

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde

Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde - NEDDS

Relatório Técnico Final

**Redes de apoio social dos usuários de crack em situação de rua nos territórios de
Manguinhos, RJ e na Região da Luz, SP**

**Pesquisa: Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades à
constituição de redes de apoio social**

(Processo número 422108/2017-0 PAPES VI, Modalidade B)

Coordenação Geral

Alda Lacerda

Rio de Janeiro

MARÇO/ 2019

Equipe da Pesquisa:

A equipe atual é composta por oito pesquisadores e três estudantes (um de mestrado, um finalizando a graduação e um bolsista de Iniciação Científica). Os estudantes iniciaram na pesquisa por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e se mantiveram mesmo após o término da bolsa. Tivemos um projeto de doutorado vinculado à pesquisa (Mina Teixeira) que foi concluído em 2018.

Coordenação: Alda Lacerda - médica, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (EPSJV/Fiocruz); Líder do Grupo de Pesquisa do CNPq NEDSS - Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde certificado pela Fiocruz; Docente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (ENSP/Fiocruz); Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - ProfSaúde (ABRASCO e Fiocruz); Membro do Grupo de Trabalho do Programa Institucional da Fiocruz Álcool, Crack e outras Drogas.

Geny de Oliveira Cobra - Psicóloga, Pós-Doutorado no Laboratório de Ergonomia da COPPE (UFRJ); Doutora em Ciências (ENSP/Fiocruz); Professora de psicologia da Universidade Santa Úrsula; Representante do Brasil do Comitê Internacional de Pesquisas Antárticas (*Scientific Committee on Antarctic Research SCAR*).

Grasiele Nespoli - Psicóloga; Doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/UFRJ); Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (EPSJV/Fiocruz) e do NEDSS.

Marise Ramôa - Psicóloga; Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (EPSJV/FIOCRUZ); Supervisora clínico institucional dos CAPS ad de Resende/RJ e de Paracambi/RJ pelo Ministério da Saúde; Membro do Grupo de Trabalho do Programa Institucional da Fiocruz Álcool, Crack e outras Drogas

Mirna Barros Teixeira - Psicóloga, Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz); Analista de Gestão em Saúde do Departamento de Ciências Sociais da ENSP/ Fiocruz;

Pesquisadora do NEDSS; Membro do Grupo de Trabalho do Programa Institucional da Fiocruz Álcool, Crack e outras Drogas.

Paulo Peiter - Doutor em Geografia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). Pesquisador colaborador do Grupo Retis de pesquisa do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do NEDSS.

Pilar Rodriguez Belmonte - Psicóloga, Doutora em história das Ciências da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/ Fiocruz); Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (ESPVJ/Fiocruz); Membro do Grupo de Trabalho do Programa Institucional da Fiocruz Álcool, Crack e outras Drogas.

Tereza Ramos Paiva – Psicóloga; Mestre em Gestão do Trabalho e Educação em saúde (ENSP/Fiocruz); Pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (EPSJV/Fiocruz).

Estudantes

Caio dos Santos Araújo - graduando em Ciências Sociais pela PUC - RJ. Bolsista PIBIC a partir de agosto de 2018

Brigida Nogueira do Oliveira - graduanda em sociologia pela UFF; foi Bolsista de iniciação científica (PIBIC) de agosto de 2015 a julho de 2018 e continua participando da pesquisa

Marcelly de Freitas Gomes - mestranda em antropologia pela UFF. Bolsista PIBIC no período de dezembro de 2013 a julho de 2015. Atualmente participa da pesquisa como estudante.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. REDES SOCIAIS NA SAÚDE.....	7
3. SISTEMA DA DÁDIVA: APORTES TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DA FORMAÇÃO DAS REDES SOCIAIS.....	10
4. OBJETIVOS.....	14
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
5.1 PERCURSO CONCEITUAL.....	15
5.1.2 Síntese dos verbetes.....	17
5.2 PERCURSO DA PRÁXIS.....	26
Manguinhos e Região da luz: Territórios cenários de investigação.....	26
5.2.1 investigação empírica: sujeitos da pesquisa e instrumentos de coleta.....	28
Entrevistas.....	29
Grupo Focal.....	30
Observação Participante.....	32
Análise dos dados.....	33
6. RESULTADOS: ELEMENTOS COMUNS E SINGULARIDADES NOS TERRITÓRIOS DE MANGUINHOS E NO DBA.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
8. PRODUTOS DA PESQUISA.....	44
8.1 Trabalhos apresentados em eventos científicos no Brasil e no exterior.....	44
8.2 Resumo dos Trabalhos Publicado em Anais.....	46
8.3 Eventos organizados no âmbito do Projeto de Pesquisa.....	60
8. 4 Participação em programas institucionais.....	61
8.5 Artigos publicados.....	61
9. PRÓXIMAS ETAPAS E NOVOS PRODUTOS.....	61
10. CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO PARA A SAÚDE COLETIVA.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

APRESENTAÇÃO

A pesquisa “Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades à constituição de Redes de Apoio Social” pode ser dividida em duas etapas, de acordo com o financiamento liberado. A primeira etapa foi de 05/12/2012 a 30/09/2016 (Projeto 407839/2012-7) e gerou um relatório com os dados preliminares enviados ao CNPq e a segunda de 29/12/2017 a 31/01/2019. Embora a prioridade seja apresentar os resultados da segunda etapa, com os avanços da pesquisa e as conclusões, não podemos deixar de abordar os resultados obtidos ao longo de todo o período, haja vista que a pesquisa se processou de forma contínua, sem interrupções.

A nossa intenção com o projeto de pesquisa era ampliar a reflexão e o debate sobre as redes sociais e as redes de apoio social na saúde, tendo como foco a população em situação de rua, e mais especificamente os usuários de crack em situação de rua. O Consultório na Rua assumiu importância como objeto de investigação por ser um dispositivo da Atenção Primária à Saúde (APS) na produção do cuidado da PSR.

Tivemos a oportunidade de realizar o trabalho de campo em dois territórios vulneráveis, um na cidade do Rio de Janeiro e outro em São Paulo. Embora o objetivo não fosse fazer um estudo comparativo, foi possível identificar elementos comuns e as especificidades dos usuários de crack em situação de rua na formação de redes, na organização do processo de trabalho, nas ações de cuidado, as articulações intra e intersectoriais e nos impactos das políticas públicas voltadas para a PSR nas diferentes localidades.

As redes sociais são elementos estruturantes da organização dos serviços de saúde, das práticas dos trabalhadores, da vida cotidiana dos usuários, além de revelar os modos particulares de organização das instituições públicas e as ações do Estado. Desse modo, é fundamental discutirmos, no contexto da micropolítica, a construção de vínculos sociais, as estratégias de cuidado da PSR na (APS) e, no âmbito da macropolítica, as políticas públicas voltadas para esse grupo social em situação de extrema vulnerabilidade. A micro e macropolítica são polos de análise que se complementam e estão diretamente relacionados, estabelecendo relações dialéticas.

O relatório final está organizado em 7 partes. 1. Introdução situando a pesquisa; 2. Marcos teóricos e os objetivos da pesquisa; 3. Procedimentos

metodológicos com o percurso conceitual, com destaque para a construção da matriz analítica e produção de verbetes, e o percurso da práxis com o relato do trabalho de campo nos territórios de Manguinhos no município do Rio de Janeiro e no Programa de Braços Abertos no Programa De Braços Abertos em São Paulo; 4. Resultados da investigação empírica nos dois territórios; 5. Considerações Fianis; 6. As produções, com a apresentação dos trabalhos, os resumos em anais e os eventos científicos no âmbito da pesquisa; 6. Desdobramentos; 7. Contribuições do projeto para a Saúde Coletiva, e por fim as referências bibliográficas.

1. INTRODUÇÃO

O campo da saúde sofreu transformações importantes nas últimas décadas em decorrência da conjuntura social determinada pela globalização. Os resultados dessa política do capitalismo globalizado têm sido a distribuição desigual de renda, as iniquidades sociais, a precarização do trabalho, a retração das redes sociais, entre outros, intensificando a pobreza, a exclusão (CASTEL, 1993) e as precárias condições de vida.

Diante do cenário de desigualdade social, precariedade e pobreza extrema evidenciamos o crescimento dos sujeitos que vivem o cotidiano das ruas como espaço de abrigo e moradia, muitos dos quais são usuários de álcool, crack e outras drogas. Cabe destacar que o uso de drogas, o desemprego e a ruptura com o núcleo familiar estão entre os principais motivos que levam as pessoas a viver nas ruas (BRASIL, 2008).

O consumo prejudicial de álcool e outras drogas por diversos segmentos da população brasileira tem tomado proporção de grave problema de saúde pública, com severas conseqüência sociais, econômicas e de saúde para a sociedade. Estudos nessa área apontam para o aumento na estimativa de uso de crack a partir do ano de 2005 e sua relação com a criminalidade, a violência e os diversos agravos à saúde (DUARTE.; STEMPLIUK; BARROSO, 2009).

Embora não se possa fazer uma correlação direta entre viver na rua e uso de drogas, observou-se um crescimento do número de usuários de crack em situação de rua nas principais regiões metropolitanas do país, muitas vezes reunidos em cenas de uso de drogas denominadas de “*cracolândias*”. O uso do crack não pode ser considerado uma epidemia como divulgado nas mídias e incorporado pelo senso comum (BASTOS & BERTONI, 2014), mas trata-se de um fenômeno social complexo, com múltiplos condicionantes sociais, culturais, econômicos e políticos.

O estudo de Bastos & Bertoni (2014), realizado em 2012, sobre o cenário e o perfil de usuários de crack em várias capitais e cidades de médio e pequeno porte no Brasil apontou que a maior parte dos usuários de crack era jovem, de cor parda ou preta, com ensino fundamental, e em torno de 40% se encontrava em situação de rua. Vivem à margem da sociedade e destituídos dos direitos básicos de cidadania, tendo

dificuldades no acesso à saúde e aos demais direitos sociais, apesar da saúde e da proteção social ser um direito de todos os indivíduos e um dever do Estado brasileiro .

Ainda existe uma carência de informações sobre a complexidade do uso prejudicial do crack e seus impactos para a saúde coletiva e para a sociedade, no entanto é preciso romper com o senso comum de que o problema se limita à droga. É nesse sentido a crítica de Silveira (2013) ao afirmar que “*Fizemos a guerra contra o inimigo errado. A guerra não era para ser feita contra as drogas, e sim contra o que leva o indivíduo a se tornar dependente*”. A guerra deveria ser, portanto, contra as situações que levaram ao uso abusivo das drogas e que estão relacionadas às precárias condições de vida, ao esgarçamento do tecido social e às desigualdades inerentes ao sistema de acumulação do capital.

A população em situação de rua, (PSR) de forma histórica, sempre enfrentou dificuldades para ser atendida nos serviços públicos de saúde, seja pela ausência de documentação, pela falta de endereço fixo, pelo estigma e discriminação social, entre outros motivos que acabavam restringindo o acesso e ferindo o direito constitucional de universalidade e equidade em saúde. Tais mecanismos restritivos reproduzem o processo de desfiliação social (CASTEL, 1993) ou de inclusão perversa e desigual (MARTINS, 2000) e impedem a experiência de cidadania.

Algumas estratégias de cuidado da PSR podem ser destacadas. No ano de 1999 foi implantado o primeiro Consultório de Rua na cidade de Salvador como resposta à necessidade de abordagem e atendimento das pessoas que viviam nas ruas fazendo uso de drogas e em situação de extrema vulnerabilidade social (BRASIL, 2010). O Consultório de Rua se articulou com o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) para garantir o fluxo dos usuários na rede de serviços da saúde mental. Anos mais tarde foi instituída a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), que apontou a premência de reorganizar a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso dos usuários aos serviços públicos, fortalecer as ações de atenção à saúde mental - em especial das pessoas em situação de rua com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas - e fomentar as ações assistenciais, de promoção e prevenção na atenção básica por meio do Programa Saúde da Família sem Domicílio.

A articulação das duas experiências - Consultório de Rua e Programa Saúde da Família sem Domicílio – culminou na proposta do Ministério da Saúde de criar um

novo dispositivo de cuidado, denominado de Consultório na Rua (CnaR), constituído por equipes multiprofissionais de saúde, conforme instituído na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). O CnaR tem como objetivo fortalecer a atenção básica e ampliar o acesso da PSR aos serviços públicos de saúde.

Algumas equipes de saúde no Brasil começaram como Consultório de Rua vinculado à Saúde Mental e, por indução financeira do Ministério da Saúde, foram se transformando em Consultório na Rua pertencente à atenção básica. Cabe demarcar que embora seja quase imperceptível a mudança na terminologia de “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”, de fato existiam mudanças na concepção que buscavam reafirmar a atenção primária ou atenção básica¹ como eixo estruturante da reorganização do SUS.

As equipes do CnaR são responsáveis por ações de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento, principalmente dos agravos de saúde como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, hepatites, doenças de pele e questões relacionadas ao uso prejudicial de drogas. As atividades devem ser realizadas de forma itinerante na rua e na Unidade Básica de Saúde, e em parceria com a Saúde da Família e outros equipamentos sociais e de saúde do território (BRASIL, 2011). De acordo com a realidade local, as equipes podem ser compostas por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico de enfermagem, dentista e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a). O Ministério da Saúde definiu três modalidades de equipes, de acordo com o número de profissionais de nível superior e nível médio, sendo que apenas a modalidade 3 tem a presença do médico.

Tendo em vista as especificidades da PSR, muitas vezes usuária de álcool, crack e outras drogas, ficou normatizado que as equipes adotassem a estratégia de redução de danos como eixo estruturante das ações de saúde (BRASIL, 2012b). Estudos demonstraram que a redução de danos com os usuários de drogas injetáveis tem sido eficaz e deveria ser ampliada ao uso de outras drogas como, por exemplo, o crack (BRASIL, 2004). A redução de danos opera por meio de um conjunto de estratégias em saúde para minimizar as consequências adversas do uso prejudicial para os sujeitos e coletivos, levando em conta os aspectos multifatoriais envolvidos no consumo de drogas. Isso implica em sair do foco restrito da abstinência e compartilhar

¹ Optamos na pesquisa por utilizar os termos atenção básica e atenção primária como sinônimos.

as informações, respeitar a liberdade de escolha e propiciar a co-responsabilidade dos usuários em seus tratamentos.

As estratégias de cuidado aos usuários em situação de rua devem se pautar em uma concepção ampliada do processo de saúde-doença. É preciso levar em conta que a própria condição histórica de abandono e cronificação corporal da exclusão incluem olhar para a toxicomania de forma não simplista, para a tuberculose, a hanseníase e as doenças sexualmente transmissíveis sem julgamentos e para a vida destes seres na rua também como estratégias protetivas (CELANO, 2011).

A gestão do cuidado na atenção primária deve fomentar, por um lado, o planejamento da organização dos serviços, a qualificação dos profissionais e a aproximação com as demandas locais. Por outro, é fundamental a estruturação de redes de recursos comunitários, de redes intersetoriais e de redes técnicas assistenciais de modo a dar sustentabilidade às ações de integralidade e fortalecer a participação social. Cabe ressaltar que o trabalho em rede traz em sua essência a dimensão da inovação tecnológica, por apontar para novas formas de gestão que permitam entrelaçar experiências que expressem a diversidade, a pluralidade e riqueza de ações, o que se torna relevante diante da complexidade dos territórios (LACERDA, 2010).

O nosso problema de pesquisa consistiu em analisar as possibilidades de reconstrução dos vínculos sociais dos usuários de crack em situação de rua e a formação de redes, haja vista a importância das relações sociais no cotidiano da vida e no processo de saúde-doença. Nosso pressuposto era que diante da carência de recursos materiais, da privação de direitos e do esgarçamento do tecido social que permeava a vida dos usuários seria possível construir estratégias de redes de apoio social como formas de sobrevivência e enfrentamento das adversidades da vida.

Para aprofundar o debate sobre a construção e ruptura de vínculos e os impactos dos relacionamentos no processo de saúde-doença-cuidado, buscamos sair do senso comum que muitas vezes naturaliza e simplifica a noção de rede e utilizamos os aportes da teoria do dom (MAUSS, 1985) para abordar as redes sociais em sua dinâmica e complexidade.

2. REDES SOCIAIS NA SAÚDE

O conceito de rede é antigo, com compreensões e usos operacionais distintos nos vários campos do conhecimento. As inúmeras denominações, como rede de informação, rede técnica, rede de produção, rede organizacional, rede política, rede de movimento, redes sociais, entre outras, independente das concepções e usos, estão sempre associadas à imagem de teia, de conexões e de fios que se entrelaçam.

Segundo Mercklé (2004), a rede social pode ser compreendida como um “conjunto de unidades sociais e de relações, diretas ou indiretas, que essas unidades estabelecem entre si, através de cadeias de extensão variável” (p.4). As unidades sociais, também chamada de “nós”, são formadas por indivíduos, grupos sociais formais e informais, famílias ou outras coletividades, e por meio dos vínculos que constituem se processam as diversas trocas com a circulação de bens tangíveis e intangíveis.

A discussão sobre redes sociais tem crescido substancialmente na sociologia e em outras disciplinas das ciências sociais, com inúmeras produções científicas e o desenvolvimento de métodos específicos de análise de redes. O interesse crescente pela temática pode ser atribuído à possibilidade que a rede traz de deslocar a análise centrada nos atributos individuais - como faixa etária, sexo, profissão - para compreender as características das relações e suas interferências no comportamento social (MERCKLÉ, 2004). Esse deslocamento é relevante tendo em vista que os comportamentos dos sujeitos ganham sentido quando analisados em sua dimensão relacional.

