

INTEGRALIDADE E CLÍNICA AMPLIADA NA PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Integrity and clinic expanded in the promotion of the right to the right to health of people in street situation

Daniel Rangel Curvo¹

Anna Carolina Vidal Matos²

Welison de Lima Sousa³

Ana Carolina Amorim da Paz⁴

Artigo encaminhado: 10/04/2017

Aceito para publicação: 11/12/2017

RESUMO: O campo dos direitos humanos é vasto e contempla diversas frentes de temáticas e lutas. Dentre essas, o direito à saúde. No Brasil o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) implicou na universalização desse direito, acarretando o desafio da inclusão de grupos populacionais historicamente marginalizados, como são as pessoas em situação de rua (PSR). Frente a esse desafio, e com olhar equânime, estratégias para ampliação do acesso e garantia de direitos vêm sendo desenvolvidas. Uma dessas estratégias é o programa Consultório na rua (CnaR), serviço da Atenção Básica destinado a promover o cuidado integral à saúde das PSR. O presente ensaio traz uma discussão teórica sobre a temática do direito à saúde voltados às PSR articulada a experiência profissional e acadêmica dos autores junto a essa população. Como resultado, observamos o papel da Clínica ampliada como importante operador do cuidado coerente ao princípio de integralidade do SUS e enquanto projeto ético de atenção.

Palavras-chave: Consultório na rua. Pessoas em situação de rua. Direito à saúde. Clínica Ampliada.

ABSTRACT: The field of human rights is huge and contemplates various thematic and struggle fronts. Between then, the right to health. In Brazil, the emergence of the Unique Healthcare System (SUS) implicates in the universalization of this right, bringing on the challenge of inclusion of historically marginalized population groups such as People on the street (PSR). Facing this challenge, and with lenses of equity, strategies to amplify access and guarantee rights have been developed.

¹ Psicólogo, mestrando em Psicologia da Saúde (PPGPS/UEPB - bolsista CAPES)

² Psicóloga, Mestre em Psicologia (PPGPSI/UFRN)

³ Welison de Lima Sousa - Psicólogo, Mestre em Psicologia (UFAL)

⁴ Psicóloga, Mestre em Antropologia (UFPB) e doutoranda em Antropologia (PPGA/UFBA)

One of those strategies is the program Street Clinics (CnaR), Basic Attention service aiming to promote Integral Healthcare with the PSR. This essay presents a theoretical discussion about the theme of the right to health related to the PSR articulated to professional and academic experience of the authors with this population. As a result, we observed the role of the Expanded Clinic as an important care operator consistent with the SUS integrality principle and as an ethical project of care.

Keywords: Street Clinics. People under street condition. Right to health. Expanded Clinic.

1 INTRODUÇÃO

Existem várias concepções sobre direitos humanos, que convergem em múltiplas frentes de atuação e resistências. Dentre essas frentes, no âmbito dos direitos sociais, encontramos o direito à saúde. No Brasil, esse direito tem uma história peculiar marcada, especialmente a partir dos anos 1980, por um processo que convencionou-se chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Neste movimento, a saúde é pensada como direito inerente à cidadania, e o próprio conceito de saúde é ampliado e contextualizado histórico-socialmente. O principal marco desse processo foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988. Com ele, a atenção integral à saúde se tornou direito de todos e dever do Estado.

Outro importante movimento que interfere positivamente na construção do direito à saúde no contexto brasileiro, em especial das Pessoas em Situação de Rua (PSR), é a Reforma Psiquiátrica. Com a luta focalizada nos direitos relativos às pessoas consideradas acometidas por transtornos mentais, esse movimento primou o combate aos saberes e práticas de cunho manicomial e a proposição de lógicas psicossociais de cuidado. Um importante marco legal desse processo foi a lei 10.216/01, que formaliza os direitos e o modelo de cuidado em saúde mental.

Essa nova concepção do direito à saúde e à saúde mental, conquistas dos profissionais de saúde, movimentos sociais e da sociedade brasileira, implicou uma visão mais integral do processo saúde-doença acarretando o desafio histórico de consolidação de novos modelos de cuidado. O modelo de atenção à saúde, adotado pelo Estado brasileiro, rompe com o modelo de cuidado centrado na

doença, fragmentado em especialidades e terapêuticas tecnicistas, até então vigente, passando de uma atenção hospitalocêntrica para o cuidado de base comunitária/territorial.

Entretanto, a efetivação dos princípios adotados pelo SUS é um desafio histórico, especialmente quando pensamos no cuidado de grupos populacionais historicamente marginalizados, marcados por processos de estigmatização, como acontece com as PSR. Frente a esse desafio, e com olhar equânime, estratégias para ampliação do acesso e garantia de direitos vem sendo desenvolvidas. Uma delas é o programa Consultório na rua (CnaR), serviço destinado a promover o cuidado integral à saúde das PSR. Outra, a Clínica ampliada, apresenta uma operacionalização da clínica coerente ao princípio de integralidade do SUS. As duas convergem para a efetivação do direito à saúde das PSR.

No ensaio que se segue, pretendemos abordar o processo de efetivação do direito à saúde das PSR, em especial por meio do programa CnaR. A discussão surge diante de inquietações suscitadas durante o encontro e atuação dos quatro autores no exercício de tutoria no Curso de Aperfeiçoamento em Cuidado Integral às Pessoas em Situação de Rua, com ênfase nos CnaR, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2016. Tal experiência propiciou a oportunidade de acesso a informações e troca de experiências de dezenas de trabalhadores envolvidos com o cuidado às PSR, em diversas regiões do país, forneceram um *background* para pensarmos os desafios da efetivação do direito à saúde das PSR.

