. O cuidado deve constituir-se como uma busca intensa e constante por bons encontros, encontros pautados e embebidos pela alegria, pela beleza, pela poesia...

O trabalho cotidiano na saúde de modo geral tem por essência o cuidar, ao trabalharmos com a saúde somos produtores de atos do cuidar. Segundo Mattos (2004) “o que caracteriza melhor o cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade”. Nesse sentido, aos nos propormos enquanto trabalhadores a sermos agentes de cuidado, aproximamo-nos muito mais de uma condição humana, dada à sensibilidade do encontro do que de ações primadas de teorizações, por meio do cuidado é possibilitada a existência humana.

O cuidado surge a partir do momento em que a existência de alguém passa a ter importância para mim, ou seja, quando o existir de uma pessoa salta de uma multidão de desconhecidos e torna-se único para mim, de forma que o seu cuidado se torne também de minha responsabilidade. Desse modo, o cuidado consiste em uma condição que possibilita, produz, mantém e preserva a vida humana (Yasui, 2010). O cuidado não deve se dar buscando-se tratar de uma doença existente em um indivíduo, pois cuidar não diz respeito ao executar de um conjunto de técnicas, mas diz de um posicionar-se de modo implicado e comprometido com relação ao outro. Assim, para que o cuidado seja

efetivo, preciso reconhecer o outro como um sujeito e não como um objeto portador de uma doença.

O trabalho em saúde, de modo heterogêneo a trabalhos que se dão por meio de máquinas, se dá de modo relacional, se dá em ato, de forma viva, através de tessituras e investimentos diários, os quais serão dia após dia construídos e reconstruídos, com o outro, pelo outro e através do outro. Acredito que o trabalho em saúde se dê de modo dialético, reflexivo, de maneira que a todo o momento coloco-me como sujeito agente e paciente de ações, de forma que, o papel de outro que tanto cito, seja a todo momento também ocupado por mim.

É importante ressaltar que o cuidado deve seguir certos limites, de modo que não se torne assistencialismo ou análogo à mãe que engolfa o filho. Ou seja, devo reconhecer o outro como alguém capaz de colocar-se e, assim, como capaz de reclamar, aceitar ou então negar assistência.

Pensando no sentido da temática da humanização reflito sobre o quanto a mesma é contraditória, pois como se humaniza um homem? Pelo sentido da palavra, teoricamente, o ser humano por nascer com telencéfalo altamente desenvolvido e polegar opositor deveria possuir todas as características definidoras de um homem, da condição humana. Porém, vemos que tal premissa só é verdadeira do ponto de vista genético, já que para se tornar de hominizado (que são as condições naturais em que o homem nasce) para humanizado, o homem precisa ter acesso ao patrimônio humano genérico, ao que fora produzido pela humanidade antes mesmo de seu nascimento. Nesse sentido, devido à maneira que se configura o entorno das pessoas em situação de vulnerabilidade e suas condições de vida é estabelecido um grande hiato entre essas pessoas e o acesso à genericidade humana, gerando assim uma condição de vida desumanizadora.

Humanização do humano é uma contradição em si, é encarar a ferida que o sistema capitalista produz, pois só se humaniza aquilo que não é humano, logo, aquilo que está na posição de objeto, que passou por um processo de reificação, exatamente como a lógica médica organicista vê o homem: Como um pedaço de carne precisando de tratamento e não como um ser humano com história, com dores, com medos... Nesse sentido, o CnaR insere-se nesse hiato com o intuito de religar o homem às condições de vida humana, resgatando o cuidado verdadeiramente humano. O cuidado sempre deveria ser humano!

Hoje, já no fim da minha experiência enquanto aprimoranda junto à equipe do CnaR, encontro-me como parte da equipe de um Caps Ad também da cidade de Campinas. Acredito que por poder ver esses dois lados, minha experiência em cada um dos serviços tem sido significada e ressignificada de modo muito particular. Penso que o Caps precisa de um pouco mais de CnaR e que o CnaR precisa de um pouco mais de Caps.

Explico: Em minha opinião, os Caps ainda estão muito centralizados em si mesmos e muito pouco abertos para o território, como exemplo, por vezes a ação da redução de danos parece descolada de toda a lógica e terapêutica do serviço. Acredito também que o CnaR precise de um pouco mais de Caps no sentido de dar um contorno mais visível às suas atividades, não que o trabalho desenvolvido seja frouxo, pelo contrário, mas que seja priorizado esses espaços de contrato. Durante o período em que atendi em psicoterapia um morador de rua, não nos moldes da clínica tradicional, mas sim da peripatética, percebi o quanto é importante a garantia de um horário na semana em que eu estaria totalmente disponível para ouvi-lo, para pensar com ele e estar por conta das demandas que ele me trouxesse. O trabalho na rua por vezes é centralizado na lógica da urgência/emergência, assim, acredito que devemos priorizar também esses momentos contratados, o cuidado mais longitudinal, pois vi claramente o quanto a sua terapêutica é potente, ainda mais em um contexto tão volátil como o das ruas.