A noção de redes no campo da saúde recebeu a influência das ciências sociais, principalmente da corrente norte-americana, com as *networks analysis* (análises de redes) que buscam “explicar o comportamento dos indivíduos por meio das redes na qual eles se inserem, e explicar a estruturação das redes a partir da análise das interações entre os indivíduos e de suas motivações” (MERCKLÉ, 2004, p. 97). A ênfase recai nas características estruturais das redes sociais (composição, densidade, tamanho e homogeneidade), na quantidade de contatos, na reciprocidade, na duração dos vínculos, no grau de intimidade social e na frequência com que as pessoas se encontram

Fundamentados nessa corrente de análise estrutural das redes de abordagem quantitativa, houve uma profusão de estudos epidemiológicos que indicavam uma relação direta entre as redes sociais e a saúde dos sujeitos e grupos (VOGT et al, 1992;

DALGARD & HAHEIM, 1998; FERNÁNDEZ- PEÑA; MOLINA; VALERO, 2018), porém ainda com uma visão de saúde restrita aos fatores de risco e hábitos comportamentais. As análises estruturais não consideram a dimensão qualitativa dos vínculos e os valores culturais e simbólicos que permeiam as relações. Restringir-se à dimensão quantitativa não dá conta de revelar a complexidade das redes sociais e seu potencial em traduzir os diversos modos de mobilização e organização da sociedade e de produzir mudanças significativas na vida.

Na perspectiva de abordar os usos operacionais das redes nos serviços públicos do SUS, levando em conta sua complexidade, Martins & Fontes (2004) teceram uma tipologia de redes sociais formada pelas redes sócio-técnica, sócio-institucional e sócio-humana. O objetivo era a construção de uma Rede de Vigilância em Saúde que poderia ser transposta, com as devidas adequações, para se analisar as redes sociais na gestão da atenção primária e identificar os avanços e impedimentos à participação da comunidade e ao fortalecimento de ações intersetoriais.

As redes sócio-técnicas se processam em sistemas organizacionais formais e bem regulamentados, se constituindo no interior do Estado a partir de grupos de trabalho interdisciplinar, de especialistas e acadêmicos da área, de agências governamentais e de instituições científicas. Essas redes surgem muitas vezes para atender as demandas sociais de ações intersetoriais e interdisciplinares e, apesar da hierarquia e poder, são mais flexíveis que as redes burocráticas das organizações públicas, favorecendo a circulação de informações, a descentralização dos processos decisórios e as práticas de gestão participativa (MARTINS & FONTES, 2004).

Ainda no plano institucionalizado se encontram as redes sócio-institucionais, as quais se formam em sistemas organizacionais menos regulamentados que os das redes sócio-técnicas, na fronteira entre o Estado e a sociedade civil, com a participação de organizações governamentais e não governamentais, de lideranças comunitárias, de associações locais, de instituições científicas e religiosas. Conforme destacam os autores (MARTINS & FONTES, 2004), essas redes favorecem as ações de cooperação e a governança no nível municipal e na esfera pública local e, apesar de não terem poder decisório, são relevantes para delinear os possíveis caminhos das políticas públicas.

O terceiro tipo, as redes sócio-humanas, se constrói por meio de vínculos mais espontâneos entre amigos, vizinhos e familiares, se situando no campo das

sociabilidades primárias. O objetivo dessas redes “*que pré-existem ao aparelho estatal é de permitir que os indivíduos possam se socializar e adquirir um lugar no interior do grupo de pertencimento. Esse tipo de rede é estruturante da vida social e sem ele não existe a categoria abstrata chamada indivíduo*” (MARTINS & FONTES, 2004, p. 115). Em geral costumam ser invisíveis ao olhar dos gestores, tendo em vista que não necessariamente se articulam com as redes sócio-técnicas e sócio-institucionais. Tal articulação poderia se processar ao se implantar políticas sociais que de fato atuassem diretamente na vida da comunidade (MARTINS & FONTES, 2004), muitas vezes gerando serviços sociais e de saúde voltados para as necessidades da população.

A análise da dimensão sócio-técnica da rede traz a tona o potencial de identificar a organização do trabalho, ou seja, se as equipes do CnaR e os demais trabalhadores estão articulados em rede no planejamento e execução de suas práticas de cuidado integral, o que, por sua vez, é relevante diante da complexidade do trabalho na atenção primária e das condições de vulnerabilidade dos usuários em situação de rua. A rede sócio-técnica foi compreendida na nossa pesquisa como uma rede de trabalho na saúde que se processa no interior do Estado, constituída pelos trabalhadores que atuam no campo da Saúde Coletiva sem necessariamente articular todos os atores referidos acima.

Existe também o desafio de investigar a dimensão sócio-humana das redes nas ações e planejamentos em saúde, haja vista que a esfera das sociabilidades e as relações de intersubjetividades são muitas vezes negligenciadas pelos profissionais e gestores. Uma das perspectivas de entendermos essa dimensão foi investigar as redes sociais e, mais especificamente, as redes de apoio dos usuários que se constroem nos territórios das ruas, nas unidades de saúde e na interface com os trabalhadores.

O termo rede de apoio social ou rede de apoio é muito utilizado na literatura acadêmica sem uma definição conceitual explícita, sendo, portanto, abordado como um conceito dado que remete ao senso comum. Estudos sugerem se tratar de redes menores que se formam no cotidiano, tecidas muitas vezes por vínculos de solidariedade e confiança, por meio das quais circulam diversos tipos de apoio social

(COHEN & SYME, 1985; LACERDA & MARTINS, 2013). Tais redes têm como pressuposto o benefício que geram aos atores envolvidos, favorecendo o sentimento de pertencimento e a autonomia diante da vida, haja vista a associação entre apoio social e saúde dos sujeitos e coletivos (COHEN & SYME, 1985,

MINKLER,1992). Nesse sentido, toda rede de apoio é uma rede social ao passo que a recíproca não se procede, pois podemos ter redes sociais que não sejam benéficas e pelas quais o apoio não circula.

Compreender as redes sociais e as redes de apoio em sua complexidade implica em enfatizar a dimensão relacional, olhar para as diversas formas de interação e mobilização dos sujeitos e evidenciar o que circula nos vínculos. Essa perspectiva nos remeteu à dádiva como teoria da ação social (MAUSS, 1985), onde o que circula nas interações sociais a favor da manutenção dos vínculos, do reconhecimento mútuo e das transformações coletivas ganha expressividade por meio das trocas dinâmicas constituídas pela circulação de bens materiais e simbólicos.

3. SISTEMA DA DÁDIVA: APORTES TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DA FORMAÇÃO DAS REDES SOCIAIS

A análise das redes sociais e das redes de apoio na nossa pesquisa se fundamentou na teoria da dádiva ou dom² sistematizada por Marcel Mauss (1985 [1923-1924]). O autor, ao estudar os fenômenos que regem as trocas e os direitos contratuais em algumas sociedades primitivas ou arcaicas, apontou para um modo de funcionamento das sociedades ancorado na obrigação de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais de forma contínua, que definiu como sistema da dádiva. Trata-se de um sistema de ação social complexo, também presente nas sociedades contemporâneas, que enfatiza a dimensão simbólica dos dons circulantes (CAILLÉ, 1998). Ao contrário do que o termo possa sugerir, dádiva não é caridade e nem está vinculada à dimensão religiosa.

A teoria da dádiva foi fundamental como constructo teórico-metodológico da nossa pesquisa para analisar a constituição dos vínculos sociais na formação de redes dos usuários, assim como para compreender o cotidiano das práticas de saúde da equipe de Consultório na Rua. Ao nos referirmos às práticas de saúde nos remetemos ao trabalho prescrito preconizado nos documentos e normatizações e ao trabalho real que compõe as atividades de fato realizadas.

² Dom ou Dádiva são sinônimos e a utilização de um termo ou outro varia de acordo com a tradução. Utilizaremos, portanto, ambos os termos com o mesmo significado.

A dádiva tem um “*caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e no entanto obrigatório e interessado*” (MAUSS, 1985, p. 147). O interesse na dádiva não é o interesse do utilitarismo, o qual preconiza que os indivíduos são por essência racionais e egoístas e se movem na vida para satisfazer seus próprios interesses e felicidade, ou agem por meio de um altruísmo obrigatório em prol da felicidade dos outros³ (CAILLÉ, 2002). Na dádiva, o interesse é mais do ser do que do ter, e seu sentido amplia ao entendermos a obrigação e o interesse juntos à espontaneidade, à reciprocidade, à liberdade dos atores sociais e ao prazer do dom (CAILLÉ, 1998). Esses elementos, sinaliza Caillé (1998), muitas vezes denominados pelo par “obrigação-liberdade” e “interesse-desinteresse” se entrelaçam como paradoxos e constituem um dos pilares da dádiva, devendo, portanto, ser compreendidos em sua ação conjunta e integrada e não de modo isolado.

O sistema de dádiva é uma crítica à filosofia moral do utilitarismo, tecida inicialmente por Mauss (1985, [1923-1924]) no “Ensaio sobre a dádiva” e reafirmada pelos seus seguidores em grande parte associados ao Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais. As trocas que se processam por meio da circulação de bens materiais e simbólicos se distanciam da racionalidade instrumental e da economia do cálculo racional. Conforme assinala Martins (2008), o antiutilitarismo na lógica da dádiva se contrapõe ao paradigma hegemônico das ciências sociais, ao procurar explicar toda a motivação dos atores baseada no utilitarismo material, no interesse pessoal, no egoísmo e no cálculo racional, assim como ao paradigma normativo ao explicar a ação humana por meio das normas e regras externas aos indivíduos.

O modo de ação social da dádiva não pode ser explicado pelos dois paradigmas tradicionais das ciências sociais, o modelo holista do Estado e o individualista do mercado (CAILLÉ, 1998; GODBOUT, 2002). Se por um lado a liberdade se opõe às obrigações, deveres e normas instituídas no modelo holístico, por outro a espontaneidade, a incerteza, o interesse e a dívida simbólica presentes na dádiva a

³ O utilitarismo é uma doutrina criada no final do século XVIII por Jeremy Bentham. Caillé (2002) adverte que essa aparente ambivalência das duas interpretações do utilitarismo está pautada nos mesmos fundamentos: De um lado estão os interesses racionais e egoístas dos indivíduos. Do outro, a moral utilitária com o dever de felicidade de todos, o que nada mais é do que o desejo de alcançar a própria felicidade.

afastam do individualismo, justificando assim a sua defesa como um terceiro paradigma (CAILLÉ, 1998; 2002).

O paradigma da dádiva se pauta em uma visão ética e política que, sem negar a necessidade do Estado e do mercado ou ter a pretensão de substituí-los, se traduz como outro modo de constituição do social. Não se trata, afirma Caillé (1998), de considerar a dádiva um sistema oposto ao mercado ou ao Estado, pois os princípios da obrigação - que regem os sistemas administrativos e burocráticos da economia pública - e do interesse - que regem a economia de mercado - não são estranhos à sua teoria. No entanto, prossegue o autor, o que se evidencia é que as concepções e valores atribuídos aos mesmos são distintos ao que se imprime na leitura da dádiva.

A dádiva está presente na esfera do mercado e do Estado quando os sujeitos são os constituintes centrais da ação social, para além dos interesses econômicos e da obrigação estatal. Pode entrecruzar com as lógicas de ação estatal e mercantil e permear a atenção primária e os demais níveis de atenção do SUS, se processando nos espaços instituídos dos serviços de saúde por meio da partilha, com relações mais horizontalizadas, ou da rivalidade e poder com relações hierarquizadas

O entrecruzamento de ações sociais no sistema do dom e do mercado nos ajuda a refletir sobre a diversidade de práticas sociais existentes no campo da saúde, e sugerir que algumas estão mais centradas no paradigma do mercado e outras no paradigma da dádiva. As práticas voltadas para o mercado têm um caráter utilitarista e priorizam a tecnologia e o interesse econômico, no qual *“a doença vale mais do que o doente, o dinheiro e o prestígio obtido pelos serviços médicos não têm obrigações e dívidas para com o sofrimento humano”* (MARTINS, 2003, p. 33). Em contrapartida, a circulação da dádiva pode ser observada na constituição de redes de apoio social (LACERDA & MARTINS, 2013), e em diversas produções do cuidado em saúde que pressupõem o estabelecimento de vínculos e valorizam o sujeito e o simbólico no processo terapêutico.

A participação dos sujeitos nas redes sociais envolve o movimento conjunto de obrigação e liberdade presente na dádiva, e esses opostos não *“não são contraditórios, sendo apenas expressões polares da realidade social complexa”* (Martins, 2004, p. 23). A articulação entre obrigação e liberdade da ação social se revela na própria dinâmica das interações, na espontaneidade e nas emoções, e se abre para uma

“reciprocidade aberta e ambivalente” (Martins, 2008) dos dons e contradons⁴, o que não significa que um vínculo livre é a mesma coisa que ser liberado de todos os vínculos sociais (GODBOUT, 2007).

Godbout (2007) chama atenção para a diferença existente entre os vínculos que conectam os sujeitos e o que circula entre eles, e reafirma que o vínculo social revela um “modo de relação” enquanto o dom traduz um “modo de circulação” que alimenta os vínculos. O olhar sobre o que circula nas interações é fundamental para compreender os limites e possibilidades à constituição das redes de apoio social na produção do cuidado em saúde, tendo em vista que os vínculos podem ser fontes de apoio social e confiança mas também de estresse e adoecimento.

Analisar as redes de apoio social a partir da teoria da dádiva implica em compreender os diversos tipos de apoio tangíveis e intangíveis – apoio emocional, instrumental, informativo, entre outros – como dons que circulam nas relações (LACERDA, 2010). A dádiva ao revelar os diversos modos de circulação entre os sujeitos e grupos traz o entendimento crítico sobre a constituição e manutenção dos vínculos sociais no cotidiano da vida. Identificar o que circula entre os usuários de crack em situação de rua e nas suas interações com os profissionais e dar visibilidade as redes nos territórios é fundamental para o reconhecimento social, pois nos reconhecemos e somos reconhecidos como sujeitos de valor a partir do encontro com o outro (HONNETH, 2003), principalmente em contextos de extrema vulnerabilidade e exclusão social.

A concepção de redes sociais adotada nessa pesquisa foi uma concepção inovadora que enfatizou a dimensão relacional e o valor dos vínculos sociais, e se diferenciou da maior parte das análises de redes na saúde centradas nos aspectos estruturais e que não avançaram na abordagem conceitual e metodológica. Existe uma lacuna na literatura sobre a análise de redes nos territórios fundamentadas na teoria do dom, principalmente no contexto das pessoas em situação de rua e do uso prejudicial de drogas, o que reafirmou a importância dessa pesquisa e os seus resultados para a sociologia da saúde e para o campo da saúde coletiva.

4. OBJETIVOS

⁴ Contradom é a retribuição dos dons ofertados, permitindo a circulação dos bens materiais e simbólicos

A pesquisa enfatizou a formação de redes sociais dos usuários de crack que ocupam as ruas como espaço de abrigo e moradia e as ações de cuidado voltadas para essa população. Foi possível observar empiricamente dois territórios com grande concentração de usuários nas cenas de uso de drogas e que tinham equipes de Consultório na Rua atuando. O primeiro foi Manguinhos, onde se localiza um dos Consultórios na Rua da cidade do Rio de Janeiro (RJ), e o outro foi a Região da Luz na cidade de São Paulo (SP), *lócus* da experiência do Programa de Braços Abertos considerado uma das estratégias inovadoras no cuidado aos usuários de crack em situação de rua, conforme abordaremos a seguir na metodologia.

Diante da importância da sociabilidade, dos processos relacionais e da formação de redes na vida diária, cabe questionar de que modo os usuários constroem, reconstróem e mantêm seus vínculos sociais e que tipos de apoio - formais e informais - recebem que os possibilitam enfrentar as dificuldades que envolvem o uso de drogas e o viver nas ruas. Nessa perspectiva temos os seguintes objetivos:

- 1) Mapear as redes sociais dos usuários de crack atendidos nos Consultórios na Rua nos territórios de Manguinhos, Rio de Janeiro e Região da Luz no Centro de São Paulo;
- 2) Investigar as práticas de saúde desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua de Manguinhos e no Programa “De Braços Abertos”
- 3) Identificar se o trabalho das equipes de saúde se processam em rede;
- 3) Analisar os facilitadores e inibidores da constituição das redes de apoio social dos usuários.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi uma investigação de natureza qualitativa, haja vista que os nossos elementos de análise enfatizaram as abordagens qualitativas das interações sociais que se limitariam ao serem quantificados numericamente. As metodologias qualitativas ao valorizarem a intersubjetividade como fundamental na constituição do social, e na compreensão dos significados da realidade objetiva do cotidiano, se tornam relevantes para as pesquisas sociais no campo da saúde, o qual se encontra permeado pela objetividade dos fatos, pelo simbólico e pelo afetivo.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, tendo a primeira um percurso conceitual voltado para a construção do corpo teórico-metodológico, e a segunda um percurso da práxis com a investigação empírica no trabalho de campo. Essas etapas foram sempre dinâmicas, ocorrendo muitas vezes simultaneamente.

5.1 Percurso Conceitual

Para a construção de uma base teórico-conceitual e metodológica, o grupo da pesquisa se reuniu quinzenalmente para delimitar o campo de estudo e os conceitos operacionais relevantes. Foi feita a fase exploratória e de aprofundamento com leituras e debates de artigos, livros e capítulos, teses, documentos da política e outras publicações sobre os temas centrais do projeto. Alguns pesquisadores com expertise em determinadas áreas, tais como política de drogas, trabalho do Consultório na Rua; teoria do dom foram convidados para o debate e trouxeram contribuições importantes.