Assim, trataremos uma discussão teórica sobre a temática a partir das propostas estabelecidas em documentos oficiais que estão como base da implementação do cuidado integral às pessoas que se encontram em situação de rua (BRASIL, 2005; 2009a; 2009b; 2014), articuladas às experiências profissionais e acadêmicas dos autores junto a essa população. Vale salientar que a reflexão analítica aqui proposta parte da experiência concreta de trabalho no programa CnaR e outros serviços do SUS na atenção a essa população e em processos de formação permanente de profissionais da rede de atenção intersectorial. Ademais, esta temática também permeou/permeia as dissertações de mestrado e tese de

doutorado dos autores, que trabalharam temas como a saúde dos trabalhadores do CnaR, a atuação do CnaR, o cotidiano e sociabilidades em espaço de consumo de substâncias psicoativas e o cuidado às PSR.

2 OS MOVIMENTOS SOCIAIS E O DIREITO UNIVERSAL À ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE: UM BREVE RESGATE HISTÓRICO.

O direito universal à atenção integral à saúde é uma conquista que remete ao período de redemocratização do país, após cerca de duas décadas sob regime de Ditadura Civil Militar (1964-1985). Vale salientar que, até então, o modelo de atenção à saúde brasileira estava vinculado ao sistema previdenciário, privilegiando os trabalhadores que contribuíram com os fundos de previdência, deixando excluída parte da população rural e urbana, como agricultores, autônomos, trabalhadores informais, entre outros.

Apesar de iniciativas de atenção à saúde pública desenvolvidas no Regime Militar, ao incluir tais segmentos na previdência social e instituir, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde, em 1975, a atenção à saúde de qualidade era ainda vista como direito de poucos. Segundo Paiva e Teixeira (2014), as narrativas acerca de movimentos que questionavam tal modelo de assistência à saúde apontam para as suas origens a segunda metade dos anos 1970, período que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976. Esta instituição, através de seus periódicos, divulgava o ideário de modelo de atenção à saúde pautado em um Sistema Único de Saúde (SUS) e difundia o movimento da Reforma Sanitária.

No início da década de 80 houve vários avanços quanto ao direito à saúde, destacando-se entre eles as Ações Integradas de Saúde (AIS), propondo a descentralização e hierarquização dos serviços e a universalização do atendimento. Pela primeira vez na história da atenção pública de saúde no Brasil pensou-se a saúde como direito de todos. Tanto as AIS quanto a concepção do SUS ganharam expressão nacional e, segundo Amarante (2003), com o fim da ditadura e o advento da Nova República (1985-1988), o ideário do Movimento Sanitário Brasileiro foi então assumido pela agenda do Estado nacional,

legitimando as reivindicações que até então eram vistas como minoritárias.

É preciso destacar que esse período histórico do país estava sendo marcado por um momento de grande mobilização política, não só acerca do direito à saúde, mas em várias esferas assistenciais e de direitos, culminando no processo de Constituinte. Nesse contexto, a luta pela saúde tornou-se um importante mote aglutinador de movimentos populares com movimentos acadêmicos, técnicos dos serviços e partidos políticos de esquerda e centro-esquerda que já vinham realizando uma crítica ao modelo hegemônico de saúde desde os anos 1970. Contudo, foi com a constituição de 1988 que ficou instituído o SUS como Política Nacional de Saúde, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado (BAPTISTA, 2005).

A união desses atores políticos ficou bem expressa na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986. Segundo Baptista (2005), essa conferência tornou-se um marco histórico por ter na sua composição uma expressiva participação da sociedade civil, profissionais, militantes de movimentos sociais, para discutir e elaborar a política de saúde. De fato, esta conferência consolidou uma noção ampliada do conceito de saúde, em que saúde passou a ser vista em suas determinações sociais. Além disso, propôs o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Apesar das tensões e interesses diversos dos serviços privados de saúde, o SUS foi instituído tendo a universalidade e a integralidade como princípios fundamentais - além dos princípios da descentralização e da participação popular

Toda pessoa, independentemente de sua inserção social, enquanto cidadã, passou a ter como direito o acesso à saúde. E, vale dizer, acesso às ações e serviços de saúde conforme o conceito ampliado de saúde. A ampliação do conceito de saúde incorpora as condições econômicas, sociais e culturais como importantes determinações desta, extrapolando o clássico modelo biologicista. Assim como o conceito de saúde passou a incorporar os aspectos bio, psico, e social do contexto de vida dos sujeitos, o modelo de atenção à saúde do SUS também passou a considerar o sujeito como um ser integral, que demanda ações de cuidado articuladas multidisciplinarmente, intra e intersetorialmente, ou seja,

que garantam a integralidade das ações nas três esferas de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), e articuladas a outras políticas públicas (BAPTISTA, 2005).

Entretanto, essa perspectiva de atenção à saúde disparada pela Reforma Sanitária ainda está em constante disputa, o que mantém viva a própria continuidade da Reforma Sanitária (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Encontramos no próprio SUS modelos diferentes de cuidado que estão em jogo. De acordo com Teixeira (2006), há três dimensões que compõem uma visão sistêmica desses modelos: dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial. Para a autora, essas três dimensões estão em constante interação, se influenciando mutuamente. A dimensão gerencial seria aquela responsável pela condução dos processos de reorganização das ações e serviços, enquanto a dimensão organizativa cuidaria da relação entre as unidades prestadoras de serviço. A última, a técnico-assistencial, remete às relações entre os sujeitos das práticas, os trabalhadores e os usuários

Os modelos de atenção à saúde relacionados com a Reforma Sanitária Brasileira, apesar de suas diferenças, visam superar o modelo hegemônico, chamado também de biomédico. Tal modelo, baseia-se numa concepção positivista de ciência, estrutura uma relação hierarquizada entre o profissional cuidador e o usuário do serviço, estabelecendo o profissional como sujeito do saber/poder e o usuário como sujeito passivo nas práticas de cuidado. Tal modelo privilegia o uso de equipamentos hospitalares e saberes fragmentados em um crescente campo de especialismos. O foco do cuidado, nessa perspectiva, centra-se no corpo do indivíduo doente, descontextualizado, entendido basicamente em sua dimensão biológica (CAMPOS, 1996/1997).

