



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE
ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

JOSÉ ULISSES DO NASCIMENTO

**Campina Grande
Julho / 2019**

JOSÉ ULISSES DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE
ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo

Campina Grande
Julho / 2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244a Nascimento, José Ulisses do.
Análise da atividade de trabalhadores de serviços de atenção à população em situação de rua [manuscrito] / José Ulisses do Nascimento. - 2019.
87 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Psicodinâmica do trabalho. 2. Políticas públicas. 3. População de rua. I. Título
21. ed. CDD 158.7

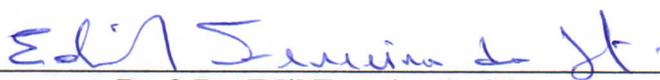
JOSÉ ULISSES DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE
ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

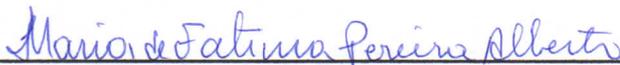
Dissertação de Mestrado avaliada em 29/07/2019 com conceito Aprovado



Prof. Dr.ª. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Dr.ª. Maria de Fátima Pereira Alberto
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Externo

Campina Grande
Julho, 2019

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Sibebe Barros, coordenadora do PPGPS, por seu empenho em fazer desse mestrado uma experiência de aprendizado humano.

Ao professor Dr. Edil Ferreira da Silva, coordenador-adjunto e do PPGPS e coordenador da linha de pesquisa “Trabalho, Saúde e Subjetividade”, pela sua dedicação e estímulo e socialização do seu conhecimento.

À professora Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação em me ajudar a construir o melhor texto possível.

À minha esposa Anne Karolynne Santos de Negreiros, pela compreensão por minha ausência em diversos momentos para assistir aula, estudar, coletar dados e produzir esta dissertação e os artigos.

Ao meu filho José Ulisses do Nascimento Filho, que estreou na faculdade com apenas 3 anos, acompanhando-me em aula e em reuniões quando foi necessário.

Aos professores do PPGPS da UEPB, que contribuíram ao longo de mais de dois anos, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio. Em especial, à Thiago e Nadja, amigos desde a graduação, e aos amigos do grupo de estudo Judy, Séfora, Luíza, Stalen e Jaquelane.

Ao professor Luann Glauber do Departamento de psicologia da UEPB que lecionou a disciplina Saúde mental e trabalho durante meu estágio docência.

Aos funcionários da UEPB, Estela, na secretaria do PPGPS e as adoráveis senhoras do apoio, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

A população em situação de rua aumentou significativamente no final do século XX devido à crises econômicas e à adoção de políticas neoliberais. As estratégias de redução de danos surgem como instrumentos para amenizar as injustiças e posteriormente são oficializadas como políticas públicas. Na cidade de Campina Grande-PB, no ano de 2011 é inaugurado o Programa Ruanda para promover assistência social às crianças e adolescentes em vulnerabilidade. Tal serviço passa a se focar nas crianças e adolescentes em situação de rua. No ano de 2011, é inaugurado na cidade o Consultório de Rua, para promover saúde e reduzir danos da população em situação de rua. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a atividade de trabalho das equipes desses dois serviços voltados à atuação junto à população em situação de rua. O referencial teórico-metodológico aqui utilizado é a Psicodinâmica do Trabalho. A abordagem teórica do trabalho em Psicodinâmica do Trabalho compreende a centralidade do trabalho na construção da identidade e na construção da sociedade. A metodologia da pesquisa é qualitativa. Foram realizadas quatro entrevistas coletivas temática com roteiro não estruturado em cada instituição. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados e discussões deste estudo são apresentados através dos artigos “Trabalhadores Invisíveis: Análise do trabalho junto à População em situação de rua” e ““Eu estou na rua”: a atividade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua”. Os resultados evidenciaram a precarização do trabalho como falta de insumos ou redução do quantitativo de trabalhadores; tensões com a organização do trabalho que provocam frustrações e sintomas de sofrimento psíquico; desconsideração de prescrições, diante da limitação de recursos e distanciamento da organização do trabalho, legitimadas coletivamente; cooperação nas tarefas, com transversalidade; uso da inteligência astuciosa para dar conta das demandas dos usuários; e devolução de afetos pelos usuários que lhes dá o julgamento de beleza e utilidade como reconhecimento pela atenção prestada.