As reuniões, com duração de aproximadamente 4 horas, foram gravadas e transcritas. Em alguns momentos que precisávamos de uma imersão maior fizemos reuniões de dia inteiro. Criamos uma memória de toda a construção teórica e o material consolidado tem sido uma referência fundamental para a discussão dos resultados, produção de artigos e também servirá de base para futuras pesquisas. Além da transcrição, fizemos as atas com os registros da reunião e os encaminhamentos. O material sistematizado, as bibliografias e as atas das reuniões estão catalogados e disponíveis para os participantes da equipe por meio do *dropbox* e do Mega, constituindo assim uma biblioteca virtual do grupo que permite o acesso e atualização constante. Também formamos um grupo virtual de pesquisa no *facebook* (Pesquisa PAPES), onde os temas afins são compartilhados.

A partir dos temas debatidos e da fundamentação do constructo teórico-metodológico, o grupo de pesquisadores elaborou uma matriz analítica com as categorias centrais e operatórias, relevantes para a análise dos dados empíricos no contexto macro e microssocial. Foram elaboradas seis matrizes até chegarmos a versão final (Quadro 1)

Quadro 1 Matriz Analítica da Pesquisa

EIXO CENTRAL: Redes e Cuidado  Categorias	Reconhecimento	Território	Política
Redes Sociais / Redes de Apoio Social { Sócio-comunitária Sócio-técnica Sócio- institucional  DOM ou Dádiva	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconhecimento / Sofrimento Ético-Político (experiências de desrespeito) <ul style="list-style-type: none"> } Afeto } Direito } Solidariedade ● Estigma (uma forma de desrespeito) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Território e Territorialidades: inclusão / Desfiliação ● Trajetórias de vida: dimensão subjetiva e objetiva ● Pertencimento / não pertencimento ● Modos de uso da droga ● Trabalho formal e informal dos usuários 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estado de Exceção/ Estado de Direito ● Sofrimento ético-político ● Inclusão Social/ Desfiliação ● Intersectorialidade
Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ● Vínculo: construção / ruptura ● Noção de corpo e pessoa ● Autonomia / Heteronomia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabalho prescrito / Trabalho real ● Acesso ● Noções de cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> ● Autonomia / Heteronomia ● Políticas Públicas (Saúde Mental. Atenção Básica; Redução de danos; Assistência Social)

Fonte: Construída pelo grupo da pesquisa

As categorias centrais da pesquisa foram: 1) Redes sociais e Redes de apoio social, incluindo as tipologias de redes propostas por Martins & Fontes (2004) que incluem as redes sócio-comunitária, sócio-técnicas e sócio-institucional; 2) Dom ou Dádiva e 3) Cuidado. Foram definidos três eixos de análise que se entrecruzavam com as categorias centrais, a saber: Reconhecimento social, Território e Política. Dentro de cada eixo estavam as categorias operatórias que buscamos elaborar de modo dialético, tais como Reconhecimento social em suas dimensões do afeto, do respeito e da solidariedade e Experiências de Desrespeito; Autonomia e Heteronomia; Trabalho

Prescrito e Trabalho Real; Construção de Vínculos e Ruptura de Vínculos, entre outras (Quadro 1). A matriz foi validada após análise das primeiras entrevistas e duas categorias que emergiram no trabalho de campo foram incluídas: Intersetorialidade no eixo da Política e Noções de Cuidado no eixo do Território.

Para cada categoria fizemos os verbetes com a sua definição. O processo foi construído coletivamente e cada pesquisador ficava responsável em trazer a discussão de alguns dos temas e fazer a síntese como se fosse um glossário. Alguns verbetes foram elaborados pelos alunos sob a nossa supervisão. Os 17 verbetes construídos passaram por várias mudanças até o grupo validar, e cada um tem uma definição mais ampla, em média de cinco páginas, e uma síntese de um a dois parágrafos para serem consultadas durante a categorização dos dados. Apresentaremos a seguir a versão resumida de cada um dos verbetes.

5.1.2 SÍNTESE DOS VERBETES:

1. Redes Sociais e Redes de Apoio

A abordagem das redes sociais em sua complexidade deve enfatizar a dimensão relacional, a dinâmica da interação entre os atores e o que circula nos vínculos sociais. Essa perspectiva nos remete à dádiva como teoria da ação social, onde o que circula nas interações a favor da manutenção dos vínculos, do reconhecimento mútuo e das transformações coletivas ganha expressividade por meio do triplo movimento de dar, receber e retribuir os bens materiais e simbólicos. Goudbout (2007) aponta para a diferença entre os vínculos que conectam os atores e o que circula entre eles, e sinaliza que o vínculo social revela um “modo de relação” enquanto o dom traduz um “modo de circulação” que alimenta os vínculos. É esse processo de retroalimentação dos vínculos, por meio de circulação de dons, que fomentam e fortalecem o apoio e as redes sociais.

O termo rede de apoio social ou rede de apoio é muito utilizado na literatura acadêmica sem uma definição conceitual explícita, sendo, portanto, abordado como um conceito dado que remete ao senso comum. Os estudos sugerem que se trata de redes menores que se formam no cotidiano, tecidas muitas vezes por vínculos de solidariedade e confiança, por meio das quais circulam os diversos tipos de apoio social (MINKLER, 1992). Tais redes têm como pressuposto o benefício que geram

aos atores envolvidos, favorecendo o sentimento de pertencimento e a autonomia diante da vida, haja vista a associação entre apoio social e saúde dos sujeitos e grupos (COHEN & SYME, 1985). Nesse sentido, toda rede de apoio é uma rede social ao passo que a recíproca não se procede, pois podemos ter redes sociais que não sejam benéficas e pelas quais o apoio não circula.

2. Dom ou Dádiva

A dádiva ou dom é um modo de ação social constituído pela tríade de doação, recepção e retribuição dos bens simbólicos e materiais. Se constitui como outro modo de funcionamento da vida social, distinto do mercado e do Estado, estando fundamentado numa lógica anti-utilitarista.

A dádiva, enquanto um sistema de ação social complexo constituído a partir da tríade de doação, recepção e retribuição, tem um *“caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e no entanto obrigatório e interessado”* (MAUSS, 1985, p. 147). O interesse na dádiva não é o interesse do utilitarismo, o qual preconiza que os indivíduos são por essência racionais e egoístas e se movem na vida para satisfazer seus próprios interesses e felicidade, ou agem por meio de um altruísmo obrigatório em prol da felicidade dos outros (CAILLÉ, 2002). Na dádiva, o interesse é mais do ser do que do ter, e seu sentido amplia ao entendermos a obrigação e o interesse juntos à espontaneidade, à reciprocidade, à liberdade dos atores sociais e ao prazer do dom (CAILLÉ, 1998). Esses elementos, muitas vezes denominados pelo par *“obrigação-liberdade”* e *“interesse-desinteresse”* se entrelaçam como paradoxos e constituem um dos pilares da dádiva, devendo, portanto, ser compreendidos em sua ação conjunta e integrada e não de modo isolado (CAILLÉ, 1998).

3. Cuidado

Cuidado é um modo de agir definido por aspectos políticos, sociais, históricos e culturais que se traduz em ações e práticas que se caracterizam pela atenção, responsabilidade com pessoas e coisas no espaço da vida cotidiana. O cuidado em saúde, como potência positiva, é uma ação integral que envolve as relações interpessoais de diálogo, acolhimento, vínculo, corresponsabilidade, tratamento

resolutivo e respeitoso, buscando o reconhecimento do sujeito e a garantia da autonomia acerca do modo que este leva a vida.

No campo da saúde, o conceito de cuidado emerge mais fortemente a partir da demanda por uma atenção integral e pela necessidade de humanização das ações e serviços de saúde. Seu significado vai além de seu caráter instrumental técnico, abrangendo as dimensões existenciais, éticas e políticas presentes nos processos interpessoais e institucionais que envolvem a relação cuidadora entre trabalhadores e usuários.

4. Reconhecimento Social: Dimensões do afeto, direito e solidariedade

O reconhecimento se dá a partir das interações sociais e do encontro, e é mediado por experiências de luta e de conflitos sociais no cotidiano que envolvem situações como humilhação, exclusão, conflitos domésticos, violência, entre outras. A partir do encontro, cada um vai se reconhecendo e sendo reconhecido pelo outro como sujeito de valor. Nessa perspectiva, o reconhecimento pode ser compreendido como um bem simbólico circulante nas relações, isto é, como um dom ou dádiva que circula nas interações sociais.

Honneth (2003) discute o reconhecimento a partir de três dimensões intersubjetivas, ou seja, três formas de reconhecimento que correspondem ao amor, ao direito e a solidariedade. A dimensão do amor traduz as relações de afetividade como fundamento para a autoconfiança, a do direito se refere ao reconhecimento jurídico como caminho para o autorrespeito e a dimensão da estima social aponta para a solidariedade cívica como fortalecimento da autoestima.

5. Território

O território pode ser definido como a porção da superfície terrestre, apropriada por um grupo social para assegurar sua reprodução e a satisfação de suas necessidades vitais, processo que envolve relações de poder, conflitos, identificação e delimitação do espaço. (LA BERRE, 1995). O território não pode ser reduzido a uma delimitação geográfica e a sua dimensão jurídica e administrativa, mas deve ser analisado como

um *locus* de poder, de controle, de dominação e de apropriação do espaço físico por agentes estatais e não-estatais (MACHADO *et al.*, 2005),

No campo da saúde o território configura-se como um espaço delimitado onde se dão ações de promoção, prevenção de doenças e cuidado, tornando-se também uma área de gestão do sistema de saúde. A abordagem territorializada da saúde procura reconhecer os territórios sob sua responsabilidade o que significa compreender as formas como estes territórios são usados pela população, os processos que os originaram e sua dinâmica atual, com seus problemas, necessidades e respostas sociais aos mesmos. Nesse sentido procura-se definir ou delimitar territórios relativamente homogêneos internamente para melhor ajuste das ações de saúde com as realidades locais, sabendo-se que estes limites são por definição instáveis, sujeitos a mudanças (evolução).

6. Territorialidade

A territorialidade tem a ver com a forma as pessoas e grupos sociais se apropriam e dão significado aos lugares, o que pode variar dependendo do grupo, do contexto e da cultura.

Os territórios seriam, assim, expressões de diferentes territorialidades variáveis de acordo com contextos históricos e sociais, dando conta de inúmeras situações concretas que levam a questionar a exclusividade do Estado como produtor do território. São exemplos: os territórios criados pelo narcotráfico nas favelas cariocas ou os territórios da prostituição na área central da cidade do Rio de Janeiro (SOUZA, 1995). Pode-se acrescentar a estes, os territórios dos sem-teto (ZENEIDI & FLEURET, 2007) e o dos usuários de crack (as cenas de uso).

Território e territorialidade podem ser vistos como um processo social, no qual existem sobreposições de intenções de diferentes atores e conflitos. Um mesmo espaço pode conter diversas territorialidades (“empilhadas”) que resultam em territórios com configurações, temporalidades e objetivos distintos. Estas territorialidades podem criar territórios temporários, permanentes, intermitentes, estáveis, instáveis, contínuos, descontínuos, com expressão em diferentes escalas (SOUZA, 1995).

7. Acesso

Acesso à saúde envolve diversos fatores e pode ser analisado sob diversas abordagens. De forma geral, refere-se à possibilidade de utilizar, de forma adequada, os serviços de saúde quando necessário. Relaciona-se à disponibilidade e características da oferta, que facilitam ou dificultam o uso dos serviços por parte dos usuários. É compreendido como expressão da garantia do direito à saúde, da relação dos usuários com os serviços, da qualidade das ações e serviços e dos modelos assistenciais e das políticas de saúde instituídas.

8. Autonomia e Heteronomia

Autonomia é a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Como a autonomia é "condição" como ela se dá no mundo e não apenas na consciência dos sujeitos, sua construção envolve dois aspectos: o poder de determinar a própria lei e também o poder ou capacidade de realizar.

Pensamos autonomia, baseados em autores como Foucault, Deleuze e Castoriadis e Morin, como a capacidade do sujeito, de gerar normas e ordens para sua vida, a partir de reflexão e de ação diante do instituído, produzindo resistência ao mesmo e novos sentidos e práticas. A autonomia exige uma existência que não é de antemão determinada, a fim de que o sujeito possa exercer o poder de determinar-se.

Heteronomia é a condição de uma pessoa ou de uma coletividade que recebe do exterior a lei à qual se submete. Situações como ignorância, escassez de recursos materiais, má índole moral, etc, impõem determinações que limitam ou anulam a autonomia, sendo caracterizadas, portanto, como heteronomia.

“...a idéia da autonomia e da responsabilidade de cada um por sua [própria] vida pode facilmente tornar-se mistificação se a separarmos do contexto social e se a estabelecermos como resposta que se basta a si mesma” (CASTORIADIS, 1991, p. 131).

9. Estigma

O termo estigma será utilizado em referência a alguém, numa linguagem de

relações e não de atributos em si. “Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem” (GOFFMAN, 1998, p. 13), assim um estigma é um tipo especial de relação de atributo e estereótipo.

O estigma enquanto construção social representa uma marca ao indivíduo delegando-o um status desvalorizado em relação aos demais membros da sociedade. Goffman (1988) denomina de estigma social o reconhecimento da diferença, da “marca” somado a uma desvalorização do portador daquela “marca”.

10. Inclusão e Exclusão/Desfiliação

A noção de exclusão social é criticada por Robert Castel (1993) que propõe a noção de desfiliação social. Desfiliação é a perda dos suportes sociais que garantem o exercício de direitos iguais em uma sociedade democrática e o desengajamento material e simbólico dos indivíduos no laço social. A desfiliação seria, portanto, a ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional, os quais produzem efeitos negativos produzindo assim a exclusão.

Segundo Bader Sawaia (2001), a ambigüidade do conceito de exclusão, - ora centrado na dimensão econômica ao se abordar a exclusão como sinônimo de pobreza, e ora na dimensão social quando se privilegia o conceito de discriminação e se minimiza a injustiça social -, não elimina sua importância na análise das desigualdades sociais. A autora aponta que inclusão e exclusão são da mesma substância e formam um par indissociável, propondo assim trabalhar na dialética inclusão-exclusão de modo a introduzir a ética e a subjetividade na análise sociológica da desigualdade. Nesse sentido, a exclusão passa a ser entendida como descompromisso político com o sofrimento do outro e ruptura do laço de solidariedade (SAWAIA, 2001).

11. Estado de Exceção

O Estado de Exceção coloca-se no limite do Estado democrático de direito, uma vez em que se caracteriza pelo poder de suspensão de direitos e garantias constitucionais, através da criação de medidas de segurança (instituídas por Decretos e Medidas Provisórias, pelo poder executivo, por exemplo) em relação a uma dada situação (o uso de drogas, no nosso caso). Para Agamben, a exceção é um fundamento

do Estado moderno que se constitui na intersecção entre o poder jurídico institucional e a biopolítica e que opera uma exclusão inclusiva da vida nua (zoé – vida biológica) na vida política (bios). A exceção seria, então, uma espécie de exclusão, na medida em que está fora da norma geral. Contudo, não deixa de estar em relação com a norma, ao contrário, mantém com ela uma relação pela via da suspensão, se constituindo como regra.

No contexto do Estado de Exceção, em que a vida é reivindicada (de diversas formas) pelo poder político, apresenta-se a figura do *Homo Sacer*, insacrificável, porém matável. O homem sacro, no direito arcaico romano, é, por um lado, o homem impuro e, por outro, a propriedade dos deuses, aquele entregue aos deuses. No contexto do Estado de Exceção, o homem sacro é um sujeito abandonado, excluído e exposto à violência, que se situa na relação com a soberania, com o poder soberano que se exerce no direito de atuar sobre a vida daqueles - os indivíduos perigosos - que colocam em risco a população. O homem sacro é o homem que tem seus direitos subtraídos, mas que não pode ser sacrificado de forma lícita.

12. Estado Democrático de Direito

Foucault (2008) Faz uma leitura crítica à face contemporânea do Estado Democrático de Direito ao enfatizar a garantia de direitos políticos e sociais e não apenas a dimensão econômica. Leitura crítica que se distingue do marxismo no que tange à percepção de nuances: há o liberalismo estadunidense (anarcoliberalismo) com seu assim chamado “Estado mínimo”; e há o liberalismo alemão (ordoliberalismo), que concebe um Estado com importantes funções reguladoras, em defesa do livre mercado concorrencial. É nesta segunda tradição que se reconfigura o Estado Democrático de Direito, como resposta às inovações institucionais que permitiriam instaurar uma ordem com base na economia de mercado.

No entanto, ao contrário de se reafirmar a garantia de direitos sociais, políticos e econômicos, o Estado Democrático de Direito reinterpretado pelo ordoliberalismo alemão é filho do livre mercado, comprometido com o neoliberalismo, e preocupado em garantir que o Estado intervenha sobre a economia e a vida dos indivíduos, apenas em defesa da integridade e liberdade econômicas. Um Estado árbitro, que evita ao

máximo intervir, e que quando o faz, é em defesa da ordem econômica, e também de sua própria integridade (FOUCAULT, 2008).

13. Noção de Corpo e Pessoa

A categoria corpo deve ser pensada como produção de corporalidades e articulada à noção de pessoa. O corpo, assim, não se limita a refletir o mundo social, ele não é apenas inscrição da cultura, nem tampouco, reprodução da ordem social mas, constitui-se a si mesmo como sujeito corpo. O corpo é *“uma atividade simultaneamente física, simbólica, política e social, que se constrói na relação com outros corpos e na interface com a dimensão espacial e social das ruas da cidade”*. (Frangella. 2009, p. 13).