Assim, para compreendermos melhor a proposta do SUS e o tipo de cuidado que este propõe, vale ressaltar, além do princípio da universalidade do acesso, a integralidade da atenção. Com efeito, segundo Mattos (2013), é o princípio da integralidade que melhor demonstra as mudanças que o novo conceito de saúde acarreta. A integralidade tem como ponto central a recusa do reducionismo e da objetivação dos sujeitos, em busca de um modo ampliado de

apreensão das necessidades de saúde, como também de uma afirmação do diálogo como fundamental para a construção do cuidado, uma vez que só se alcança a realização de sua integralidade a partir da relação sujeito-sujeito.

Dentro desse contexto do SUS e do direito universal à saúde integral, chamaremos a atenção agora para a questão da Saúde Mental. Este campo cujo processo de reformulação das políticas públicas também foi marcado por intensas lutas e reivindicações por melhores formas de assistência não só em saúde, mas principalmente na garantia dos direitos humanos: a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica protagonizou a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia da rede privada de assistência. E tem como proposta construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas consideradas possuidoras de transtornos mentais, introduzindo a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas (BRASIL, 2005).

Vale salientar, que esse movimento ocorreu paralelo ao contexto sócio histórico da Reforma Sanitária. Este movimento se constituiu de uma crítica ao paradigma psiquiátrico regente da época, e foi influenciado pelas experiências internacionais, especialmente de Franco Basaglia e a psiquiatria democrática italiana. O paradigma psiquiátrico tem como foco no sintoma biológico e o modelo asilar de atenção, que implicavam em um “tratamento” segregacionista e baseado no tratamento moral e violento, orientado por uma suposta periculosidade do louco.

Segundo Amarante (1997), a denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos possibilitou verificar sua função enquanto dispositivo de custódia, iatrogenia e alienação, na contramão do que se esperava enquanto um dispositivo de assistência, terapêutica e liberdade. O movimento pela Reforma Psiquiátrica propunha formas alternativas de cuidado, uma visão de saúde mental ampla e a desinstitucionalização da loucura. Foi a partir do questionamento da prática psiquiátrica tradicional que o campo da saúde mental, então campo da psiquiatria, deixou de ser questão exclusiva dos técnicos, para tornar-se uma questão que diz

respeito a toda a sociedade, cujo enfoque, antes a doença, passaria a ser o sujeito da experiência do sofrimento, em sua complexidade e integralidade (AMARANTE, 2012). Tais lemas levantados pela reforma Psiquiátrica fundem-se aos princípios pautados pela Reforma Sanitária, culminando, dentro do SUS, no surgimento de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinada ao cuidado integral das pessoas acometidas por algum sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

3 CUIDADO INTEGRAL COMO DIMENSÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Tal como o conceito de saúde, o conceito de cuidado não apresenta um sentido único e definitivo. Essa inexistência de um sentido definitivo do que seja o cuidado não deve ser tomada como uma fragilidade, sendo exatamente o contrário. Essa amplitude é sua potencialidade, na medida em que abre um campo de possibilidades para a construção de sentidos diversos e oportunos para serem operados no campo da saúde (MATTOS, 2013).

Assim, entendemos o cuidado para além de um conjunto de práticas e procedimentos necessários que compõem um determinado tratamento. Podemos somar a essa questão prática, seguindo a definição de Ayres (2006, p. 55), que o Cuidado é “uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclamam”.

Por isso, garantir o cuidado integral é pensar constantemente em novas formas de agir em saúde, ou seja, pensar a própria forma de organização dos processos de trabalho dos serviços públicos de saúde. Trata-se, então, da organização contínua do processo de trabalho de modo que se ampliem as possibilidades de apreensão das necessidades dos sujeitos que buscam os serviços, tendo o diálogo entre o sujeito cuidado e o sujeito cuidador como central para que tal apreensão aconteça (MATTOS, 2013).

A partir do que discutimos até agora, podemos perceber a integralidade, como dimensão das práticas profissionais, que se faz pelo encontro/relação entre profissionais e usuários na busca por formas mais abrangentes possíveis de atender às necessidades deste usuário, de modo a gerar e aproveitar as

oportunidades para fortalecimento de vínculo e produção do seu protagonismo. Desse modo, os processos de trabalho devem incluir os sujeitos e seus coletivos nas decisões terapêuticas, ações preventivas e de promoção de saúde de determinado território (CAMPOS, 1996/1997).

Entretanto, ao compreender a complexidade das demandas se faz necessário articular os diversos saberes em prol de respostas mais eficazes para suas demandas. Entra em cena o trabalho transdisciplinar e multiprofissional das equipes de saúde na construção do cuidado integral. Diferente da atenção especializada e fragmentadas, o SUS preconiza o trabalho de equipe, contemplando uma diversidade de profissionais e saberes, e incentivando o diálogo através de ações como reunião de equipe, corresponsabilização dos casos, etc. Assim, articulando os saberes especializados dos núcleos de formação aos saberes advindos e pertencentes ao campo comum de atuação (CAMPOS, 2000). Ademais, para o cuidado ser integral, tal articulação precisa, em muitos dos casos, caminhar intra e intersetorialmente, articulando políticas e ações.