Palavras-Chave: Psicodinâmica do Trabalho. Políticas públicas. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

The population in the street situation has significantly increased in the end of XX century due to the economic crises and the adoption of neoliberal politics. The strategies of damage reduction emerge as instruments to soften the injustices and, after, it's officialized as public policies. In the town of Campina Grande -PB, in the year of 2011, the Ruanda program was open to promote social assistance to children and teenagers in vulnerability. Such service start to focus in the children and teenagers in the street situation. In the year of 2011, was inaugurated in the city the Consulting room on street, after named consulting room' team on the street, to promote health and reduce damage of population in a street situation. This researche as an aim to analyze the work activity of the teams of these two services aimed at working with the population in the street situation. The theoretical approach of work in Work Psychodynamics includes the centrality of work in the construction of identity and construction of the society. The research methodology is qualitative. Four thematic collective interviews were conducted with unstructured script in each institution. The interviews were transcribed and analyzed through thematic content analysis. The results and discussions of this study are presented through the articles "Invisible Workers: Analysis of Work with the Population in a Street Situation" and "I Am in the Street": the work activity of a team in the Office ". The results evidenced the precariousness of the work as lack of inputs or reduction of the quantity of workers; tensions with the organization of work that provoke frustrations and symptoms of psychic suffering; disregard of prescriptions, given the limitations of resources and distancing from the organization of work, legitimized collectively; cooperation in the tasks, with transversality; use of astute intelligence to lead with users' demands; and return of affections by users that gives them the judgment of beauty and utility as acknowledgment for the given care.

Keywords: Work Psychodynamics. Public policy. People in a street situation

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 5
CAPÍTULO I – Trabalhadores Invisíveis: Análise do trabalho junto à População em situação de rua	p. 16
Introdução	
Método	
Resultados e Discussão	
Considerações finais	
Referências	
CAPÍTULO 2 – “Eu estou na rua”: a atividade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua	p. 45
Introdução	
Método	
Resultados e Discussão	
Considerações finais	
Referências	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 71
REFERÊNCIAS	p. 77
APÊNDICES	p. 81
Termo de consentimento livre e esclarecido	
Termo de autorização de gravação de voz	

INTRODUÇÃO

As transformações econômicas e sociais das últimas décadas do século XX apresentaram uma demanda consideravelmente nova ao campo do trabalho. A chamada reestruturação produtiva implementou uma nova lógica na relação do homem com o trabalho. O trabalho perdeu a estabilidade e o mecanicismo da era taylorista foi substituído por inovações organizacionais e tecnológicas que exigiram que o trabalhador usasse de sua subjetividade e de sua criatividade para lidar com situações cada vez mais complexas. O objeto de trabalho também se diversificou, especialmente no terceiro setor, o setor de serviços, que não se resumia apenas ao comércio ou aos setores burocráticos (Antunes, 1999). É em uma ramificação do setor de serviços que situa o interesse desta pesquisa: o trabalho de atenção e cuidados da população em situação de rua (PSR)

O Brasil que viveu de longe a era do capitalismo acumulativo passou a sentir as consequências da crise das transformações produtivas. A crise do petróleo provocou desabastecimento da indústria e o setor automobilístico registrava quedas acentuadas de produção, gerando desemprego em cascata dos centros urbano-industriais para as periferias. A política econômica de arrocho salarial e as dificuldades do governo em controlar a inflação acentuou a forte crise de origens econômica e política incidida no país da década de 1980. O crescimento vertiginoso das desigualdades de renda, do desemprego, da favelização, do tráfico de drogas e da violência urbana se tornava o retrato social ao final do período de ditadura militar (Passos & Souza, 2011).