14. Pertencimento

O ser humano é um ser gregário que necessita dos seus relacionamentos sociais. O processo de pertencimento inicia na família nuclear; e depois os sujeitos passam a pertencer a outros grupos, como o da escola, trabalho, círculo social, entre outros (ZIMERMAN, 1997).

O Fenômeno da pertencência, chamado por Zimerman de vínculo do reconhecimento, que é *“o quanto cada indivíduo necessita, de forma vital, ser reconhecido pelos demais do grupo como alguém que, de fato, pertence ao grupo. E também alude à necessidade de que cada um reconheça o outro como alguém que tem o direito de ser diferente e emancipado dele”* (1997: 39). O pertencimento seria, portanto, uma dimensão importante na luta por Reconhecimento Social

15. Sofrimento ético-político

O sofrimento ético-político retrata o sofrimento do corpo e da alma que afeta a vida dos sujeitos, fruto de relações sociais dominantes de poder e humilhações, ou seja, *“a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade”* (SAWAIA, 1999, p.104). Conhecer o sofrimento ético-político é analisar as formas sutis de exclusão social ou de inclusão perversa, refletindo como esse processo de exclusão social afeta o corpo e a alma dos sujeitos.

Para pensar os processos de exclusão/inclusão em contextos de desigualdades sociais, SAWAIA aponta para a dimensão da afetividade como importante categoria de análise, entendendo que a *“a afetividade é um fenômeno ético-político, da ordem do encontro, da relação, e não determinada em si mesma, mas construída da maneira como o sujeito afeta e é afetado pelos outros mediante as relações sociais”*. Qualificar a afetividade como *“ética-política é marcar que é o indivíduo que sofre, porém esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente”* (SAWAIA, 1999, p.104)

16. Trabalho Prescrito e trabalho Real

O trabalho prescrito corresponde às tarefas que os trabalhadores devem cumprir, sendo preconizado por meio de legislações, normas operacionais, documentos formais e informais e acordos da gestão. Já o trabalho real corresponde às atividades que são de fato realizadas no cotidiano de trabalho. Embora exista sempre uma defasagem entre o que é prescrito e o trabalho real, a prescrição é fundamental para o conhecimento do trabalho e a sua execução. Essas categorias não devem ser avaliadas como polaridades e sim como complementares, correspondendo ao que se considera a dupla face do trabalho (BRITO, 2006).

17. Vínculo

Vínculo é um atributo da subjetividade que de forma ampla, significa tudo que liga o sujeito ao mundo exterior, e ao mesmo tempo indica uma relação interpessoal. No contexto da saúde o vínculo é um processo relacional que permite a troca, a circulação de afetos entre pessoas, favorecendo a negociação entre os sujeitos, que se expressa na forma de receber, na comunicação e na confiança que se estabelece entre eles. É uma ferramenta que horizontaliza e democratiza as práticas de cuidado, ao favorecer a negociação entre os sujeitos envolvidos nas ações e práticas de saúde.

5.2 PERCURSO DA PRÁXIS

Manguinhos e Região da Luz: Territórios cenários de investigação

A investigação empírica foi realizada em dois *locus*: Manguinhos - RJ e Região da Luz - SP. A escolha de Manguinhos foi definida no projeto inicial submetido ao edital do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde – PAPES VI/ FIOCRUZ/CNPq, e se justificava em função da atuação de alguns membros da equipe da pesquisa na fase inicial da gestão do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias-Escola Manguinhos) e do nosso interesse e compromisso institucional como pesquisadores da Fiocruz em contribuir com ações voltadas para esse território. O Consultório na Rua (CnaR) de Manguinhos foi implantado pela gestão do TEIAS e iniciou suas ações em outubro de 2011, estando localizado em uma sala na Clínica da Família Victor Valla, a qual se situa perto de várias cenas de uso facilitando o acesso dos usuários.

Manguinhos situa-se no bairro de mesmo nome na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, cercada por favelas e conjuntos habitacionais de baixa renda. Com cerca de 32 mil habitantes, é um dos bairros com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade e uma renda domiciliar média mensal de R\$700,00 reais. A vulnerabilidade do território e o diagnóstico situacional realizado pela Estratégia Saúde da Família no ano de 2011, que indicou um número expressivo de moradores de rua na região em uso prejudicial de álcool e crack nas cenas de uso de drogas, justificam a implantação do Consultório na Rua (TEIXEIRA, 2011).

A equipe de CnaR é constituída por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 técnico de enfermagem, 3 agentes sociais e 1 dentista e muitos desses profissionais tiveram uma experiência prévia na Saúde da família. Em 2014 a equipe tinha mapeado cerca de 16 cenas de uso de crack com aproximadamente 605 usuários no total, a maior parte jovens de 18 e 28 anos de idade (56%) e do gênero masculino (62%), porém esses números são altamente variáveis dada as características de mobilidade geográfica dessa população.

O segundo campo de investigação seria Recife, porém optamos pela cidade de São Paulo para conhecer e investigar o Programa “De Braços Abertos” (DBA), considerado uma das estratégias bem sucedidas de intervenção com os usuários de crack em situação de rua. A escolha por São Paulo se justificava pelo DBA ser uma

experiência nova, iniciada em 2014, com uma proposta de produção de cuidado intersetorial e reinserção social dos usuários, sendo, portanto, uma experiência que também merecia ser estudada.

O Programa “De Braços Abertos” se situava na região da Luz no centro de São Paulo, região que historicamente reunia um aglomerado de pessoas nas cracolândias em situação de extrema vulnerabilidade. No início de 2014 havia uma grande concentração de pessoas morando nas ruas, com cerca de 1.500 barracos, em uso prejudicial de drogas, principalmente o crack, o que acabou se tornando uma grande cena de uso aberta. A premência de intervir nesse território levou a gestão municipal a criar o DBA, inspirado em iniciativas internacionais como o Housing First (STEFANCIC; TSEMBERIS, 2007), operando na lógica da redução de danos com baixa exigência,

Em 2016 o Programa DBA tinha 460 beneficiários adultos cadastrados e 31 crianças, filhos desses beneficiários. A maioria era adulto entre 30 a 40 anos (42%) e entre 51 a 55 anos (33%), de cor parda (49%) e do gênero masculino (64%). Os beneficiários cadastrados no DBA tinham assegurado um pacote de direitos, que inclui moradia, alimentação, frentes de trabalho e saúde. Tendo em vista que o número de usuários na cracolândia era muito maior que a capacidade de absorção do Programa, haja vista as dificuldades dos recursos financeiros, havia uma fila de espera de aproximadamente 218 pessoas pré-cadastradas sem previsão de entrada.

É difícil ter uma medida precisa do quantitativo de pessoas vivendo nas ruas, em função de ser uma população com grande mobilidade geográfica e os dados censitários serem prioritariamente coletados em domicílios (NATALINO, 2016). Na cidade do Rio de Janeiro, a estimativa, em 2016, era cerca de 15 mil pessoas em situação de rua (IPEA, 2017), número que deve continuar aumentando considerando as altas taxas de desemprego, haja vista que a partir de 2015 o número de desempregados aumentou, tendo passado de 132 mil pessoas no segundo trimestre de 2015 para 345 mil no último trimestre de 2016 (FGV, 2017). Já em São Paulo a estimativa em 2015 era de 15,905 pessoas nas ruas, segundo os dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, (FIPE, 2015), sendo que mais da metade dessa população estaria em Centros de Acolhida onde podem pernoitar à noite.

Embora os territórios de Manguinhos e Região da Luz tenham suas especificidades, têm em comum a pobreza e as precárias condições de vida, com grandes cenas de uso de drogas, que os usuários do RJ chamam de “cracolândia” e os de SP definem como “fluxo”.

5.2.1 investigação empírica: sujeitos da pesquisa e instrumentos de coleta

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários de crack atendidos pela equipe de CnaR, os trabalhadores que atuavam junto a essa população e os gestores, e os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, grupo focal com usuários e observação participante. Antes da entrada no campo, fizemos reunião com a equipe do CnaR de Manguinhos para apresentar a pesquisa e discutir como seriam abordados os usuários. Ficou definido que um dos agentes sociais (agente comunitário) seria o articulador de campo para fazer as intermediações com os usuários. Os profissionais do CnaR se mostraram interessados e motivados, e reafirmaram a importância da pesquisa para a sistematização das redes e para a reconfiguração de seus processos de trabalho.

A investigação empírica em São Paulo foi intermediada por um dos gestores do Programa “De Braços Abertos” que nos entregou as normatizações sobre o funcionamento do Programa. A aproximação com os beneficiários e com outros usuários que não eram cadastrados se viabilizou por meio da ajuda dos técnicos de saúde que atuaram como articuladores do campo.

Quanto aos instrumentos de coleta, o grupo de pesquisadores elaborou os roteiros de entrevistas, o manual do grupo focal e o roteiro da Observação Participante. Foi feita uma entrevista piloto com usuário e com trabalhador e os roteiros foram readequados. Os roteiros de entrevistas de São Paulo tiveram que ser reformulados para se adequar à realidade local. Antes de iniciarmos cada etapa explicávamos o objetivo da pesquisa, o critério de seleção, a relevância da participação, a garantia do sigilo dos dados, a preservação do anonimato e entregávamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e trabalhadores. Para os usuários de crack usamos o termo de assentimento e a concordância em participar era manifestada verbalmente e gravada. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola (CEP) Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio - EPSJV/FIOCRUZ em 2012, e recebeu uma emenda para submissão ao CEP da Secretária Municipal de São Paulo, A versão final do CAAE, número 50891115.6.0000.5241, foi emitida em janeiro de 2016.

Nos anos de 2014 e 2015 foi feito o campo empírico no Rio de Janeiro, e em 2016 em São Paulo. Algumas intercorrências atrasaram a coleta de dados no RJ e tiveram impacto na pesquisa, tais como a entrada das Unidades Pacificadores de Policias com as incursões policiais; a briga entre as distintas facções do tráfico; as operações do município para a desocupação de algumas áreas ocupadas gerando atos de violência no território; e o recolhimento compulsório dos usuários de crack de Manguinhos, fazendo com a população se dispersasse para outras regiões e tempos depois retornasse ao território. Para que o campo de São Paulo pudesse ser feito de forma mais breve para se evitar o custo de passagens aéreas e as diárias de hospedagem, fizemos uma imersão no campo durante duas semanas com a participação de cinco pesquisadores.

Entrevistas

Foram realizadas 62 entrevistas individuais semi-estruturadas (Quadro 2), com 17 usuários de crack (n=10 no RJ e n=7 em SP), 27 profissionais (n=11 no RJ e n=16 em SP) e 18 gestores (n=5 no RJ, n=11 em SP e n=2 do nível federal). As entrevistas, com duração em torno de 60 a 90 minutos, foram gravadas com autorização dos entrevistados e transcritas na íntegra. Não houve identificação nominal dos entrevistados.

Os usuários no RJ foram entrevistados em uma sala reservada na Clínica da Família e os de SP na tenda do DBA. O critério de inclusão na pesquisa era ser usuário de crack, morador de rua há pelo menos um ano, maior de 18 anos e ser atendido pelo CnaR de Manguinhos ou fazer parte do Programa DBA (beneficiário ou o usuário de crack do fluxo que frequenta a tenda de acolhimento e participa de algumas atividades ali desenvolvidas). A proposta inicial de utilizar a metodologia de *snow ball* se inviabilizou, pois as entrevistas dependiam da disponibilidade dos usuários, o que era imprevisível.

As entrevistas com os trabalhadores no RJ incluíram toda a equipe de CnaR (n=9), 1 trabalhador da Saúde Mental que atua no CAPS e 1 da Assistência Social. Os

16 entrevistados em SP faziam parte do DBA e eram profissionais das equipes do CnaR, técnicos da assistência social, técnicos dos direitos humanos e do trabalho, um agente redutor de danos do CAPS-AD e orientadores sócio-educacionais do trabalho e da assistência social. O critério de inclusão no RJ era atuar junto a essa população e em SP era trabalhar no DBA.

Em relação aos gestores no RJ, foram incluídos os gerentes de clínica da família e do CAPS AD, os gestores da atenção primária, da saúde mental e da assistência social do município. Em SP foram entrevistados: o Coordenador geral do DBA e Secretário de Segurança Urbana, o Coordenador de Saúde Mental do município, o Secretário Adjunto da Secretaria do Desenvolvimento do Trabalho e Empreendedorismo, o Assessor da Coordenação da Atenção Básica, o Coordenador de Saúde da Região do Centro, o Coordenador das Frentes de Trabalho e o Coordenador dos Direitos Humanos, além dos gestores dos equipamentos sociais e de saúde do território (Coordenadores da Tenda, do CnaR e de dois Projetos sociais. O critério de inclusão de inclusão era ter algum tipo de atuação junto a essa população no RJ ou atuar na gestão técnica do DBA em SP.

Quadro 2: número de entrevistados e participantes do grupo focal no RJ e SP

	Rio de Janeiro	São Paulo	Nível federal	Total
Entrevista com Usuários	10	7		17
Entrevista com Profissionais	11	16		27
Entrevista com Gestores	5	11	2	18
Usuários do Grupo Focal	6	9		15
Total de participantes				77

Fonte: Grupo de pesquisa

. Grupo Focal

Realizamos dois grupos focais, com duração aproximada de três horas, um com seis usuários de crack em situação de rua atendidos pela equipe de CnaR de Manguinhos e outro com a participação de nove usuários atendidos pelo Programa “De Braços Abertos” (Quadro 2). O grupo focal no Rio foi realizado em 2015 em uma sala de uma instituição pública a em frente à Clínica da Família Victor Valla e o de São Paulo na tenda de acolhimento do DBA. O grupo focal de SP foi gravado e o do

RJ foi gravado e filmado com autorização verbal dos usuários. Ao final os usuários receberam uma camiseta como forma de agradecimento por sua participação.

As perguntas-guia do grupo focal buscavam compreender como os usuários se apropriavam do território para garantir a reprodução do grupo social; como viviam; quais suas necessidades diárias e como conseguiam (ou não) satisfazer as suas necessidades; os principais problemas e riscos que enfrentavam no dia-a-dia; quem colaborava e quem prejudicava seu cotidiano e como. Foi aplicada a metodologia da Cartografia Social (ACSELRAD, 2008), com a produção de mapas do território destes indivíduos em dois momentos: primeiro, o desenho do mapa mental individual e, em seguida, o preenchimento do mapa coletivo.

A confecção de mapas mentais foi adotada para a apreensão da percepção sobre o território dos usuários de crack em situação de rua. O mapa mental constituiu-se como um elemento de discussão, de troca entre os participantes e reconhecimento de um território e de uma territorialidade desses indivíduos. Na etapa da construção de mapas individuais, os usuários desenharam em uma folha de papel A3 o lugar onde viviam e por onde circulavam e, na sequência, cada um explicou seu desenho. Em seguida o grupo realizou a construção do mapa coletivo em folha de papel A1 e identificou os pontos importantes e as barreiras para o uso de seu território, a fim de investigar sobre a intensidade do uso do espaço e a frequência de um determinado local e as respectivas razões.

O preenchimento do mapa coletivo foi orientado por questões norteadoras, previamente preenchidas em cartões, de forma a facilitar a visualização dos usuários. Iniciamos perguntando os lugares favoritos, e depois os locais que não gostavam de ir; lugares onde dormiam; onde comiam; locais de banho e higiene; lugares onde podiam e usavam crack e locais que não podiam fumar. Além disso, foi solicitado que mostrassem no mapa os locais onde se divertiam; namoravam; conseguiam dinheiro; buscavam tratamento de saúde; onde se sentiam cuidados; e onde estavam as pessoas que os ajudavam. Depois do término do mapa coletivo, os pesquisadores perguntaram o que não havia no território, mas que eles gostariam que houvesse. Por meio desse mapa buscou-se compreender os percursos, fluxos e estações que compõem o território e de certa forma dar materialidade às territorialidades desse grupo de usuários e a constituição e ruptura das redes sociais.

Ao final do grupo focal no RJ os usuários relataram, em tom de surpresa, o fato de não terem percebido o tempo passar e terem conseguido ficar todo aquele tempo em atividade, sem vontade de fazer uso do crack. Um deles chegou a comentar que se lhe fosse oferecido com frequência a possibilidade de realizar alguma atividade prazerosa, acreditava que poderia diminuir bastante o uso da droga. Já em SP os usuários nos agradeceram por estarmos conversando com eles e os tratando com respeito. Trabalhar com grupo focal composto por usuários de crack em situação de rua, utilizando a metodologia da cartografia social, foi uma proposta inovadora. Não encontramos na literatura relatos de experiência sobre essa abordagem.

Observação Participante

A Observação Participante (OP) dos usuários de crack foi realizada por meio do acompanhamento do trabalho da equipe de CnaR na unidade de saúde e no território de Manguinhos e adjacências, no período de 2014 a 2015, sendo possível observar o processo de trabalho, as cenas de uso, os locais em que a população vive e circula no seu cotidiano e conversar com moradores que oferecem algum tipo de apoio. Embora tenhamos conversado com vários usuários nas idas ao território, esses não foram contabilizados como participantes da pesquisa. Todas as observações e informações foram registradas no diário de campo.

A entrada da equipe de pesquisa no campo se deu com a frequência de uma a duas vezes por semana, em um período de três horas em cada momento, e sempre acompanhada de um dos profissionais da equipe. A OP só se viabilizou em função da ajuda dos profissionais que, por estarem sempre no território, tinham conhecimento sobre os momentos apropriados de entrada e saída, considerando os limites de circulação em um território dominado pela violência gerada no confronto entre o tráfico e o poder policial.