Esse diálogo torna-se então o ponto de partida e deve ocorrer entre os diferentes sujeitos envolvidos e as diferentes formas de perceber as necessidades dos serviços de saúde. Tal procedimento possibilita a ampliação da atenção às necessidades dos grupos populacionais que buscam os serviços de saúde, ao mesmo tempo que promove o questionamento sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2013).

Além dos aspectos ressaltados, a integralidade também diz respeito à configuração das políticas específicas, que são políticas desenhadas como resposta para problemas de saúde que afligem determinados grupos populacionais. Assim, trata-se da recusa, por parte dos que se engajam na formulação de políticas, em reduzir suas políticas a objetos descontextualizados. A ideia é a formulação de políticas que ampliem o horizonte de problemas a serem tratados.

Essas considerações, para nós, reafirmam a relação intrínseca entre integralidade e cuidado. Nesse sentido, não basta pensarmos apenas nas intervenções para a promoção da saúde, temos que considerar a necessidade de

avaliação dos efeitos que serão produzidos por tais intervenções, pois o que está em pauta é a promoção à saúde atrelada à promoção de qualidade de vida. Portanto, é preciso, junto aos diversos atores envolvidos, estar discutindo se tais intervenções diante de seus efeitos serão oportunas ou não. O cuidado, então, é um fazer ético, que deve andar junto com prudência e responsabilidade na produção de vidas decentes (MATTOS, 2013).

3.1 O Cuidado integral às pessoas em situação de rua: um processo em conquista

Esse conjunto de mudanças e disputas de modelos de cuidado sustentado pelo direito universal e integral à saúde no Brasil impactou progressivamente na PSR. Apesar do impacto, esse grupo populacional continuou sendo alvo de processos excludentes e estigmatizantes, inclusive por parte dos próprios serviços de saúde.

Para compreendermos esses processos, faz-se importante situar o fenômeno das PSR como uma manifestação da desigualdade estrutural do modo de produção capitalista e, caracterizá-lo como *expressão radical da questão social* (SILVA, 2006). Expressa, de forma emblemática, os desarranjos sociais desse modo de produção que garante sua reprodução ampliada ao mesmo passo em que impede o desenvolvimento digno do coletivo humano. Isso implica que esse segmento populacional carrega em suas histórias particulares as principais consequências do desenvolvimento capitalista (VALENCIO et al, 2008; SILVA, 2006; CURVO, SILVA, SILVA, 2014; MATOS, 2016). Essa condição inflige nesse grupo a marca de alvo preferencial de processos de estigmatização e criminalização, a partir de saberes e práticas de poder que ajudam a garantir a inferiorização social e econômica de tal grupo, culpabilizando e criminalizando essas pessoas por suas condições sociais.

Com efeito, na história moderna das sociedades ocidentais, garantiu-se uma centralidade às instituições totais (GOFFMAN, 2001) como forma de impor suas normas e excluir da sociedade aqueles considerados desviantes. Acompanhando essas mudanças econômicas, a medicina e a criminologia

alcançaram seu apogeu desenvolvendo os principais dispositivos de controle social através de estudos nosológicos de classificação das pessoas desviantes (os loucos, os leprosos, dementes, criminosos, delinquentes, viciados, vagabundos, etc.). A mendicância e a vadiagem tornaram-se objeto de estudos científicos, os quais acabaram, muitas das vezes, naturalizando relações sociais e patologizando ou incriminando os indivíduos por seus atos desviantes (KARVAT, 1996).

Nesse contexto, os fármacos e as instituições de isolamento assumiram o papel de dispositivos de controle dos corpos. Para cada tipificação de desvio havia uma instituição especializada para seu controle. Assim, um conjunto de dispositivos foram desenvolvidos para que o Estado controlasse os corpos indesejáveis, reprimindo-os e disciplinarizando os grupos populacionais divergentes. Pessoas essas que passaram por uma série de rompimentos com as normas mais gerais da sociedade por sua condição de vida social, emocional e econômica, e que trazem no corpo marcas indesejáveis: como o modo de ser vestir, de falar, de andar, higiene, etc. (PAZ, 2016).

No Brasil, esse processo possuiu ainda suas características específicas, pois a forma da abolição da escravatura no país, sem qualquer suporte à população recém-liberta, levou a um aumento de negros desempregados ou subempregados e de grupos mendicantes, sendo incorporados à situação de rua na primeira grande expansão das PSR no país. Esses negros formaram o principal público das colônias terapêuticas, que tiveram um rápido crescimento nesse período, disparando em larga escala o processo manicomial brasileiro (KARVAT, 1996; AMARANTE, 2012).

Para lidar com esses ditos anormais, com esses seres fora das normas, a sociedade burguesa oscilou entre um polo terapêutico e outro judiciário. Temos como destaque dessas práticas, no polo terapêutico, o modelo manicomial, e o modelo punitivo, no polo jurídico (KARVAT, 1996). Percebemos que as políticas direcionadas às PSR encontram-se orientadas dentro de duas ordens: criminalização/repressão e assistencialista/moralista (MATOS, 2016).

A contemporaneidade neoliberal vem agravando ainda mais o fenômeno moderno das PSR, fazendo aumentar o números de pessoas excedentes frente o

mercado de trabalho (SILVA, 2006). Entrelaçada nas velhas explicações culpabilizantes, a sociedade vem respondendo de forma cada vez mais cruel ao crescimento da pobreza e suas consequências sociais. As duas respostas clássicas, punição ou tutela, vem sendo reeditadas no caldo de uma cultura cada vez mais individualista e competitiva (WACQUANT, 2014).

Podemos afirmar que as primeiras práticas de cuidado (se é que assim podemos chamar) relacionado às PSR foram de cunho manicomial, mantendo-se assim, até fins do século XX, quando a Reforma Psiquiátrica passou a romper com os paradigmas manicomiais (AMARANTE, 2012) e as PSR se organizaram enquanto movimento social (BRASIL, 2014). Esse processo de mudança se dá a partir da década de 1990, quando, por meio do questionamento do processo de exclusão a que essa população é submetida, as PSR ganham visibilidade, evidenciando a urgência de sua inclusão social.