Paralelo a este cenário, houve o aumento expressivo da PSR, fazendo com que esta se tornasse uma problemática para as políticas públicas, tanto na saúde, quanto na assistência social e na segurança pública do Brasil daquela época. Não obstante, parte da sociedade mobilizava-se

para o estabelecimento de um projeto de país mais democrático e que atuasse como redutor de tais mazelas, como o movimento em defesa de uma Reforma Sanitária e por um sistema de saúde universal, equânime e justo (Paim & Almeida-Filho, 2014).

A reconfiguração política e as lutas sociais possibilitaram a promulgação da Constituição Federal de 1988, estabelecendo os direitos e garantias fundamentais nos artigos 5º e 6º, e as intervenções sociais se redirecionaram lentamente das políticas assistencialistas, até então predominantes, para políticas de seguridade social. Os instrumentos para promoção da seguridade social foram aos poucos se afirmando ao longo da última década do século. No entanto, segundo Klaumann (2016) foi no início do século XXI que se organizaram e se sistematizaram as instituições e as estruturas de proteção social para as populações em situação de rua: em 2003 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e, em 2004, aprovada a Política Nacional de Assistência Social, através da Resolução CNAS nº 145/2004, atribuindo Proteção Social Especial ao atendimento da população em situação de rua.

Já no ano de 2005, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS/1993 – foi alterada em seu artigo 23 para estabelecer a obrigatoriedade de criação de programas direcionados à população em situação de rua, no âmbito da organização dos serviços de assistência social, numa perspectiva de ação intersetorial (Brasil, 2015). Alguns anos mais tarde, o presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, através de do Decreto 7.053, de 23 de Dezembro de 2009, quando reafirmou princípios e diretrizes que deveriam orientar o atendimento e determinou objetivos para redução das iniquidades sofridas pela população em situação de rua (Brasil, 2009).

No que tange às políticas de saúde da população em situação de rua, Passos & Souza (2011) destacam as intervenções em redução de danos (RD) que visavam conter a disseminação

do vírus HIV em usuários de drogas injetáveis. Considerando que a intervenção dada a usuários de drogas em situação de rua era quase que exclusivamente da reclusão criminal até a década de 1980, a RD no Brasil já surge como um novo paradigma ético, clínico e político para a atenção integral ao usuário de drogas e um instrumento de enfrentamento às políticas antidrogas.

As estratégias de RD foram incorporadas, em 2005, como política pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e as equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instauradas, em 2011, como os dispositivos da Atenção Básica em Saúde para ação de prevenção e promoção de saúde à população em situação de rua (PSR) e afetadas com a disseminação de drogas ilícitas como o crack. De acordo com Passos & Souza (2011) estas medidas alteraram significativamente a dinâmica político-organizacional dos trabalhadores de redução de danos gerando tensões entre o Governo Federal e os governos municipais, muito tendenciosos às pressões sociais de cunho conservador no tocante às drogas.

Para Petuco & Medeiros (2009), trabalhar com pessoas usuárias de drogas ilícitas exige transgressão moral e suspensão de preconceitos. Tarefa difícil em época que o preconceito e o não reconhecimento dos direitos das pessoas que usam drogas reforçam a exclusão social e representam barreiras para um cuidado ético e humanizado. Conseqüentemente, segundo Petuco & Medeiros (2009), à medida que se ampliaram as iniciativas em RD, necessitava-se de outro tipo de profissional de saúde, que estivesse alinhado a essa perspectiva.

A cidade de Campina Grande-PB se colocou na vanguarda da assistência à criança e ao adolescente em vulnerabilidade quando no ano de 2001 inaugurou o Programa Ruanda, fomentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela LOAS/1993, gerenciado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e ainda hoje financiado integralmente com recursos próprios. O Programa tem como objetivos a reinserção familiar, comunitária e escolar,

sensibilizar famílias e sociedades quanto ao processo de reinserção, promover a cidadania e assegurar o atendimento emergencial das crianças e adolescentes em vulnerabilidade (Barbosa, 2017).