Em São Paulo fizemos a Observação durante duas semanas, acompanhando as atividades dos trabalhadores do DBA e suas idas ao fluxo nos turnos da manhã, tarde e noite. Todas as anotações do RJ e SP foram registradas no diário de campo e foram incluídas nas análises.

Análise dos dados

O material coletado nas entrevistas, no grupo focal e na Observação Participante foi analisado por meio do software de análise qualitativa *Atlas-ti*, tendo com base as categorias da matriz analítica (Quadro 1) e a construção dos verbetes. Todos os pesquisadores e estudantes receberam treinamento para utilização do sistema. As entrevistas foram divididas entre os pesquisadores e foram analisadas por uma dupla e as dúvidas eram discutidas nas reuniões da pesquisa. Após a análise de todo o material foram gerados os relatórios de acordo com as categorias selecionadas. Para a garantia da confidencialidade e sigilo das informações, os participantes são codificados nas análises apenas pelas siglas U (usuários) Prof (profissionais) e G (gestores).

6. RESULTADOS: ELEMENTOS COMUNS E SINGULARIDADES NOS TERRITÓRIOS DE MANGUINHOS E NO DBA

Os usuários de crack que participaram da pesquisa sinalizaram algum tipo de ruptura de vínculos com o núcleo familiar e seu entorno, confirmando o que já havia sido apontado em trabalhos anteriores (BRASIL, 2008; , BASTOS & BERTONI, 2014).

Tais rupturas se deviam à perda precoce dos genitores; aos conflitos familiares, ao envolvimento com o tráfico, ao descuido dos parentes; ao uso abusivo de drogas, ao encarceramento por ter cometido algum tipo de infração, entre outras situações de extrema vulnerabilidade. Embora alguns mantenham contato com a família ou amigos próximos, os laços vão ficando cada vez mais fragilizados até os vínculos se esgarçarem totalmente.

É evidente que não podemos tecer uma relação direta entre população de rua e uso de drogas. Entretanto, o que se observou na análise é que em algumas circunstâncias o uso prejudicial de drogas levou à situação de rua, seja por opção - ou falta de opção - dos usuários, ou pelo fato de muitas vezes serem expulsos de casa pelos familiares. Em outras circunstâncias foi o viver na rua que favoreceu o uso prejudicial das drogas, já que os usuários relataram que a droga os faz se sentirem mais “fortes” para enfrentar os medos e as adversidades do cotidiano.

O uso prejudicial de drogas deve ser tratado como um problema de saúde pública, cuja intervenção complexa tem que levar em conta as características individuais, os diferentes efeitos e usos ou padrão de consumo de drogas e os fatores sociais envolvidos no consumo (ZINBERG, 1984). Nessa perspectiva, uma das características importantes do Programa DBA foi o distanciamento das concepções tradicionais do uso prejudicial de drogas como uma questão da segurança pública, a oferta de um pacote de direitos e a lógica da redução de danos como norteadora do cuidado (BRANDÃO; CARVALHO, 2017). Esses elementos trazem uma dimensão da gestão e produção do cuidado no âmbito da micropolítica e da macropolítica.

A produção do cuidado da PSR ganha centralidade diante do adoecimento e das condições adversas do cotidiano. Cuidar, mais do que um ato pontual, é uma atitude interativa que inclui a escuta, o respeito pelo sofrimento e pelas histórias de vida (LACERDA & VALLA, 2004). Nesse sentido, o cuidado deve permear as práticas de saúde e não deve se restringir apenas às competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001), pois inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade, a corresponsabilização e a escuta dos sujeitos.

Uma das principais características do trabalho das equipes de CnaR é a abordagem direta aos usuários nos territórios vulneráveis onde eles se encontram, o que permite uma percepção ampliada das suas condições de vida e saúde e de suas necessidades mais urgentes. Um dos desafios da política é assegurar que o CnaR seja de fato um dispositivo efetivo de cuidado integral à população em situação de rua.

Na ida ao território de Manguinhos com a equipe do CnaR, a maior cena de uso evidenciada se localizava na área de servidão da linha de trem, ao longo do muro que faz a separação com a área habitada da comunidade, chegando a reunir mais de 300 usuários. Buracos no muro serviam como locais de passagens por onde os usuários e traficantes circulavam para ter acesso a essa cena. Em SP, a cena de uso ou fluxo chegava a ter mais de 500 usuários e se localiza sempre no mesmo local, apenas mudando para a rua vizinha durante umas 3 vezes por dia em função da necessidade de limpeza do local realizada por funcionários municipais.

As áreas mais frequentadas onde os usuários nos territórios de Manguinhos e adjacências circulavam ou permaneciam temporariamente eram os vãos sob viadutos; escombros de obras; margem das linhas de trem ou metrô; e lugares abandonados, longe da vista de grande parte da população, o que pode ser considerado como “não-

lugares” (AUGÉ, 1984). São espaços sem saneamento, com valas de esgoto a céu aberto, acúmulo do lixo, violência cotidiana, constituindo-se como territórios de exclusão social ou "geografias de exceção" (FRÚGOLI Jr. & CHIZZILINNI, 2017). Em São Paulo alguns usuários circulavam pela cidade, mas boa parte ficava no fluxo, na tenda do DBA ou no entorno.

Os usuários de crack têm grande mobilidade no território, embora muitos definiam um local fixo na rua para dormir, que consideravam como sua casa. Em São Paulo, o DBA teve um diferencial importante que é a oferta de moradia, alimentação e frente de trabalho para os cadastrados no Programa. Apesar da oferta da moradia, com direito a uma cama em quarto compartilhado, muitos preferiam viver nas ruas. O que a primeira vista podia parecer sem nexos ganha sentido ao entendermos que essas pessoas estão há anos vivendo sem ter uma moradia convencional e a readaptação a um novo modo de vida nem sempre é fácil. Há os que se beneficiavam com a moradia e se sentiam mais protegidos pela garantia de poder “dormir com os dois olhos fechados” (G03), já que eles saíam da situação de rua e podiam descansar em sua residência no quarto de hotel.

Ao ocuparem os espaços das ruas, os sujeitos se apropriavam dos territórios e revelavam suas territorialidades e a organização da vida cotidiana. As territorialidades indicam o uso que fazem do território. Em uma das entrevistas um usuário perguntou se já tínhamos ido em sua casa e, quando respondemos que sim, ele advertiu que fomos na cena de uso. A sua casa era um espaço embaixo do viaduto, onde ele se deitava e assistia a imagem da TV de um apartamento próximo, e se outra pessoa ocupasse aquele lugar teria que se levantar assim que ele chegasse. Essa situação é interessante porque a equipe ao entrar no território das ruas precisa compreender as regras e o simbólico pactuados entre os usuários.

Alternando momentos de concentração e de desagregação, os usuários no RJ relataram um constante fluxo no território, exceto em períodos de forte consumo da droga, quando permaneciam por dois a três dias seguidos nas cenas de uso sem sair para qualquer outro local. Por outro lado, referiram que nos períodos de maior circulação saíam para outras áreas da cidade em busca de trabalhos informais para conseguir dinheiro para consumo da droga e da própria subsistência. Muitos se deslocavam para outros bairros ou para o centro da cidade e zona sul (praias) onde

podiam conseguir dinheiro com maior facilidade, seja por pequenos trabalhos ou mesmo esmolas. Um dos usuários relata:

“Eu garimpo material, reciclagem, pra conseguir o dinheiro pra usar droga. Quando eu não estou andando garimpando, eu tô na cracolândia”. (U11)

Ao contrário do imaginário social de que os usuários de crack em situação de rua são vagabundos que não trabalham, observamos alguns trabalhos informais no território de Mangueiras e adjacências, tais como garimpo, reciclagem, limpeza dos estabelecimentos comerciais e faxinas. No DBA a frente de trabalho era formal, podendo ser na varrição, lavanderia, entre outros, e era realizada de segunda a sexta-feira no turno da manhã. O trabalho, sem dúvida, era uma forma de inserção social e reconhecimento do seu valor enquanto sujeito inserido em uma sociedade. Conforme alguns usuários relatavam, o trabalho nos outros locais tinha que ser mais flexível como no DBA, mais adequado ao seu modo de vida, haja vista que podiam estar mais ativos nos turnos da manhã, da tarde ou da noite, dependendo do uso da droga.

As territorialidades dos usuários no RJ são altamente instáveis, mutantes e sujeitas a flutuações voluntárias e involuntárias condicionadas pelas operações policiais com ações de repressão ao tráfico e consumo de drogas, pelo recolhimento compulsório das pessoas em situação de rua pela Secretaria de Assistência Social e pelas disputas dos traficantes locais. É uma territorialidade que remete à vulnerabilidade estrutural (BOURGOIS et al., 2017), marcada pela violência, que os obriga a mudar os locais de consumo, repouso, abrigo e circulação.

Os territórios nas áreas pobres da cidade sofrem com a violência policial e do tráfico e são fortemente submissos a uma ordem política e social que revela a natureza flexível e fluida da segregação (ZENEIDI & FLEURETI, 2017). Ações de violência policial com usuários de droga são relatadas em outros estudos (COOPER et al; 2005), porém no RJ há um contexto de violência urbana e ações de repressão em sua maioria contra jovens, pobres e negros, o que se comprova pelo aumento do encarceramento, sendo o Brasil a terceira maior população carcerária do mundo (INFOPEN, 2016). Em São Paulo, a cena de uso próximo a tenda acabou concentrando muitas pessoas e a polícia local que supervisiona a área foi treinada para lidar com essa população sem violência.

Os usuários de crack em situação de rua são estruturalmente vulneráveis, não somente pelos riscos e danos do uso prejudicial de drogas, mas por estarem expostos a desvantagens ou desigualdades sociais que não fazem parte de suas escolhas individuais (BOURGOIS et al.,2017). Vivem em condições de pobreza que limitam as capacidades de liberdade e escolha (SEN, 2011), gerando sofrimento social. Uma usuária entrevistada, 3 filhos entregues à justiça e o último para doação voluntária, fala do desejo de construir uma família e a falta de perspectiva:

“Eu queria arrumar um companheiro que quisesse uma criança e eu pudesse morar com esse companheiro”.

Entrevistador: Como você se vê daqui a um ano?

“Morta. Com o diabo, no inferno”. (U4)

A falta de perspectiva diante da vida foi relatada em diversas falas. Diante da vulnerabilidade estrutural e do sofrimento social, seja pela perda dos filhos, pelos abandonos e rupturas, foi possível identificar nas entrevistas, grupos focal e observação participante distintas formas de organização da vida cotidiana no território. Alguns usuários recebiam ofertas de alimentos de melhor qualidade e outros se alimentavam com os restos do lixo; uns tomavam banho diariamente, faziam a higiene pessoal e lavavam suas roupas em bicas públicas ou canos furados do sistema de abastecimento de água da cidade, enquanto outros abandonaram o cuidado do corpo e de si próprio, revelando as condições precárias de vida:

“Como comida do lixo! O que? E se tiver fresquinho na hora, eu caio pra dentro, porque a fome é uma coisa muito...sabe? Quando a barriga está vazia, não tem essa não, a gente come até pedra.

Entrevistador: E o banho?

Eu tomo banho só quando eu vou namorar” (U5).

Há também os que conseguiam construir suas “casas” na rua, demarcar seus espaços no território, favorecendo o encontro e as interações sociais que podem ser elementos potenciais para a formação de redes:

“Eles organizaram um espaço novo, todo arrumadinho, puxaram luz. Aí todo mundo tem rádio, tem uma televizona lá da galera, pra galera ficar assistindo”
(Prof1)

A percepção dos usuários sobre o viver na rua mostrou-se ambígua, pois ora afirmavam gostar pela liberdade que a rua proporcionava, ora demonstravam apreensão com os perigos e sacrifícios, demonstrando estarem conscientes da vulnerabilidade em que vivem.

“A vida na rua é uma vida sofrida porque não é uma vida que você tem liberdade e nem muito conforto. Você tem que tomar muito cuidado, é uma vida que ao teu redor tem muita maldade. (...) Tem que observar muito, ver com quem senta, com quem fala, aí vem polícia a paisana para ver quem está usando droga, chama a gente de bandido (...). O bom é a liberdade, poder dormir a hora que quer, no chão... Não é bem dormir, é ter tudo na hora que você quiser, ninguém manda em você, não tem nada para pagar, não tem compromisso com nada” (U7).

As relações sociais também influenciavam a percepção sobre o viver na rua. O usuário ressaltava momentos felizes, por meio do encontro com os amigos, com a circulação de afetos que favoreciam a construção das redes de apoio social. Sinalizava momentos sofridos, de violência policial, que promoviam rupturas e impedem a formação de redes:

Morar na rua é... uma vida [com] momentos felizes, momentos sofridos. Momentos felizes na rua é quando você encontra os companheiros compreensivos, que gostam de conversar, os companheiros que te compreendem, que pode desabafar os teus problemas. E a gente fica dando umas risadinhas entre nós mesmos”. (...) E os momentos tristes são aqueles que a gente quer parar pra conversar e a polícia vem botando geral pra correr”. (U5).

O território é espaço de disputa, de poder, de violência, de experiências de dor e sofrimento, mas também de socialização. Existem formas de organização do espaço que muitas vezes propiciam as interações, assim como dinâmicas territoriais que variam do dia para a noite e contribuem para fomentar os vínculos e construir redes de apoio social entre os usuários, onde circula “dom das palavras” (CAILLÉ, 2002), a bebida, entre outros dons, conforme sinaliza o profissional.

“A gente já foi de noite e é outro clima. As mesmas pessoas, mas aí o fogo está ligado lá, a fogueira, o fogão à lenha. E as pessoas estão ali. É um clima mais

de confraternização, de convívio de família. Estão ali ao redor do fogo, uns conversando, uns bebendo, outros não. E de dia a gente encontra eles mais num período um pouco mais de descanso ou de estarem se organizando. Eles estão numa vibração diferente”. (Prof 1).

Uma característica dos usuários de crack, no RJ e em SP, é estar sempre em grupo nas cenas de uso ou nos locais em que dormem e circulam, o que foi referido como forma de proteção contra o abandono, as agressões da polícia e os perigos que cercam a rua. Apesar de ser comum o discurso de não ter amigos na rua, foi possível constatar por meio da OP em Manguinhos que uns ajudavam os outros, dividiam a comida, compartilhavam a droga, ou pediam auxílio à equipe do CnaR para atender outros usuários que necessitem. Em SP também observamos vários tipos de circulação de dons entre eles, compartilhando os alimentos, pagando um almoço para o colega quando recebia a remuneração do trabalho, ofertando um quadro ou um desenho feito nas oficinas de arte, entre outros bens materiais e simbólicos.

Diversas redes de apoio são tecidas no território e novos arranjos familiares construídos no cotidiano. Alguns usuários referem ter uma nova família e dizem estar casados após alguns dias de relacionamento. Tais situações podem ser compreendidas quando se observa que alguns setores da população, como as classes populares, operam na lógica da provisão e não da previsão (VALLA, 1998). A previsão pressupõe uma perspectiva de futuro, ao passo que os usuários de crack, com todas as experiências de sofrimento, conduzem a sua vida se preocupando em prover o dia de hoje já que o amanhã é incerto.

A lógica da provisão aponta para a dimensão do tempo, do imediatismo que vive a PSR, onde nem é possível planejar. Pudemos observar essa dificuldade de planejamento aos organizarmos os grupos focais, pois até a hora de iniciarmos não tínhamos a menor idéia de quantos participariam. Essa compreensão é também importante na organização do trabalho de cuidado das equipes, obrigando a trabalhar com uma agenda mais flexível, aberta para a demanda espontânea e que acolha todos os usuários que buscam atendimento.

As equipes faziam os cuidados tradicionais em saúde, com ações de promoção, prevenção e tratamento dos agravos, mas também realizavam atividades como cortes de cabelo, acompanhamento dos usuários nas consultas ou exames em outros serviços de saúde para garantir que sejam atendidos; orientação para obter a documentação

peçoal, auxílio para alimentação e benefícios como bolsa-família, entre outras ações que exigiam parcerias com articulação em rede e ampliavam a produção do cuidado integral. Embora muitas vezes vistas como caridade, podem estar indicando ações de solidariedade diante das situações de extrema vulnerabilidade social. Nessa perspectiva, o trabalho real amplia o cuidado em saúde e extrapola o trabalho prescrito.

A dimensão da solidariedade fortalecia os vínculos de confiança e a construção de redes de apoio social, o que é relevante no trabalho em saúde para que profissionais e usuários se sintam reconhecidos como sujeitos de valor (HONNETH, 2013).

“Tem um paciente que me fez chorar. Ele disse: eu quero agradecer, porque antes eu era simplesmente uma pessoa, que... ninguém me via, as pessoas me olhavam e era um pano preto no meio da rua. (...) E ele chorando me abraçou e falou: todo mundo que mora na rua é cracudo e você me viu como você se olha no espelho, você veio e apertou a minha mão, você me abraçou. E pra mim isso foi ótimo” . (Prof9).

“Eu estou fazendo tratamento de tuberculose e eu não pude vir aqui ontem, mas eles [equipe do CnaR] levaram o remédio de tuberculose pra mim, entendeu? O bacana é esse laço que eles têm”. (U6)

As práticas de cuidado do Programa DBA, além das ações de promoção, prevenção e assistência, incluíam a arte e a cultura como elementos simbólicos do processo de saúde-doença. O relato do profissional revela como esse modo de cuidado permitia fortalecer os vínculos com os usuários e contribuir para a redução do uso prejudicial da droga:

Um dos grandes pulos do gato desse projeto [DBA] é associar a arte e a cultura junto à saúde e à redução de danos. (...) É aquele foco da redução de danos, é tratar a pessoa e não a doença, a gente olha pra pessoa, estabelece vínculos e nesses encontros promove outros vínculos para ele voltar a nos encontrar, voltar a reduzir o uso.”(Prof13).