Com relação ao papel do psicólogo em uma ECR, penso que esse ainda está em construção, melhor, precisa estar a todo o momento em reconstrução, pois o papel de um psicólogo em uma ECR, pela própria natureza do trabalho, está diretamente em contraposição à clínica formal sobre a qual nos debruçamos e sobre a qual aprendemos durante toda nossa formação. Nesse sentido, precisamos encontrar outros indícios, não os já dados formalmente, que atribuam legitimidade e utilidade à nossa ação enquanto psicólogos. Penso que o trabalho do psicólogo em uma ECR se dê muito para dentro da própria equipe, no sentido de cuidar de questões que surjam com relação ao trabalho desenvolvido, com relação as histórias colhidas e vivenciadas, etc.

Acredito também que pelo fato de existir apenas uma equipe de CnaR em Campinas, a construção dos saberes dos núcleos fique mais difícil, um pouco esvaziada, pois por vezes há apenas um profissional da área na equipe, o que o impossibilita de realizar trocas necessárias ao seu núcleo de formação, assim, acredito que a abertura de novas equipes auxiliará não somente do ponto de vista de aumentar as ofertas de cuidado, mas também do ponto de vista de torna-las mais efetivas e especializadas, sem

que com isso as torne fechadas e enrijecidas. Penso também que o fato das equipes serem multiprofissionais auxilia muito na construção do campo relativo às atividades do CnaR, traz imenso ganho para as atividades e principalmente para o usuários, porém, acredito que ainda há o que ser feito no âmbito das especialidades de cada profissão.

Por fim, a experiência vivida no CnaR perpassou e ressignificou diversos momentos do meu itinerário pessoal e profissional bem como pôs em curso, em nova organização, conteúdos cristalizados, permitindo que novos conceitos fossem criados. Mais do que isso, fora criada humanidade, humanidade que só foi possível através do olhar do outro, do me reconhecer frente ao que até então era desconhecido e por vezes ignorado. Por meio do olhar humanizado e humanizador, podemos fazer saltar de um quadro estático da cidade vidas, seres humanos, assim, ao passo em que os reconhecemos como tal, os fazemos existir, lhes damos o direito de terem direito e de exigirem direitos. Finalizo com uma frase do Che Guevara, presente no filme “Diários de Motocicleta”, a qual acredito que possa resumir bem a vivência desse ano que passou: “Conhecê-los me fez estar mais próximo da raça humana, que é tão estranha para mim [...] Não sou mais o mesmo. Pelo menos não mais o mesmo por dentro”. Ernesto Che Guevara – Diários de Motocicleta. Com toda certeza, fui humanizada!

### Referências bibliográficas

\_\_\_\_\_. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080**, 1990.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Governo Federal. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 1990 - 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST /AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 8142**, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria 122, 25 de janeiro 2012. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (2003) - **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS, 1ª Edição, Brasília.

Brasil. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 2010.

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

LEMKE, R. A. ; SILVA, R. N. . **Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil**. Physis (UERJ. Impresso), v. 21, p. 979-1004, 2011.

MATTOS, R.A. **Cuidado prudente para uma Vida Decente**. In PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 119-132.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UE RJ-IMS, 2005. p. 195-206.

ONOCKO CAMPOS, R. T. ; MASSUDA, A. ; CASTANO, G. ; VALLES, I. D. ; PELLEGRINI, O. . **Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes**. Salud Colectiva **JCR**, v. 4(2), p. 173-185, 2008.

OURY, Jean. **Itinerários de Formação**. Trad. Jairo I. Goldberg. Revue Pratique, n. 1, p. 42-50, 1991.

PASSOS, E. ; SOUZA, T. P. . **Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas a política global de guerra às drogas**. Psicologia & Sociedade (Online), v. 23, p. 154-162, 2011

PINHEIRO, R. et al. **Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade**. In:

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UE RJ-IMS, 2005. p. 11-29.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”**. In: NICÁCIO, M.F.S. (Org). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 17-59.

SIQUEIRA, D. **Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos**. In: LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006.

TEDESCO, S. E SOUZA, T.P. **Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas**. In: Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. (Orgs.) Carvalho ET AL. Editora Hucitec, São Paulo, 2009, pp. 141-156.

TRINO, Alexandre. In: VARGAS, Tatiane. **Consultório na Rua: novas políticas para a população de rua**. 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

Tuleski; FACCI, M. G. D. . **Da apropriação da Cultura ao processo de humanização: o desenvolvimento das funções psicológicas superiores**. In: II Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo, 2006, Curitiba. Anais do II Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo -. Curitiba.

VASCONCELOS CM, PASCHE DF. **O sistema único de saúde**. In: Campos GW, Minayo MCS, Akermam M, Drumond Júnior (org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006. p. 531-562.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. v. 1. 192p.