Em 2005, é lançado o Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR), apoiado pelo Movimento dos Catadores de Materiais Recicláveis, com o intuito de reivindicar políticas públicas que atendam às necessidades e à dignidade humana dessa população (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010). Neste contexto, inicia-se a redação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR) e, em 2009, é instituída, pelo Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento dessa Política (BRASIL, 2009a).

Tal política define População em Situação de Rua a partir de quatro condições para a caracterização de uma pessoa em situação de rua: a pobreza extrema; os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; a inexistência de moradia convencional regular; e utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento (BRASIL, 2014). A PNPR apresenta em seus princípios e diretrizes, sobretudo, o respeito à dignidade, a equidade e a igualdade como norteadores para a garantia de direitos, retomando assim, à própria constituição (BRASIL, 2009a).

Em 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) também lança serviços

específicos para o atendimento à população em situação de rua, como a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica e que prevê as equipes de Consultório na Rua (eCnaR); e a Portaria nº 122/GM/MS de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes e organização das eCnaR. O CnaR se constitui como equipes multiprofissionais e de ação interdisciplinar, de trabalho itinerante, no qual as ações de saúde acontecem diretamente no espaço da rua, buscando romper, assim, com a negação do direito à saúde e de tantos outros direitos sociais (BRASIL, 2013).

Para enfrentar o histórico de estigmatização e de direitos negados, o trabalho do CnaR se pauta na construção de vínculos de modo a promover o acesso à rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para essa população que vive em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto de exercício de direitos e cidadania. Por isso, podemos afirmar que os princípios do SUS devem ser tomados de forma radical na prática do CnaR (MATOS, 2016; SOUSA, 2016).

A universalidade, que garante o acesso de todo cidadão aos serviços de saúde, faz com que a prática do CnaR aconteça de modo a garantir este, funcionando como porta de entrada no sistema. A integralidade e a equidade são trabalhadas pela multidisciplinaridade da equipe, que busca, através dos diversos olhares e saberes, uma atenção e cuidado integral, reconhecendo e acolhendo as diversas demandas da população que será atendida, e oferecendo um serviço que atenda de forma equânime as necessidades de uma população tão negligenciada socialmente. Desta forma, o CnaR se configura como dispositivo estratégico para a consolidação da política para população em situação de rua, e também, para reafirmação dos princípios do SUS (CURVO, SILVA, SILVA, 2014; MATOS, 2016; SOUSA, 2016).

Efetivar o cuidado integral às pessoas desse grupo populacional é um grande desafio, pois, além da precarização que passam as redes e os serviços públicos de saúde, o cuidado às PSR é atravessado por aspectos históricos, acima mencionados, que caracterizam esse grupo populacional. Promover o cuidado integral para com essas pessoas é dar uma resposta contundente à

questão social. Esta ideia nos remete à Reforma Sanitária enquanto projeto de sociedade justa, democrática e saudável.

Por mais que as PSR tenham conquistado o direito ao cuidado universal em saúde, na ponta dos serviços, no ato do cuidado, ambientes pouco acolhedores ou mesmo atravessados por atitudes preconceituosas continuaram mantendo esse grupo populacional afastado ou tutelado. O encontro profissional-usuário é, certamente, um elemento importante, porém não deve nos levar à responsabilização do profissional e nem à circunscrição desse encontro como causas explicativas desses processos.

Assim, não basta a letra da Lei universalizar o cuidado integral para que ele ocorra. O desafio do SUS se consolidar como o sistema integral e universal que ele se propõe ser, torna-se para nós, sociedade civil, uma bandeira de luta, uma vez que, por um lado, devemos criticá-lo para que ele possa se desenvolver, por outro, devemos reconhecer as conquistas e avançarmos nas conquistas que já tivemos. Para caminhar no sentido da consolidação do SUS e do cuidado à saúde das PSR, acreditamos que as contribuições levantadas pela Clínica Ampliada fornecem importantes contribuições e parâmetros para a operacionalização do cuidado.

4 CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA AMPLIADA PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS PSR

A Clínica ampliada e compartilhada é um conceito desenvolvido por Gastão Wagner nos anos 1990 e que foi incorporado aos discursos oficiais do Ministério da Saúde a partir dos anos 2000, especialmente pelas políticas de Atenção Básica e de Humanização. Integrada a um conjunto mais amplo de propostas, caracterizado como metodologia Paideia, a Clínica Ampliada é um dos três eixos de aplicação dessa metodologia, junto com o Apoio Matricial² e o Apoio

²“sugere um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde (CAMPOS et al, 2014, p.984).

Institucional³ (CAMPOS 1996/1997; CAMPOS et al., 2014; BRASIL, 2009b).

Tal metodologia visa, por meio de espaços de cogestão, contribuir para a formação de sujeitos críticos e implicados no desenvolvimento das instituições, atuando sobre relações de poder, produção de conhecimento sobre si, sobre os outros, e sobre os contextos em questão, potencializando a ação sobre tais circunstâncias (CAMPOS et al., 2014). O eixo aplicativo que escolhemos desenvolver, a Clínica ampliada e compartilhada, é uma proposta operacional, ferramenta para colaborar para a efetivação da cogestão do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários de um serviço de saúde.

Coerente ao princípio de integralidade, a Clínica ampliada opera uma tripla ampliação: do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho (BRASIL, 2009b; CAMPOS et al., 2014). Um dos pontos centrais dessa proposta, o desenvolvimento de uma gestão compartilhada do cuidado, visa amenizar a inevitável desigualdade de saber-poder na relação profissional de saúde - usuário, produzindo práticas de cuidado que se pautem mais no diálogo e na negociação do que em saberes prescritivos (CAMPOS et al, 2014).