A estratégia de redução de danos como eixo norteador do trabalho das equipes do CnaR promovia os vínculos e fomentava o acolhimento, No Programa DBA, essa estratégia acrescida da oferta do pacote de direitos era o alicerce da produção do

cuidado. O usuário não precisava largar as drogas, mas muitas vezes acabava diminuindo o uso

“O beneficiário não precisa para entrar no Programa estar em abstinência do crack. Ele entra no programa fumando 30 pedra e a convivência com atividade laboral, tendo uma moradia com acompanhamento e o cuidado, gradativamente ele reduz o consumo. Ele passa a ter outras perspectivas que não só ali no fluxo, porque no fluxo ele só tem essa droga, né? (G02).

Ter novas perspectivas é importante diante das perdas e rupturas que os usuários tiveram ao longo da vida e das adversidades do cotidiano. Muitos usuários apontaram diversos profissionais, moradores da região, trabalhadores do comércio local e lideranças religiosas como importantes fontes de apoio tangível e intangível, ofertando desde alimentos, roupas, trabalho, produtos de higiene pessoal, até a atenção e o cuidado, formando assim uma rede de apoio social informal com a circulação de dons materiais e simbólicos.

Essas pessoas referidas como fontes de apoio eram muitas vezes denominadas de tios e tias, irmãos, padrinhos ou melhores amigos, e os usuários relatavam que os consideravam como sendo parte de sua nova família. Trata-se, portanto, de um deslocamento da compreensão de família restrita ao núcleo familiar para uma compreensão ampliada que incluem outros arranjos familiares.

No território de Manguinhos alguns moradores ou comerciante guardavam os produtos de higiene, remédios e objetos de valor dos usuários para que não percam ou sejam roubados. Ao receber os dons, os usuários se sentiam reconhecidos e retribuíaam de diversos modos, seja fazendo comida para outros usuários; compartilhando os bens recebidos; auxiliando os que precisavam de algum tipo de cuidado ou de primeiros socorros e/ou ajudando os moradores e comerciantes na limpeza dos terrenos ou no reparo dos estabelecimentos. Desse modo, instaurava-se um circuito de trocas com potencial de fomentar novas redes de apoio.

A retribuição dos dons com formação de vínculos e construção de redes pode ser vivenciada no dia seguinte após termos feito o grupo focal na tenda do DBA. Uma usuária que tinha participado do grupo, que aqui vou nomear como Tainá, trouxe a sua “prima”(refere que é prima de coração pois moram na rua desde pequenas) para a entrevista, pois disse que nós a tratamos muito bem. Ao longo da entrevista em um

local improvisado, a Tainá que era muito falante, uma líder nata, se aproximou para trazer um sanduíche de mortadela para dividir com a prima e na mesma hora repartiu em 3 pedaços e ofertou a pesquisadora dizendo que só dividia entre amigos. Aquele gesto simbólico de doação, que também era uma forma de retribuição, era o convite para prosseguir o ciclo de dar, receber e retribuir inerente à dádiva. Para a tristeza do nosso grupo de pesquisa, essa prima entrevistada foi assassinada uns 2 meses depois pelos percalços da vida nas ruas. Assim, temos na nossa memória e também gravado a última entrevista que essa jovem, apesar da forte dor de dente, doou antes de morrer. Um ano depois, em 2017, o DBA foi sendo extinto devido a mudança da gestão municipal.

Mapear as redes de apoio social dos usuários de crack em situação de rua, na lógica da circulação de dons, revela diversos arranjos sociais e a construção de novas formas de sociabilidades. No cenário de precariedade dos usuários, muitas vezes com privação da liberdade pessoal e da capacidade de escolhas, as redes de apoio social - formais e informais - devem ser valorizadas e são fundamentais na luta por reconhecimento social e como estratégias de enfrentamento e sobrevivência. Não obstante as redes de apoio social serem muitas vezes invisíveis para os gestores e profissionais, podem trazer contribuições importantes para subsidiar as políticas públicas e as ações de cuidado integral da população em situação de exclusão e vulnerabilidade social, econômica e política.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção e cuidado aos usuários de crack em situação de rua devem incluir, por um lado, a redução de danos para minimizar as consequências adversas do uso prejudicial. Isso implica em sair do foco restrito da abstinência e compartilhar as informações, respeitar a liberdade de escolha, propiciar a co-responsabilidade do usuário em seu tratamento e fortalecer o protagonismo em suas tomadas de decisão. Por outro lado, é fundamental a estruturação de redes de apoio social, de redes intersetoriais e de redes técnicas assistenciais de modo a dar sustentabilidade às ações e fomentar a participação social.

O abandono, o descaso, a discriminação e a expropriação dos direitos dos usuários refletem a falta de compromisso ético-político das estruturas de poder na

nossa sociedade, perpetuando o ciclo vicioso de desigualdade, vulnerabilidade e exclusão social. Diante desse cenário, um dos desafios que se coloca para a pesquisa é a problematização sobre as possíveis formas de reintegração social dos usuários.

O DBA, ao contrário do que se observou no RJ, recebeu apoio da gestão municipal e avançou na proposta de reintegração dos usuários ao fornecer moradia, alimentação e frentes de trabalho, porém esse processo é recente e precisa se tornar cada vez mais estruturado. As estratégias para fomentar novos arranjos sociais e formação de redes são relevantes no contexto de vulnerabilidade e de exclusão, ou inclusão perversa e desigual, no qual os usuários estão imersos.

Compreender as redes que se formam no cotidiano a partir da teoria da dádiva implica em identificar o que circula entre os sujeitos em prol da manutenção ou ruptura dos vínculos. É a circulação de bens materiais e simbólicos entre os usuários ou em suas relações com os trabalhadores e outros sujeitos no território que propiciam a reconfiguração dos vínculos e revelam uma dimensão dos arranjos sociais importante na formação das redes.

As diversas formas de sociabilidade que se processam no cotidiano precisam ser compreendidas em seu processo dinâmico, sendo constituída por redes formais e informais, visíveis e invisíveis, que se constroem e se reconstroem continuamente. Essas redes de apoio podem trazer subsídios para a articulação dos planos microssocial e macrossocial, seja contribuindo para a reorganização das práticas de cuidado como para o desenho e implementação de políticas públicas que tenham como centralidade os sujeitos em situação de vulnerabilidade.

A sistematização das redes de apoio social informal dos usuários, em geral invisíveis para os trabalhadores e gestores, é relevante pelo seu potencial em ampliar a produção do cuidado em saúde e fortalecer as parcerias no território. No entanto, a perspectiva de compreensão dos novos modos de sociabilidade não exclui o papel do Estado nos processos de democratização e luta pela garantia dos direitos básicos de cidadania.

8. PRODUTOS DA PESQUISA

8.1 Trabalhos apresentados em eventos científicos no Brasil e no exterior

1. LACERDA, Alda *et al.* “As Redes de Apoio Social dos Usuários de Crack em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro, Brasil”. Comunicação oral apresentada no VI Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, Medellin - Colômbia, 2014.
2. PEITER, Paulo Cesar *et al.* “Cartografias dos Território e Redes de Apoio Social de Usuários de Crack no Município do Rio de Janeiro”. Comunicação oral apresentada no VI Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, Medellin - Colômbia, 2014.
3. GOMES, Marcelly Freitas *et al.* “Pesquisa Etnográfica com Usuários de Crack em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro, Brasil”. Poster apresentado no VI Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud, Medellin - Colômbia, 2014.
4. LACERDA, Alda *et al.* “Tecendo as Redes de Apoio Social dos Usuários de Crack em Situação de Rua no Território de Manguinhos, Rio de Janeiro”. Comunicação oral apresentada no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiânia, 2015.
5. GOMES, Marcelly Freitas; LACERDA, Alda. “Antropologia no Campo da Saúde Coletiva: a Etnografia como Ferramenta Teórica-Metodológica para Pensar as Experiências e Práticas de Usuários de Crack em Situação de Rua”. Comunicação oral apresentada no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiânia, 2015.
6. PAIVA, Tereza Cristina Ramos *et al.* “Concepções e Práticas de Cuidado aos Usuários de Crack em Situação de Rua: Um Olhar sobre o Território de Manguinhos/RJ”. Comunicação oral apresentada no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiânia, 2015.
7. LACERDA, Alda *et al.* “Redes de apoio social dos usuários de crack em situação de rua no contexto de vulnerabilidade social”. Comunicação oral apresentada no XXX Congresso Latinoamericano de Sociologia, Alas 2015, no GT Desigualdad, vulnerabilidad y exclusión social, em San Jose- Costa Rica, 2015.
8. PAIVA, Tereza Cristina Ramos; NESPOLI, Grasielle. “A percepção dos trabalhadores do Consultório na Rua sobre a produção do cuidado”. Comunicação oral apresentada no 12º Congresso Internacional da Rede Unida em Campo Grande – Mato Grosso do Sul, 2016.

9. LACERDA, Alda *et al.* “A reconfiguração dos vínculos sociais dos usuários de crack em situação de rua no território de Manguinhos, Rio de Janeiro”. Comunicação oral apresentada Na Roda de Conversa do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental em São Paulo, 2016.
10. TEIXEIRA, Mirna Barros; Lacerda, Alda. Soares, Marcelo. “Consultório na Rua de Manguinhos e suas práticas junto aos usuários de crack e outras drogas em situação de rua. Um olhar interdisciplinar sobre um território vulnerável”. Comunicação oral apresentada na Roda de Conversa do 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental em São Paulo, 2016.
11. PEITER, Paulo Cesar; LACERDA, Alda. “Territórios e Territorialidades dos usuários de crack em situação de rua em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil”. Foi premiado como um dos 10 melhores trabalhos apresentados no VII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde - IV Fórum Internacional de Geografia da Saúde em Brasília, 2015.
12. LACERDA, Alda. “Dádiva e Novas Sociabilidades”, Mesa Redonda realizada no Seminário Internacional sobre “Dádiva; Cultura e Sociedade” na Fundação Casa Rui Barbosa RJ, 2016. Acesso: <https://www.youtube.com/watch?v=8Lh0gLGiQXM>
13. LORENÇO, Vanessa Silva. Um estudo sobre as redes de apoio social dos usuários de crack atendidos no Consultório na Rua na região de Manguinhos - RJ. Apresentação oral na Reunião Anual e Iniciação Científica/ Fiocruz, 2012.
14. GOMES, Marcelly Freitas. Apresentação do subprojeto de pesquisa “Um estudo sobre as redes de apoio social dos usuários de crack atendidos no Consultório na Rua no território de Manguinhos/Rio de Janeiro. Apresentação oral na Reunião Anual e Iniciação Científica - RAIC/ Fiocruz, 2014 e 2015.
15. NOGUEIRA, Brigida Oliveira. A constituição de Redes Sociais dos usuários de crack em situação de rua no território de Manguinhos e adjacências, Rio de Janeiro, Brasil. Apresentação oral na Reunião Anual e Iniciação Científica - RAIC/ Fiocruz, 2016.
16. TOSATTO, Noemi Dias; LACERDA, Alda. O papel do dentista do Consultório na Rua na produção do cuidado em saúde. Apresentação oral no 12º Congresso brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO, 2018.
17. LACERDA, ALDA; TEIXEIRA, MIRNA; RAMOA, M... Gestão do cuidado em saúde na equipe de Consultório na Rua no território de Manguinhos, Rio de Janeiro. Apresentação oral no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2018.

18. LACERDA, ALDA; BELMONTE, P. TEIXEIRA, MIRNA... Usuários de crack atendidos no Consultório na Rua no território de Manguinhos, Rio de Janeiro e no Programa de Braços Abertos, São Paulo: Histórias de desrespeito e de reconhecimento social. Apresentação oral no 12o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2018.

18. PAIVA, Tereza Ramos; NESPOLI, Grasielle; LACERDA, A. Concepções de cuidado ao usuário de crack em situação de rua. Apresentação oral no 12o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2018.

19 LACERDA, ALDA; TEIXEIRA, MIRNA, PEITER, Paulo; BELMONTE, Pilar,. Usuários de crack em situação de vulnerabilidade: a construção de redes de apoio social como tecnologia de cuidado no contexto da promoção da saúde. Apresentação no Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. UNIFRAN- Franca – SP>

8.2 Resumo dos Trabalhos Publicados em Anais

1. Memoria VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud.

15 a 17 de outubro de 2014

Hotel InterContinental

Medellin – Colômbia

Facultad Bacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez / Universidad de Antioquia

Alda Lacerda

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz. Brasil.

682. As Redes de Apoio Social dos Usuários de Crack em situação de Rua no Município do Rio de Janeiro

Autores: Alda Lacerda - EPSJV/ Fiocruz; Mirna Barros Teixeira - ENSP/Fiocruz, Angela Casnova - ENSP/Fiocruz; Grasielle Nespoli - EPSJV/ Fiocruz; Paulo Peiter - IOC/ Fiocruz; Geny Cobra - Scientific Committee on Antarctic Research; Marcelly de Freitas Gomes - PIBIC CNPq /Fiocruz.

Introdução: O cuidado à população em situação de rua é relevante no contexto da Promoção da Saúde. O diagnóstico situacional realizado pela Estratégia Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ) - Brasil apontou para a alta prevalência da população em situação de rua que está nas cenas de uso de drogas conhecidas como “*crackolândias*”. Tendo em vista a importância das relações sociais no cotidiano da vida, cabe questionar até que ponto os usuários de crack (re)constróem seus vínculos sociais e constroem redes de apoio.

Objetivos: Investigar sobre a construção de vínculos sociais no cotidiano dos usuários de crack que vivem em situação de rua e são atendidos pelo Consultório na Rua de Manguinhos; Mapear as redes de apoio social desses usuários.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos sujeitos são os usuários de crack atendidos pela equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, zona norte no município do RJ, região com baixo IDH e cercada por favelas. Foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas com os usuários de crack e a Observação Participante nos territórios de Manguinhos e adjacências.

Resultados: A análise dos dados evidencia a ruptura de laços familiares que levaram muitos à situação de rua e ao uso de drogas. Alguns usuários mantêm contato com a família, mas esses vínculos vão ficando cada vez mais esgarçados. Os usuários de crack nos territórios de Manguinhos e adjacências geralmente estão em grupo, seja nas cenas de uso de drogas ou nos locais em que dormem nas ruas. Embora muitos refiram que não tem amigos na rua, é comum vê-los ajudando um ao outro, seja compartilhando a comida ou pedindo que a equipe de Consultório na Rua atenda ao colega que está com dor ou precisando de curativo. Várias pessoas no território foram apontadas como importantes fontes de ajuda, fornecendo desde apoio tangível como alimento, roupas, trabalho, corte de cabelo, até apoio intangível como atenção e cuidado, formando assim uma rede de apoio informal.

Conclusões: A construção de novos arranjos sociais e a sistematização das redes de apoio no território podem contribuir para ampliar a produção de cuidado e fortalecer as parcerias e as articulações intersetoriais, sendo relevantes para o campo da Promoção da Saúde. O mapeamento das redes informais de apoio social dos usuários de crack, que são muitas vezes invisíveis para os trabalhadores e gestores, é uma experiência inovadora que permite (re)pensar novas formas de gestão social no território.

Apoio: Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz.

2. Memoria VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud.

15 a 17 de outubro de 2014

Hotel InterContinental

Medellin – Colômbia

Facultad Bacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez / Universidad de Antioquia

Paulo Cesar Peiter

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz. Brasil.

766. Cartografia dos Territórios e Redes de Apoio Social de Usuários de Crack no Município do Rio de Janeiro

Autores: *Paulo Peiter - IOC/ Fiocruz; Alda Lacerda - EPSJV/ Fiocruz; Mirna Barros Teixeira - ENSP/Fiocruz, Angela de Oliveira Casnova - ENSP/Fiocruz; Marcelly de Freitas Gomes – PIBIC CNPq /Fiocruz, Denis Petuco -UFJF; Geny Cobra - Scientific Committee on Antarctic Research.; Grasielle Nespoli - EPSJV/ Fiocruz.*

Introdução: O Sistema Único de Saúde do Brasil – SUS tem como princípios a universalidade e a integralidade do cuidado. As populações em situação de rua devem ser incorporadas pelo sistema tendo-se em conta os territórios onde vivem e circulam, para tal vem sendo construída a estratégia de cuidado do Consultório na Rua, como forma de oferecer acesso ao sistema de saúde para grupos populacionais altamente vulneráveis e com problemas de saúde particulares como a alta prevalência de uso de drogas ilícitas. São enormes os desafios para a implementação do cuidado nestas populações, principalmente pelo estigma que envolve o “morar na rua” e a dependência às drogas resultando na “invisibilidade social” dessas pessoas, a intolerância, o rechaço e as propostas de internação compulsória por parte de diversos atores sociais (inclusive agentes públicos) preocupados em “melhorar a imagem das cidades”.

Objetivos: compreender a relação entre o território e a constituição de redes de apoio social aos usuários de “crack” considerando que são pessoas em situação de rua sem domicílio fixo e em geral com histórias de vida marcadas por rupturas sociais e desterritorialização.

Métodos: trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada através do mapeamento das redes de apoio social e da territorialidade de pessoas em situação de rua usuários de “crack” vivendo nos territórios de Manguinhos (Rio de Janeiro) e adjacências, atendidos pelas equipes de “Consultório na rua” através de oficinas de construção de mapas mentais, com base na metodologia da cartografia social.