O Programa Ruanda é hoje a referência na cidade para abordagem e intervenção preventiva, educativa e de emergência com crianças e adolescentes que se encontram na rua expostas aos riscos da exploração sexual, da exploração da mão-de-obra, do aliciamento do tráfico de drogas e do abuso de substâncias psicoativas. A equipe que realiza as abordagens é formada por profissionais de diversas áreas do conhecimento, como assistente social, psicólogo, pedagogo, educador físico, nutricionista e educador social. Eles realizam suas atividades articuladas intersetorialmente com a rede socioassistencial do município, com o Ministério Público do Trabalho e também com as secretarias municipais de educação e saúde.

Devido ser um dispositivo de proteção social desenvolvido, planejado, financiado e executado pela própria Prefeitura Municipal de Campina Grande, o Programa Ruanda não conta com financiamento externo, por conseguinte, os trabalhadores passam por situações de frequentes precarização e de redução do seu quadro e especulações de extinção do serviço, de acordo com Barbosa (2017). Também devido provir de uma iniciativa política própria da prefeitura municipal, não existe quantidade de estudos possíveis para nos dar mais elementos de reconhecimento sobre o programa, tampouco há elementos para conhecer detalhadamente sobre a atividade de trabalho dos profissionais que fazem este serviço.

Enquanto na área da saúde, o município de Campina Grande foi contemplado com um projeto de Consultório de Rua em 2011, inicialmente vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), que viria se tornar uma equipe de Consultório na Rua vinculada à Atenção Básica em Saúde no ano seguinte, a partir do redirecionamento do

programa em nível federal. Na eCR consta enfermeira, técnica de enfermagem, psicólogas, assistente social e redutor de danos que realizam intervenções com as pessoas em situação de rua da cidade voltadas para a melhoria da qualidade de vida, a partir do encaminhamento aos serviços de saúde, articulando a rede de atenção psicossocial da cidade para acolher os usuários que estão sem referência de moradia e em uso abusivo de substâncias psicoativas.

É possível perceber que algumas diretrizes organizacionais aproximam a equipe do Consultório na Rua ao Programa Ruanda. Em especial à abordagem, formação de vínculo e acolhimento à população em situação de rua do mesmo município. Logo, os profissionais que atuam em ambos os serviços se encontram em uma intersecção de público-alvo, territórios, realidades e desafios comuns.

O presente estudo teve, portanto, como objetivo geral analisar a atividade de trabalho das equipes desses dois serviços voltados à atuação junto à população em situação de rua. Ambas as equipes atuam diretamente na assistência social e na saúde da população em situação de rua (PSR), sejam crianças, adolescentes ou adultos, exposta ao uso de substâncias psicoativas. Para entender previamente um pouco do trabalho exercido na atenção integral à PSR, foi realizado um levantamento do estado da arte sobre as eCR e suas práticas de cuidados em saúde destes usuários. Foram localizadas quinze publicações relacionadas entre os anos 2012-2017 na plataforma Periódicos CAPES. Observa-se nas publicações que as práticas de cuidado em saúde das eCR utilizam como ferramentas leves de saúde o acolhimento dos usuários em suas demandas; a construção de vínculos e a escuta qualificada para promoverem ações potentes (Abib, 2014; Albuquerque, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Hallais & Barros, 2015; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Kami, 2015; Lima & Seidl, 2015; Lima, 2013; Londero, Ceccim & Bilíbio, 2014; Louzada, 2015; Pacheco & Andrade, 2017; Roos, 2014; Santos, 2013; Silva, Cruz

& Vargas, 2015). Estas ferramentas estão associadas às estratégias de redução de danos, à garantia dos direitos humanos e da promoção de políticas sociais. No entanto, nos estudos não é discutido se estas ferramentas seriam problematizadas em momentos de troca de experiências entre a equipe, ou se dariam de forma intuitiva, por aprendizagem ativa, no ato da atividade.

É comum as eCR enfrentarem dificuldades na execução de seu trabalho visto que podem faltar insumos básicos para trabalho preventivo e de promoção de saúde (Engstrom & Teixeira, 2016; Lima & Seidl, 2015; Lima, 2013), ou instrumentos de registro de informações (Kami, 2015). A equipe multiprofissional do serviço também é vista com dificuldades, seja por ser quantitativamente insuficiente (Jorge & Corradi-Webster, 2012) ou com pouca experiência e resistências em atender a PSR (Hallais & Barros, 2015; Silva, Cruz & Vargas, 2015), ainda que as maiores dificuldades com profissionais de saúde sejam com os que fazem parte de demais serviços da rede, principalmente das unidades básicas de saúde (Abib, 2014; Albuquerque, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Hallais & Barros, 2015; Kami, 2015; Lima, 2013; Londero, Ceccim & Bilíbio, 2014; Louzada, 2015; Santos, 2013; Silva, Cruz & Vargas, 2015).