Prima-se por um cuidado que não se restringe aos procedimentos protocolares, mas que considera sensivelmente elementos das relações interpessoais estabelecidas no ato do cuidado. Assim, a escuta, o acolhimento e os afetos envolvidos nessa relação são instrumentalizados nas práticas de cuidado. Nessa perspectiva, a relação cuidador-cuidado propõe-se como uma relação horizontalizada, em que o sujeito cuidado assume papel ativo nos direcionamentos de seu cuidado (BRASIL, 2009b; CAMPOS et al, 2014).

Essa valorização do desejo, da história dos sujeitos e a própria abertura para o diálogo, são características que favorecem a vinculação positiva entre profissional e usuário, como pode ser percebido no fragmento da história relatada por Sousa (2016). Em sua pesquisa junto ao CnaR de Maceió - AL, o autor acompanhou o caso de “Maria rodoviária”, uma idosa que, vivendo no ponto de ônibus da rodoviária, era tida como “resistente” aos cuidados que lhes eram

³“é uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores” (CAMPOS et al, 2014, p.984).

oferecidos pelos serviços de políticas públicas.

Vivendo em lugar de grande fluxo de pessoas, nem mesmo os transeuntes estabeleciam relações amistosas com ela. Com os comerciantes tinha certa proximidade, mas basicamente numa relação de ajuda caridosa ocasional. O forte cheiro devido às baixas condições de higiene e por fazer suas necessidades fisiológicas, muitas vezes, no próprio local, era um recurso que a mantinha distante, resistente às interações (SOUSA, 2016).

Nesse contexto, para surpresa de toda a comunidade e de outros serviços, de saúde ou assistência, ela era “acessada” pela eCnaR, pois estes escutavam e permitiam que ela decidisse o que iria ou não fazer. Foi realizada sua ficha de atendimento e era feito o acompanhamento permanente de “Maria Rodoviária” pela eCnaR, enquanto outros serviços não conseguiam realizar esse mesmo acompanhamento.

Sousa (2016) percebeu que mesmo serviços direcionados à população em situação de rua, como o de abordagem social, não estabeleciam vínculo, pois não lhe respeitavam a singularidade e os desejos. Tais serviços acabavam por lhe impor a saída da rua como condição para o cuidado, mesmo esta não querendo tal saída, e isso produzia respostas agressivas por parte de “Maria rodoviária”. Foi com a atitude de acolhimento, de escuta, que a eCnaR estabeleceu uma relação horizontalizada, o que possibilitou a aproximação e a criação de vínculo e confiança com “Maria Rodoviária” (SOUSA, 2016).

No caso de “Maria Rodoviária” podemos perceber a importância de uma relação horizontalizada para superar a resistência em relação ao cuidado e a criação de vínculos positivos. Essa vinculação favorece o encontro e a continuidade de processos de cuidado, o que nos parece fundamental na execução de um cuidado integral à saúde das PSR, posto que suas demandas de saúde são amplas e complexas, demandando cuidados prolongados e que envolvem diversas esferas da vida (CURVO, SILVA, SILVA, 2014; FRAGA, 2015; MATOS, 2016; SOUSA, 2016).

Neste quadro, a Clínica Ampliada considera que quanto mais prolongado e complexo o cuidado, maior a necessidade de adesão e participação do sujeito e,

com isso, maior a importância de lidar com o usuário enquanto sujeito de desejos e necessidades. Esse desafio é encarado com consciência pela Clínica Ampliada. Fora da relação hierarquizada, os diagnósticos e as terapêuticas buscam ser compartilhados, construídos conjuntamente entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2009b; CAMPOS et al., 2014).

Com a ampliação da clínica, os sujeitos que estabelecem a relação de cuidado, tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços de saúde, são pensados como seres em processo, singulares, que se transformam nos encontros que estabelecem. As pessoas cuidadas não são meros objetos que recebem passivamente o cuidado. Tanto cuidador quanto sujeito cuidado são entendidos, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos (CAMPOS, 1996/1997; 2009; CAMPOS, et al., 2014). Essa valorização da escuta, da história dos sujeitos e a própria abertura para o diálogo, são partes importantes da compreensão dos sujeitos e de seus contextos de vida. Assim, a escuta e o diálogo aparecem como instrumentos de grande contribuição para a clínica e o cuidado.

Para entendermos melhor esse processo, temos que ter em mente que os trabalhadores do SUS, que efetivam o cuidado no encontro trabalhador-usuário do sistema de saúde, não são meros executantes de procedimentos técnico-protocolares, como tanto pregou o modelo médico, mas devem ser agentes de transformação social e de produção de realidades através de um compromisso ético e político com os sujeitos e suas realidades. A forma como o profissional interpreta o mundo, seus valores e afetos, interferem diretamente na forma como se desenvolve o processo de cuidado (CAMPOS, 1992; 1996/1997; 2009; CAMPOS, et al., 2014).

As relações interpessoais que envolvem o cuidado ou a doença são pensadas em seus contextos sócio territoriais. Essa clínica visa aos sujeitos reais, em suas vidas diárias, inseridos em seus territórios (CAMPOS, 1996, 1997; BRASIL, 2009b). A dimensão do território é ainda mais marcante no cuidado às PSR, posto que é em territórios abertos, públicos, desprotegidos das delimitações institucionais concretas, que essas pessoas vivem e se desenvolvem. É no território exterior aos muros institucionais que essas pessoas encontram seus

desvios, seus recursos e empecilhos para manterem-se saudáveis (FRANGELLA, 2009).