Resultados: A análise preliminar dos dados evidencia a ruptura de laços familiares que levaram muitos à situação de rua e ao uso de drogas. Observou-se entretanto que essa situação não impediu a construção de redes sociais de apoio com moradores do território que compartilham, apesar da forma negativa como são vistos pela sociedade em geral e pelos meios de comunicação. Ao territorializarem-se estes indivíduos

acabam construindo possibilidades de reconhecimento social e acesso à saúde, o que pode ser fundamental para a um eventual processo de mudança voluntária de trajetória de vida.

Conclusões: As cenas de uso, os percursos, a instabilidade, a precariedade das condições de vida, a ocupação de espaços abandonados da cidade caracterizam a territorialidade desses grupos populacionais que precisa ser melhor compreendida para subsidiar as políticas de atenção e cuidado em saúde para esses grupos populacionais.

Apoio: Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz.

3. Memoria VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud.

15 a 17 de outubro de 2014

Hotel InterContinental

Medellin – Colômbia

Facultad Bacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez / Universidad de Antioquia

MARCELLY DE FREITAS GOMES

Estudiante - Universidade Federal Fluminense. Brasil

816 Pesquisa etnográfica com usuários de crack em situação de rua no Rio de Janeiro, Brasil.

Autores: Marcellly de Freitas Gomes - Universidade Federal Fluminense; Alda Lacerda Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Mirna Barros Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Paulo Cesar Peiter Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz

Introdução: A presente pesquisa se volta para os usuários de crack que vivem em situação de rua no município do Rio de Janeiro, Brasil, e que são atendidos pela Equipe de Consultório na Rua. A etnografia foi realizada para se compreender as relações que os usuários de crack estabelecem entre si, com outros atores no território e com os serviços públicos de saúde.

Objetivo: Discutir a pesquisa etnográfica como uma ferramenta teórica-metodológica para a investigação dos problemas de saúde e da complexidade das redes sociais no campo da Saúde Coletiva.

Discussão: Estudar os sujeitos nos seus ambientes e espaços constitui uma ferramenta valiosa para a compreensão desses sujeitos em suas relações e experiências de vida, a partir de suas práticas e discursos. O método assim, como ressalta Adorno e Castro

(1994) é entendido como exercício reflexivo de apreensão de uma dada realidade, no qual pesquisador enquadra a realidade e nela se enquadra. A pesquisa etnográfica se dá como expressão da relação e intersubjetividade entre pesquisador e pesquisado, a partir de suas interações sociais intensas. Ao descrever e interpretar as relações sociais dos usuários de crack em seus conteúdos e representações simbólicas próprias, buscou-se pensar esses usuários de crack em situação de rua e assistidos pela atenção básica de saúde a partir do lugar em que vivem, de suas histórias e trajetórias de vida e da rede de relações tecidas, desnaturalizando, assim, as construções sobre saúde e doença. A etnografia como recurso teórico-metodológico da pesquisa qualitativa em saúde se dá como investigação que busca aproximação com a dinâmica social dos sujeitos, com a dimensão do vivido; que busca compreender os fenômenos sociais à luz dos sentidos e significados dados e experimentados pelos sujeitos em suas vivências e em suas estratégias de enfrentamento diante de uma realidade desfilada de serviços básicos.

Conclusão: A pesquisa etnográfica no campo da saúde revela, o que Magnani (2002) configura como um movimento que olha de perto e para dentro. Como salientam Adorno e Castro (1994), olhar para as condições de vida das pessoas nos leva a querer conhecer as condições e o modo como estas se articulam e criam possibilidades de saúde/doença e busca de cuidado. Se revela como possibilidade de nova leitura da realidade - na qual só existe a partir do sentido que as pessoas lhe dão - submetida à ótica da dinâmica social, revelando as lógicas e desdobramentos dados às experiências. E que permite, dentre outras coisas, a troca e envolvimento entre ambos – pesquisador e pesquisado.

Esta pesquisa é financiada pelo Programa estratégia de Apoio à Pesquisa em saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz.

4. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ABRASCO

27 de agosto a 1 de fevereiro de 2015

Universidade Federal de Goiás em Goiânia –GO

ISBN: 978-85-85740-06-1

Tecendo as Redes de Apoio Social dos Usuários De Crack em Situação de Rua no Território de Manguinhos, Rio de Janeiro

Autores: Alda Lacerda⁽¹⁾; Mirna Barros Teixeira⁽²⁾; Geny De Oliveira Cobra⁽³⁾; Pilar Rodriguez Belmonte⁽¹⁾; Tereza Ramos Paiva⁽¹⁾; Fernanda Haikal Moreira⁽⁴⁾; Marco

Aurélio Soares Jorge⁽¹⁾; Paulo Peiter⁽⁵⁾; Grasielle Nespoli⁽¹⁾; Marise de Leão Ramôa⁽⁶⁾; Denis Roberto da Silva Petuco⁽¹⁾; Marcelly de Freitas Gomes⁽⁷⁾;

1 - EPSJV/ FIOCRUZ; 2 - ENSP/FIOCRUZ; 3 - SCIENTIFIC COMMITTEE ON ANTARCTIC RESEARCH SCAR; 4 - CRP; 5 - IOC/ FIOCRUZ; 6 - SMSDCRJ; 7 - UFF E PIBIC CNPq/FIOCRUZ.

Apresentação/introdução: O diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família de Manguinhos apontou para a alta prevalência do uso de crack na população em situação de rua. São usuários que vivenciam a ruptura da ordem de produção e dos vínculos sociais. Diante da importância das relações no processo saúde-doença-cuidado, é relevante investigar se esses sujeitos reconfiguram seus vínculos e constroem redes de apoio.

Objetivos: Mapear a construção de vínculos sociais no cotidiano dos usuários de crack que vivem em situação de rua e são atendidos pela equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, Rio de Janeiro; e Analisar a formação de redes de apoio social desses usuários.

Metodologia: É uma investigação de natureza qualitativa realizada nos territórios de Manguinhos e adjacências, situados na zona norte no município do RJ e cercados por um conjunto de favelas. Os sujeitos da pesquisa são os usuários de crack em situação de rua atendidos pela equipe de Consultório na Rua de Manguinhos. Foram realizadas doze entrevistas semi-estruturadas no ano de 2014 com 6 usuários do gênero feminino e 6 do gênero masculino, na faixa etária de 26 a 43 anos. Em 2015 foi realizado um grupo focal baseado na metodologia da cartografia social para o mapeamento das redes, com a participação de 6 usuários que não haviam sido entrevistados, sendo 3 gênero feminino e 3 do gênero masculino.

Resultados: A análise dos dados reafirma a ruptura dos vínculos com o núcleo familiar. Alguns mantêm contato com a família, mas os laços ficam cada vez mais fragilizados. Outros vínculos são tecidos, e novos arranjos familiares construídos. Embora seja comum o discurso de não ter amigos na rua, é frequente um ajudar o outro, dividir a comida, compartilhar o crack ou pedir auxílio à equipe de Consultório na rua para atender um usuário que necessite. Várias pessoas no território foram apontadas como importantes fontes de apoio tangível e intangível, ofertando desde alimentos, roupas, trabalho, produtos de higiene pessoal, até a atenção e o cuidado, formando assim uma rede de apoio social informal.

Conclusões/Considerações: A reconfiguração dos vínculos entre os usuários de crack em situação de rua, com a equipe de saúde e com outros sujeitos no território revela uma dimensão dos arranjos sociais importante na formação das redes. A sistematização dessas redes de apoio social informal dos usuários, em geral invisíveis para os trabalhadores e gestores, é relevante pelo seu potencial em ampliar a produção do cuidado em saúde e fortalecer as parcerias no território.

Apoio: Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz

Modalidade de aprovação: **Comunicação Oral Curta**

Eixo temático: **Relato de Pesquisa**

5. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ABRASCO

27 de agosto a 1 de fevereiro de 2015

Universidade Federal de Goiás em Goiânia - GO

ISBN: 978-85-85740-06-1

Antropologia no Campo da Saúde Coletiva: a Etnografia como Ferramenta Teórica-Metodológica para Pensar as Experiências e Práticas de Usuários de Crack em Situação de Rua

Autores: Marcelly de Freitas Gomes⁽¹⁾; Alda Lacerda⁽²⁾;

1 - Universidade Federal Fluminense; 2 - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio;

Apresentação/introdução: A expansão do fenômeno do crack representa no campo da Saúde Coletiva a inclusão de novas demandas. Tendo em vista a importância de se trabalhar com metodologias que levem em conta a complexidade das relações sociais, tomamos a perspectiva etnográfica como instrumento metodológico para a investigação dos processos de saúde-doença-cuidado dos usuários de crack que vivem em situação de rua.

Objetivos: Abordar a pesquisa etnográfica como uma ferramenta teórica-metodológica que pode ampliar a compreensão do cuidado aos usuários de crack em situação de rua; e refletir sobre a Antropologia na sua interface com o campo da Saúde Coletiva.

Metodologia: É um trabalho de natureza qualitativa que visa aprofundar a discussão sobre a pesquisa etnográfica em sua dimensão metodológica para as pesquisas em saúde coletiva. A etnografia foi realizada, ao longo do ano de 2014, com os usuários

de crack em situação de rua, por meio do acompanhamento do trabalho da equipe de Consultório na Rua que atua nos territórios de Manguinhos e adjacências. Foram visitadas as cenas de uso de droga, a Clínica de saúde da Família Victor Valla e os diversos locais onde essa população circula no seu cotidiano.

Resultados: A etnografia possibilitou a interação direta com os usuários de crack nos seus espaços de cuidado, de abrigo e moradia, e permitiu compreender as relações que esses usuários estabelecem entre si, com outros atores no território e com os serviços públicos de saúde. A perspectiva de abordar as relações sociais para além das impressões e imagens previamente construídas trouxe à cena trajetórias de vida, desejos e valores desses sujeitos, e as redes sociais construídas por eles. Ficou evidenciado a dinamicidade da vida social, contribuindo assim para desnaturalizar as concepções normativas sobre saúde e doença e os estigmas atribuídos a essa população em situação de grande vulnerabilidade.

Conclusões/Considerações: A antropologia trabalha com fenômenos complexos e relacionais, e traz para o campo da Saúde Coletiva a dimensão de que o que se aprende é sempre provisório e contextualizado. A etnografia se colocou como uma perspectiva privilegiada para a compreensão dos sentidos que os usuários de crack em situação de rua atribuem às suas experiências e práticas cotidianas, se distanciando das imagens e construções estereotipadas.

Apoio: Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz.

Modalidade de aprovação: **Comunicação Oral**

Eixo temático: **Relato de Pesquisa**

6. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ABRASCO

27 de agosto a 1 de fevereiro de 2015

Universidade Federal de Goiás em Goiânia - GO

ISBN: 978-85-85740-06-1

Concepções e Práticas de Cuidado aos Usuários de Crack em Situação de Rua: Um Olhar sobre o Território de Manguinhos/RJ

Autores: Tereza Cristina Ramos Paiva ⁽¹⁾; Alda Lacerda⁽²⁾; Grasieli Nespoli⁽³⁾; Marcelly de Freitas Gomes⁽⁴⁾;

1 - EPSJV/ FIOCRUZ; 2 - EPSJV/FIOCRUZ; 3 - EPSJV/ FIOCRUZ; 4 - EPSJV/FIOCRUZ

Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO: O aumento do consumo de crack e o número crescente de população em situação de rua nos últimos anos no Brasil levaram à criação de políticas públicas com o objetivo de instituir ações de saúde para a garantia dos direitos a estes usuários. Para a compreensão da complexidade que envolve este fenômeno, é necessário analisar as concepções e práticas de cuidado para além de seu caráter instrumental.

O aumento do consumo de crack, o número crescente de população em situação de rua nos últimos anos no Brasil, e a complexidade deste fenômeno e seus impactos na rede de atenção à saúde, levaram à criação de políticas públicas de saúde com o objetivo de instituir serviços e ações de saúde para garantia dos direitos a estes usuários a partir de seus determinantes psicossociais e culturais. Para a compreensão da complexidade que envolve este fenômeno, é necessário analisar as concepções e práticas de cuidado para além de seu caráter instrumental.

OBJETIVOS: Investigar concepções e práticas de cuidado dirigidas para o atendimento dos usuários de crack que se encontram em situação de rua e que transitam pelo território de Manguinhos/RJ.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que tem como locus o território de Manguinhos. A técnicas de coleta foi a entrevista semiestruturada. Os participantes da pesquisa foram definidos pela relevância das informações e se constituíram de quatro gestores, oito trabalhadores que atuam em equipes da atenção à saúde e dezesseis usuários. Para análise dos resultados foi utilizada a técnica de análise temática e elaborado uma matriz com as categorias teóricas e empíricas. Buscou-se analisar, além dos significados expressos no material, a opacidade de determinados discursos, tomando como base a interpretação como um ato no nível simbólico e o contexto histórico e social.

RESULTADOS: O cuidado como categoria ontológica é concretizado na interação com o outro, remetendo a experiências e vínculos entre os sujeitos. O cuidado de si, de ocupar-se e preocupar-se consigo, muitas vezes se dilui diante do estigma ainda presente nas relações cotidianas. As relações entre as práticas de saúde e o modo como são operadas as tecnologias, e como estas podem ser aplicadas mecanicamente ou interagindo com os sujeitos, revelaram as dimensões críticas e reconstrutivas do cuidado, A análise das concepções de cuidado possibilitou compreender lógicas e

modelos distintos diante do sofrimento físico ou mental desses usuários na busca de serviços de saúde.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES: A valorização dos processos subjetivos na produção da saúde para usuários de crack em situação de rua precisa transcender os aspectos normativos. Significa a criação de espaços que propiciem relações que possam transformar a lógica do confinamento e da exclusão pela lógica de funcionamento em redes articuladas, que possibilite o diálogo e o respeito sobre como as pessoas andam a vida e buscam cuidar da saúde.

7. Memoria XXX Congreso Latinoamericano de Sociologia, Alas 2015

San Jose- Costa Rica

25 de novembro a 4 de dezembro de 2015

Redes de apoio social dos usuários de crack em situação de rua no contexto de vulnerabilidade social.

Autores: Alda Lacerda - EPSJV/ Fiocruz; Mirna Barros Teixeira - ENSP/Fiocruz, Pilar Belmonte- EPSJV/ Fiocruz; Geny Cobra - Scientific Committee on Antarctic Research; Tereza Paiva - EPSJV/Fiocruz; Denis Petuco - EPSJV/Fiocruz; Marcelly Gomes - UFF.

A conjuntura social, fruto da política do capitalismo globalizado, é marcada pela precarização do trabalho, pela desigualdade social, pela retração das redes sociais, entre outros, intensificando a pobreza, a violência, a exclusão e as precárias condições de vida. Nesse cenário, evidenciamos no Brasil, entre outros países da América Latina, o crescimento dos sujeitos que vivem o cotidiano das ruas como espaço de abrigo e moradia.

Dentre a população em situação de rua, é crescente o número de usuários de crack nas cenas de uso de drogas denominadas de “*crackolândias*”, e que se encontram imersos em um contexto de precariedade e vulnerabilidade. São desfilados do sistema social em função das rupturas em relação à ordem de produção e da ruptura dos vínculos, no entanto, são incluídos no sistema capitalista de forma perversa e desigual, haja vista serem expropriados e destituídos dos direitos básicos de cidadania e negligenciados do reconhecimento social.

Diante da importância das relações sociais no cotidiano da vida, a pesquisa tem como objetivo compreender como os usuários de crack em situação de rua (re)constroem seus vínculos sociais e criam estratégias para enfrentamento das

adversidades da vida. O constructo teórico se fundamentou, entre outros, na teoria da dádiva de Marcel Mauss, na teoria do reconhecimento social de Axel Honneth e na temática da exclusão/inclusão perversa e desigual de Robert Castel e José de Souza Martins.

A pesquisa se encontra em andamento. Foram realizados 10 entrevistas semiestruturadas e um grupo focal com 6 usuários em situação de rua nos territórios de Manguinhos e adjacências, no Município do Rio de Janeiro, Brasil, local onde predomina a pobreza e as precárias condições de vida. Os dados foram coletados de 2014 a 2015, com 9 usuários do gênero feminino e 7 do gênero masculino, com faixa etária de 24 a 43 anos, e todos com mais de 1 ano em situação de rua. Foi também realizada a observação participante, durante 2 meses, nas cenas de uso e nos locais em que esses usuários vivem e circulam.

Os usuários, em geral, estão sempre em grupo, seja nas cenas de uso ou nos locais em que dormem, o que é referido como uma forma de proteção contra o abandono, as agressões da polícia e os perigos que cercam a rua. Embora todos sinalizem uma ruptura dos vínculos com a família, novos arranjos sociais foram construídos e diversas pessoas no território apontadas como importantes fontes de apoio, ofertando bens materiais ou simbólicos, constituindo assim uma rede de apoio informal.

O abandono, o descaso, a discriminação e a expropriação dos direitos que os usuários estão sujeitos refletem a falta de compromisso ético-político das estruturas de poder na nossa sociedade, perpetuando o ciclo vicioso de desigualdade, vulnerabilidade e exclusão social. Nesse contexto de precariedade, são fundamentais os arranjos sociais construídos no cotidiano. Esses arranjos apontam para novas formas de sociabilidade dos usuários que revelam a formação de redes como estratégia de enfrentamento das adversidades da vida e como dispositivo de reconhecimento social e na luta pela garantia da cidadania.

8. Anais do 12 ° Congresso Internacional da Rede Unida

21 a 24 de março de 2016

Campo Grande - Mato Grosso do Sul

A percepção dos trabalhadores do Consultório na Rua sobre a produção do cuidado

Autores: PAIVA, Tereza Cristina Ramos; NESPOLI, Grasielle.

INTRODUÇÃO: A implantação dos Consultórios na Rua, como dispositivo da Política de Atenção Básica no Brasil, visa uma aproximação menos tecnocrática com a população em situação de rua, por meio de processos dialógicos e da garantia dos direitos e acesso a outras possibilidades de atendimento no SUS que considerem os determinantes psicossociais e culturais presentes no ato de cuidar. Esta atuação Este dispositivo exige o enfrentamento de desafios constantes, visto a complexidade das necessidades desta população, os impactos na rede de atenção à saúde e a visão do Estado sobre aqueles que fazem da rua seu espaço de sobrevivência que, se estigmatizante, irá propiciar o surgimento de políticas e ações assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de higienização social. Parte-se da hipótese que, ao se compreender as percepções dos profissionais que atuam no Consultório na rua sobre a produção do cuidado, será possível identificar tanto as lógicas e sentidos propostos nas intervenções, como as relações entre cuidadores e sujeito a ser cuidado, como também desvendar modelos de atenção que se colocam em disputa no campo da saúde. Este estudo é um dos produtos resultantes do projeto de pesquisa “Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades constituição de redes de apoio social”, do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde - PAPES/CNPQ/FIOCRUZ.

OBJETIVOS: O estudo buscou investigar percepções dos trabalhadores de uma equipe de Consultório na Rua sobre a produção do cuidado dirigida aos usuários que se encontram em situação de rua e que transitam pelo território de Manginhos/RJ, com o intuito de compreender os modos como concebem, operam e constroem e práticas de cuidado e quais as implicações desse ato nas políticas e na saúde da população assistida.

METODOLOGIA: Tratou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que utilizou como técnica de coleta a entrevista semiestruturada. Todos os participantes foram entrevistados conforme roteiro de entrevistas elaborado para cada grupo. A organização do material considerou a sua compatibilidade com o roteiro, a representatividade do universo dos entrevistados, a lógica das escolhas dos temas e a adequação do material ao objetivo do estudo, o que possibilitou a formulação de algumas hipóteses, a determinação de unidades de registro e contexto e a forma de categorização. Além dos significados expressos no material, foi analisada a opacidade de determinados discursos, tomando como base a interpretação como um ato no nível simbólico.

RESULTADOS: A partir da análise dos relatos foi possível identificar concepções e modos de cuidar distintos. Como categoria ontológica, o cuidado molda as diversas formas de existência, as identidades que estão sempre em construção, em movimento, no e pelo ato de viver, que se concretiza na presença e interação com o outro, isto é, como se dá o encontro. Essa dimensão do cuidado se fez presente em diversos discursos, através de falas que remetem à estratégias de criação de vínculos e experiências gratificantes e que agregam valor à vida. Para compreender o cuidado como categoria genealógica, buscou-se analisar como os participantes compreendem e vivenciam o cuidado de si, de ocupar-se e preocupar-se consigo, como lidam como cuidar da própria vida, que suporta um jogo de trocas com o outro, num aprendizado constante. Para a maioria dos profissionais essa dimensão do cuidado é revelada através da necessidade de formação continuada, de trocas de experiências para melhor lidar com o outro e introduzir mudanças na forma de produzir cuidado, que muitas vezes exclui e estigmatiza. O cuidado como categoria crítica, que se relaciona ao modo de interação das tecnologias na e pelas práticas de saúde, foi percebido como necessidade de supervisão, de espaços coletivos de discussão permanente, de escuta, instrumentos que precisam de visibilidade para que sejam operacionalizados. Por outro lado, as dificuldades de acesso, de encaminhamento, ou a falta de interesse por parte de alguns serviços foram apontadas como desafios a serem superados pela gestão, reconhecida a necessidade da interação entre o conhecimento técnico e os projetos de vidas dos usuários a quem se presta assistência. Cuidar das pessoas que vivem na rua, não significa mantê-la na rua, significa garantir o direito delas permanecerem na rua. Essa potencialidade reconciliadora entre as práticas de saúde e a vida revelou a percepção do cuidado como categoria reconstrutiva das práticas de saúde. Neste sentido, o cuidado não visa apenas aplicação mecânica de tecnologias, mas o exame das finalidades e meios e sentido prático das ações de saúde. O ato de cuidar é percebido também como um instrumento que se contrapõe à lógica da exclusão. Ao circular com o usuário na rede de serviços de saúde, indo com ele às unidades especializadas, o profissional acaba exigindo destas um posicionamento em ato, visto que nem sempre as tecnologias estão implicadas no estabelecimento de interações intersubjetivas e dialógicas e de valorização de outras racionalidades terapêuticas, o que revela modos distintos da produção de cuidado e de estruturação da rede de atenção no território por parte dos demais profissionais.

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES: A análise possibilitou compreender modelos

e lógicas distintas de operar e conceber o cuidado diante da experiência de adoecimento física ou mental da população em situação de rua. Embora o cuidado seja percebido pela maioria dos entrevistados como prática de encontro intersubjetivo, de diálogo, de estabelecimento de vínculo e acolhimento, alguns relatos revelam a predominância de sua dimensão técnica-instrumental, em que o cuidado é percebido como algo que se faz pelo outro, impedindo muitas vezes o protagonismo daquele que é cuidado. Desta maneira, é preciso superar os aspectos normativos das práticas de cuidado que dificultam a autonomia, obstrui a circulação de bens simbólicos e dificultam a troca entre os sujeitos e a integralidade das ações de saúde. Além da melhor regulação da rede para garantir o acesso, do aumento da capacidade resolutiva dos níveis de complexidade de atenção e da eficiência das tecnologias empregadas na atenção básica, é necessário ampliar a qualificação dos trabalhadores como elemento constituinte do processo de trabalho e promover a discussão e mediação entre as equipes para consolidar práticas democráticas, superar estigmas e a lógica de confinamento e exclusão ainda presente na postura de alguns profissionais e fortemente na relação entre o Estado e a sociedade. É necessário o fortalecimento de políticas públicas que compreendam que o cuidado não se restringe à ação de um agente cuidador, mas que ele se efetiva na rede de relações de corresponsabilidade entre sujeitos num determinado território. O território, não apenas com espaço geográfico, mas espaço micropolítico onde a vida se desenvolve, tendo o cuidador a função de propor, facilitar ou conduzir relações de cooperação e apoio, num posicionamento desejante, ético, técnico e político. Desejante porque o cuidado só é possível através de uma atitude terapêutica que busque seu sentido existencial; ético porque envolve respeito pelo modo como as pessoas levam a vida; técnico porque pressupõem conhecimentos sobre as práticas de saúde e político porque o ato de cuidar se insere na luta pela garantia de direitos e transformação das práticas sociais, reconhecendo o outro na sua liberdade e singularidade.

Palavras chaves: Cuidado em saúde, trabalho em saúde, Consultório na Rua.

9. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ABRASCO

26 a 28 de maio de 2016

Universidade Paulista UNIP - São Paulo

A reconfiguração dos vínculos sociais dos usuários de crack em situação de rua no território de Manguinhos, Rio de Janeiro

Autores: Alda Lacerda - EPSJV/ Fiocruz; Mirna Barros Teixeira - Fiocruz; Pilar Belmonte - Fiocruz; Paulo Peiter - Fiocruz; Geny Cobra - Scientific Committee on Antarctic Research; Brigida Nogueira – UFF.

Resumo: No Brasil tem-se observado o crescimento dos usuários de crack que vivem o cotidiano das ruas como espaço de abrigo e moradia, e que estão nas cenas de uso de drogas. São sujeitos imersos em um contexto de vulnerabilidade, exclusão e desigualdade social, econômica e política. O nosso pressuposto é que diante da privação de recursos materiais e do esgarçamento do tecido social que permeia o seu estar no mundo, os usuários constroem redes de apoio social como estratégia de enfrentamento. O objetivo geral é analisar os limites e possibilidades à constituição de redes de apoio social dos usuários de crack que vivem em situação de rua nos territórios de Manguinhos, município do Rio de Janeiro, Brasil. Realizamos 10 entrevistas; um grupo focal com 6 usuários em situação de rua atendidos pelas equipes de Consultório na Rua de Manguinhos. e observação participante. Todos relatam uma ruptura de vínculo com a família nuclear, no entanto, vários atores no território são apontados como importantes fontes de apoio, construindo novos arranjos sociais. Tais arranjos apontam para outras formas de sociabilidade dos usuários, as quais revelam a formação de redes de apoio como estratégia de enfrentamento das adversidades da vida. São redes onde a dádiva circula, de modo que os usuários se sentem reconhecidos e retribuem de diversos modos os bens recebidos. As redes de apoio social podem trazer subsídios para a articulação dos planos microssocial e macrossocial, seja contribuindo para a reorganização das práticas de cuidado como para o desenho e implementação de políticas públicas que tenham como centralidade os sujeitos em situação de exclusão e vulnerabilidade.

Descritores: Redes de apoio social; Usuários de crack; População em situação de rua; Dádiva; vulnerabilidade.

8.3 Eventos organizados no âmbito do Projeto de Pesquisa

1. TEIXEIRA, Mirna; LACERDA, Alda, Seminário de Experiências na Atenção Primária em Saúde com População de Rua e I Oficina Crack e Outras Drogas. Rio de Janeiro, 2013.

2. LACERDA, Alda; MARTINS, Paulo Henrique; LOPES, Julio Aurelio. Seminário Internacional Dádiva, Cultura e Sociedade. Fundação Casa Rui Barbosa, Rio de Janeiro, 2016.

3. RAMOA, Marise, LACERDA, Alda. Coordenação do GT Redução de danos no cuidado à população em situação de rua. 60 Congresso da Associação Brasileira Multidisciplinar de Drogas - ABRAMD. PUC Minas. Belo Horizonte, 2017.

8.4 Participação em programas institucionais

Assessoria do Programa Institucional Álcool, Crack e outras Drogas (PACD) da vice presidência Fiocruz

Em função do desenvolvimento da pesquisa, cinco pesquisadores do projeto (Alda Lacerda, Denis Petuco, Mirna Teixeira, Marise Ramôa e Pilar Belmonte) foram convidados a compor o Grupo de Trabalho do PACD/ Fiocruz que se reúne mensalmente.

Coordenadora da área temática de Vulnerabilidade sócio ambiental do FIOPRIMO - Promoção da Saúde/ FIOCRUZ.

8.5. Artigos publicados

2018

1. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo. Publicado na Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2018.

2. Homeless crack cocaine users: Territories and territorialities in the constitution of social support networks for health. Publicado na Social Science and medicine. Setembro de 2018. É uma revista Qualis A1 internacional. Está disponível on line e estamos aguardando sair a versão impressa.

9. PRÓXIMAS ETAPAS E NOVOS PRODUTOS

A pesquisa finalizou mas agora estamos na fase de produção dos artigos. Terminamos mais um artigo que está sendo submetido e estamos organizando novos artigos para a divulgação dos resultados. O próximo passo será a publicação do Dicionário de Verbetes sobre “População em Situação de Vulnerabilidade”, com previsão para o segundo semestre de 2017. O Dicionário será composto pelos verbetes que já elaboramos e contará com a participação de pesquisadores da área de saúde coletiva e sociologia com expertise em temas relacionados à pesquisa. A perspectiva é

que essa produção possa ser divulgada no meio acadêmico como material de apoio para pesquisadores, docentes e estudantes.

Estamos organizando um seminário de devolutiva da pesquisa a ser realizado no Rio de Janeiro em junho de 2019. Serão convidados os trabalhadores, gestores e usuários do RJ que participaram da pesquisa. Estamos tentando patrocinar a vida de alguns gestores/trabalhadores de SP, o que ficou difícil em função do término do DBA.

10. CONTRIBUIÇÕES DO PROJETO PARA A SAÚDE COLETIVA

A pesquisa visa trazer contribuições para a Saúde Coletiva, articulando as dimensões do cotidiano com o plano das macropolíticas. Na dimensão da organização do cuidado, é fundamental abrir um debate e analisar as normatizações do trabalho das equipes de CnaR e as atividades que de fato são desenvolvidas no cotidiano, e a pesquisa tem muito material para subsidiar essa análise. Nesse sentido, um dos potenciais da pesquisa ao analisar a relação entre trabalho prescrito e trabalho real do Consultório na Rua é contribuir para a (re)organização do trabalho da equipe na perspectiva do cuidado integral, e fornecer elementos norteadores para a qualificação dos profissionais que atuam com a população em situação de rua.

Na dimensão dos arranjos sociais, a identificação e sistematização das redes no território contribuem para ampliar a produção de cuidado e fortalecer as parcerias e as articulações intersetoriais. Por sua vez, o mapeamento das redes de apoio social que são muitas vezes invisíveis para os trabalhadores e gestores é uma experiência inovadoras que permite (re)pensar novas formas de gestão social.

Na dimensão da política, a pesquisa traz subsídios para contribuir com as políticas públicas de atenção integral aos usuários de crack em situação de rua e contribuir para a qualificação da gestão, já que trabalhadores e usuários enquanto atores estratégicos são acionados no processo de formação da esfera pública na saúde.

Outro aspecto não menos importante foi a construção de uma metodologia inovadora na abordagem dos usuários de crack, haja vista não termos encontrado na literatura nenhum relato de grupo focal e de utilização da metodologia da cartografia com essa população. Essa experiência inovadora pode ser realizada em outras populações vulneráveis para identificar as territorialidades dos sujeitos e mapear suas redes sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, H. (2008). Cartografias sociais e território, Henri Acselrad (Org.), Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, pp. 168

AUGÉ, M. (1994). Não-lugares: introdução a uma antropologia da super modernidade, Campinas, Papirus.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? [s.l.] ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BOURGOIS, P. HOLMES, S.M. Sue, K. QUESADA, J. (2017), Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. Acad Med. March ; 92(3): 299–307.

BRASIL. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. In: Série B. Textos Básicos de Saúde. 2a ed revisada ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 64.

BRASIL. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua. 2008

.

BRASIL. Decreto 7053. Decreto nº 7053. . 2009.

BRASIL. 2488. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, Diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, Brasil., 2012a.

BRASIL, 2012. (2012). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, Brasil, 2012b.

CAILLÉ, A. (1989). Critique de la raison utilitaires: Manifeste du Mauss. Paris, France, La Découverte.

CAILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 13, n. 38, p. 5–38, out. 1998.

CAILLÉ, A. (2002). A dádiva das palavras - o que o dizer pretende dar. Martins, PH (Org.), A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social, Petrópolis, Brasil, Vozes, pp. 99-136.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: SaúdeLoucura 4. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 21–48.

CELANO, S. Consultório de Rua e Redução de Danos.doc, 2011.

COHEN S, SYME SL. (1985). Social Support and Health, London, England, Academic Press, Inc.

Cooper H. Moore, L. Gruskin, S. Krieger, N. (2005). The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study. Social Science & Medicine, USA, 61 pp. 673–684

DUARTE., P. DO C. A. V.; STEMPLIUK, V. DE A.; BARROSO, L. P. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas IME; USP, 2009.

FERNÁNDEZ- PEÑA, R.; MOLINA, J.L; VALERO, O. Personal Network Analysis in the Study of Social Support: The Case of Chronic Pain. International Journal of Environmental Research and Public Health, p. 1-18, 2018.

FIPE 2015 Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades dessa População na Cidade de São Paulo.

Prefeitura Municipal de São Paulo e Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. São Paulo, 2015

FRÚGOILI Jr, H. & CHIZZOLINI, B. (2017). Relações entre Etnografia Face a Face e Imagens do Google Street View : Uma Pesquisa Sobre Usuários de Crack nas Ruas do Centro. *Gesto, Imagen e Som*, 2, pp.11-36.

Fundação Getúlio Vargas (2015). **Relatório**. O Rio em Perspectiva. Um diagnóstico de escolhas pública. Rio de Janeiro, Brasil, DAPP/FGV.

GODBOUT, JT. (2000). "Le don, la dette et l'identité". Paris, La Découverte

GODBOUT JT. Homo donator versus homo oeconomicus. In: Martins, PH organizador. *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes; 2002, p. 63-97.

GODBOUT JT. *Ce qui circule entre nous: donner, recevoir, rendre*. Paris: Seuil, 2007.

HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. 1. ed. São Paulo: 34, 2003.

LACERDA A. 2010. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. 2010. 204p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LACERDA, A.; MARTINS, P. H. A dádiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade. *Revista de Estudos AntiUtilitaristas e PosColoniais*, v. 3, n. 1, p. 194–213, 2013.

MARTINS, J.S. *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anômala*. São Paulo, Brasil, Hucitec, 2000.

MARTINS P.H, FONTES B. Construindo o conceito de rede de vigilância em saúde. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2004; p. 103-20.

Martins PH. As redes sociais, o sistema da dádiva e o paradoxo sociológico. In: Martins PH, Fontes B, organizadores. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco; 2004; p. 21-48.

MAUSS, M. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. 2. ed. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF, 1985.

MERCKLÉ, P. (2004). Sociologie des réseaux sociaux. Paris, France, La découverte.

Minkler M. (1992). Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study, 22(2), pp. 303-16.

NATALINO, M. A. C. (2016). Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto para Discussão Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasil v. 2246, pp. 1-36.

SEN, A. (1999). Development as freedom. Oxford: Oxford University Press. Introduction

SEN, A. (2011). A idéia de Justiça. Rio de Janeiro, Brasil, Companhia das Letras, 2011.

TEIXEIRA, Mirna Barros. Projeto Redução de Danos e Consultório de Rua para o Teias Escola-Manguinhos. 2011 (mimeo).

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva, *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, p. 7-18, 1998

ZENEIDI, D. FLEURETI, S. (2007). Sans-abris et santé. *Géographie de la santé: un panorama*. Fleuret S. e Thouez J P. Paris, France, Anthropos, pp.45-58, 2007..