É também nesses territórios marcados pelo imprevisível que as eCnaR desenvolvem boa parte de seu trabalho. Um exemplo dessa interação podemos ver no relato de Sousa (2016) sobre o cuidado realizado a uma pessoa em situação de rua que, tendo tuberculose, já tinha abandonado o tratamento diversas vezes, por não aceitar ser/estar internada ou mesmo parar o uso do crack. Na lógica do diálogo e da negociação, ou seja, na lógica da Redução de danos, a eCnaR se articulou para fazer todo o cuidado em território aberto, desde a coleta de escarro para a baciloscopia até o controle do uso da medicação. Esse processo só se tornou viável graças a um recurso do território percebido pela equipe e pelo usuário: profissionais da farmácia em cujo estacionamento o senhor com tuberculose “guardava carros”. Estes profissionais se corresponsabilizaram por distribuir a medicação diariamente (SOUSA, 2016).

Novos atores se somaram e uma rede foi se construindo, entre o usuário, profissionais do CnaR, equipe da unidade básica de saúde (UBS), e profissionais da farmácia. Tal rede deu sustentabilidade para o cuidado, de forma participativa e corresponsável. No final, por meio de ações de redução de danos, de construção de redes, de corresponsabilização, o tratamento foi completado e a rede que se formou, mesmo com momentos de tensão, se fortaleceu e possibilitou outros desdobramentos (SOUSA, 2016).

Esse processo criou um novo fluxo para o atendimento de pessoas em situação de rua com tuberculose pela UBS, que antes era resistente e descrente com as possibilidades de cuidado com as PSR. Após esse processo, a UBS estava mais “próxima” das PSR e se disponibilizava para as ações com esse grupo populacional (SOUSA, 2016).

O usuário, que se recuperou da tuberculose, através de pactuações dentro dos seus interesses agora tinha formado uma rede que lhe dava assistência, e que também lhe permitia “circular” de forma diferente pelo território onde vivia. Afinal, agora era percebido de forma “diferente”, era (re)conhecido por novos olhares que o viram completar um difícil tratamento. Esta situação deu-lhe

confiança, melhorou a autoestima, o fortaleceu como sujeito, como ser no mundo. Isso tudo se deu por meio do desafio de produzir o cuidado coletivamente, com as tensões e potencialidades que isso traz (SOUSA, 2016).

Entendemos o relato anterior permeado pelas ampliações trazidas pela proposta clínica levantada por Gastão Wagner Campos. Os meios de execução do cuidado passam a incluir novos atores e estratégias, com instrumentos que valorizam os aspectos relacionais que atravessam o cuidado. O objeto de cuidado não se restringe à doença, à tuberculose, mas se atenta ao sujeito inserido em seu contexto, com suas dificuldades e projetos de vida. O objetivo extrapola a erradicação da doença, visando fortalecer os sujeitos e as redes de cuidado que participam do processo (CAMPOS et al, 2014).

Tais ampliações nos parecem essenciais para o cuidado, para o enfrentamento da intrincada rede de preconceitos e violências que envolvem as PSR, pois, ao se propor o processo de cogestão, faz-se sensível ao outro, pode-se escutar suas demandas de modo respeitoso, e agir de forma coerente à elas. O próprio profissional é requisitado a um constante exame de seus valores e atitudes, com vias para um posicionamento ético-político que promova autonomia (CAMPOS, 2009).

Porém, como já foi dito, não podemos restringir nosso olhar aos sujeitos diretamente implicados na relação de cuidado, sob o risco de simplificarmos demasiadamente o entendimento do fenômeno. Nesse sentido, entendemos que a contribuição da Clínica Ampliada não se restringe apenas à dimensão técnico-assistencial do cuidado. Seu efeito se desdobra em outras dimensões do cuidado, como na gestão e organização das redes de serviços. Por isso, mais do que uma proposta terapêutica, a clínica ampliada e compartilhada, em sua busca de cogestão do cuidado, pode ser percebida como sendo ao mesmo tempo uma proposta terapêutica, política e pedagógica (CAMPOS, 2009).

Desta forma, a Clínica Ampliada nos enlaça às discussões acerca do direito à saúde, dos direitos sociais e dos direitos humanos. Como vimos, o direito à saúde é um processo inconcluso, especialmente o direito de grupos sociais marginalizados, como as PSR. A Clínica Ampliada, ao indicar a necessidade de

relações horizontais, ao resgatar o desejo e a voz do sujeito, regata também ele como sujeito de dignidade e direitos. Tanto usuário como trabalhadores são requisitados enquanto sujeitos ativos no mundo na busca pela efetivação do direito à saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CAMPOS, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o exposto, pudemos perceber que a noção de direito à saúde está em constante mudança, sendo sensível aos contextos, histórico e social, em que se desenvolve. O direito à saúde das PSR, apenas recentemente, e sob pressão da sociedade civil organizada, passou a receber melhores investimentos para sua efetividade - especialmente com o programa CnaR. A realização desse direito enfrenta desafios de várias ordens, demandando um esforço conjunto para sua superação.

Foi com organização e luta social, vimos, que a sociedade brasileira arcou o atual direito à saúde. Essa luta deve ser permanente, a força coletiva, nascida e vivida na concretude cotidiana, deve impulsionar e direcionar o movimento das políticas públicas. Temos assim a constatação de que para a consolidação efetiva do SUS é preciso o constante e contínuo movimento de avaliação de suas políticas e estratégias de ação por meio das experiências concretas de trabalho cotidiano.

Entendemos que o processo de trabalho em saúde tem um grande potencial de produzir, para além da ação de cuidado, sujeitos implicados na consolidação do SUS, na invenção de novas práticas de cuidado. É nesse sentido mesmo, de fazer do cotidiano, do trabalho em ato, um espaço de formação de sujeitos críticos e participativos que caminha a Clínica Ampliada.

Assim, um ponto nodal deste processo se refere à produção de sujeitos dispostos e capazes de lidar com o enfrentamento dos problemas contemporâneos. Esta é uma aposta iniciada na Reforma Sanitária e na Reforma Psiquiátrica, chegando a uma atuação profissional alicerçada na Clínica Ampliada, uma abordagem mais integral dos problemas a serem enfrentados, postura criativa e de articulação com demais atores comprometidos com a atenção e o

cuidado ético.

Compreender as condições materiais que geram o fenômeno contemporâneo das PSR, desvela o processo de coisificação da vida humana presente no modo de vida capitalista. Assim, perceber esse fenômeno para além das explicações culpabilizantes, que servem como uma espécie de bode expiatório para os desarranjos sociais fomentados pela economia capitalista, é abrir a percepção para o fato de que essas PSR não são seres anormais, anomalias do comportamento humano. Mas expressão radical de uma maquinaria econômica que engloba a todos nós e que demanda uma atenção integral por parte dos setores públicos e sociedade civil.

Considerando o que foi exposto até aqui, bem como, a complexidade das situações, demandas e necessidades das PSR, torna-se imprescindível a busca por ampliação do acesso e da garantia de direitos para esta população. O CnaR se coloca então como importante aliado na efetivação da PNPR a essas pessoas, ao buscar garantir o cuidado integral à saúde e tendo a clínica ampliada como norteador das práticas.

Acreditamos ainda que a efetivação das políticas públicas passa pela articulação intersetorial e a construção de projetos de cuidado que possam lidar com as complexas questões de vida das PSR, em especial, a saúde, como também, a construção de formas de organização que possam contemplar de forma criativa e dinâmica as singularidades da vivência do espaço da rua.

Desta forma, um olhar solidário e crítico pode brotar dessa constatação, levando a luta do direito à saúde dessas pessoas, a um exercício cotidiano, nos limites e potências dos encontros entre sujeitos. Esses sujeitos sensíveis à radicalidade denunciante do fenômeno contemporâneo das PSR nos parecem menos vulneráveis aos processos estigmatizantes, aos desejos de manicômio, de apagamento, de eliminação que atravessam as PSR.

Tanto profissionais quanto usuários, ao desvincular-se das explicações do fenômeno pautadas na culpabilização individual, podem agir de forma mais situada na luta pelo direito integral e universal à saúde. Com esse olhar crítico, ampliado, integral sobre esse fenômeno, resgatamos a radicalidade do próprio

SUS enquanto um projeto de sociedade justa, democrática e saudável.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*/Sonia Fleury (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. *Saúde mental, políticas e instituições: Programa de educação à distância.*/ Cood. por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Ligia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz - Cebes, 2012, p. 635-656.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 2, p. 49 – 83.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no Sistema Único de Saúde e o que queremos dele. In: *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. v. 10, n.3, p.561-71, 2005.

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

_____. Decreto de lei nº 7.053/2009: *Institui a política nacional para a população em Situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências*. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 25 de fev. 2017.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Brasília*, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Saúde da População em situação de rua: um direito humano*. Brasília, DF, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.5, n.2, p.219-230. 2000.

_____. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e Ampliada*. 1996/1997. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICA ampliada.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICA%20ampliada.pdf). Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde soc.*, São Paulo, v.18, supl. 2, p. 24-34, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600004>>. Acesso em: 4 fev. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, supl.1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

CURVO, Daniel Rangel.; SILVA, Bárbara Carneiro da.; SILVA, Sylvia Emanuella da Penha Bispo da. Do cuidado às pessoas em situação de rua: um olhar a partir da experiência no consultório na rua. In: MACIEL, Silvana Carneiro; SILVA, Giselli Lucy Souza; SOUSA, Patrícia Fonseca de (Orgs), *Pesquisa*,

Prevenção e Intervenção às drogas: desafios no mundo contemporâneo. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014.

FRAGA, Patricia. *População em situação de rua e acesso à saúde.* Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/136309/335627.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 2 de mar. 2017.

FRANGELLA, Simone Maziara. *Corpos urbanos errantes: Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo.* São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos.* 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

KARVAT, Erivan Cassiano. *Discursos e práticas de controle: falas e olhares sobre a mendicidade e a vadiagem (Curitiba: 1890-1930).* Dissertação (Mestrado em História). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado Prudente para uma vida decente. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

MATOS, Anna Carolina Vidal. *A atuação dos consultórios na rua (CnaR) e a atenção à saúde da população em situação de rua.* Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rio Grande do Norte. Natal, 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA (MNPR). *Cartilha de formação do movimento nacional da população de rua.* 2010. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 01 de Fev. 2017.

PAZ, Ana Carolina Amorim da. *Entre “papudinhos” e “noiados”: uma etnografia sobre o cotidiano e sociabilidades em espaço de consumo de substâncias psicoativas na região de Cabedelo-PB*. Dissertação defendida no Programa de Pós-graduação em Antropologia/UFPB. João Pessoa, 2016.

SILVA, Maria Lucia Lopes. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005*. Dissertação (Mestrado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2006. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1763>>.

SOUSA, Welison de Lima. *O Cuidado às Pessoas em situação de rua de Maceió-Alagoas: um estudo de caso*. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2016.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no sus: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLÁ, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

VALENCIO, Norma Felicidade Lopes da Silva. et al. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v.7, n.21, p.556605, dezembro de 2008.

WACQUANT, Loic. Marginalidade, etnicidade e penalidade na cidade neoliberal Uma cartografia analítica. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 26, n. 2, nov, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n2/v26n2a09.pdf>>. Acesso em: 1 de fev. 2017.