Analisando a dificuldade para as PSR serem contempladas com o princípio da integralidade em saúde, Londero, Ceccim & Bilíbio (2014) entendem que a PSR segue uma “lógica caotizada” que não pode ser regrada e normatizada pelas prescrições comuns ao campo da saúde e que, para o trabalhador da saúde promover ações de maior impacto, ele deve entender o tempo próprio de cada usuário e não seguir um ritmo de atendimentos obrigatórios. Abib (2014) aborda que o usuário de drogas da rua é identificado como o anormal contemporâneo e que por isso já tem limitado o seu acesso nos serviços de saúde tradicionais do próprio SUS. Na relação da eCR com os demais pontos da rede, o autor percebe tensões e afetos que provocam resistências, visto que a proposta de recolhimento, internação compulsória e abstinência seriam o

caminho desejado em uma clínica maior; enquanto a eCR insiste em se pautar por uma clínica menor e subversiva, a clínica das estratégias de redução de danos. Louzada (2015) vai além, e indica que a eCR, na Atenção Primária de Saúde passa por solidão ao escolher considerar a rua como espaço de cuidado. As dificuldades e tensões na rede provocam interferência na execução das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças da PSR.

Outro ponto em comum entre as publicações levantadas foi no que concerne ao preconceito social e a situação complexa de exclusão que as PSR estão envolvidas (Abib, 2014; Albuquerque, 2014; Hallais & Barros, 2015; Kami, 2015; Lima, 2013; Londero, Ceccim & Bilíbio, Santos, 2013; Silva, Cruz & Vargas, 2015). Hallais & Barros (2015) destacam que a população em situação de rua é historicamente visibilizada como marginal e não consegue acesso aos serviços de saúde. Abib (2014) entende que esta construção social indica para manifestações de racismo e criminalização dos sujeitos que usam drogas e que vivem em situação de rua. Enquanto Lima (2013) percebeu sofrimento no trabalho da eCR por compaixão e empatia aos usuários de substâncias psicoativas (SPA) em situação de rua, vide a condição de exclusão e de preconceito, bem como por conta da intervenção agressiva da polícia militar e da guarda municipal. Albuquerque (2014), por sua vez indica que a situação de rua é por si, uma situação de vulnerabilidade social e a própria atuação da eCR já contém suas próprias vulnerabilidades por se tratar de “extitucional”, ou seja, estar de fora da lógica de um sistema pautado pela segurança das instituições normatizadas.

Diante do encontrado na recente literatura, as equipes do serviço de abordagem a pessoas em situação de rua estão suscetíveis a tensões sociais e o envolvimento de afetos com a população. No entanto, não há aprofundamento neste mérito, ou seja, a preocupação destinada às pesquisas com eCR é focada em principalmente na relevância social das práticas de saúde, não se debruçando no enigma e complexidade da atividade. Assim, as relações de prazer e sofrimento

no trabalho das eCR foram pouco abordadas, o que demonstra uma lacuna para pesquisas sobre esta população de trabalhadores.

O trabalho coletivo, por exemplo, só foi destacado em Kami et al (2016), que em sua pesquisa, as entrevistas com profissionais de eCR apresentaram, através de análise lexicográfica, a palavra “gente”, no sentido de “nós-equipe”, como a mais repetida pelos participantes. Desta forma, os autores consideram que o sentido interdisciplinar da atividade de uma eCR foi expresso pelos profissionais. Para que a interdisciplinaridade de uma atividade em um coletivo de trabalho seja alcançada, é necessário que se estabeleçam relações de cooperação entre os componentes da equipe, onde prevaleça a solidariedade sobre a concorrência.

Esta pesquisa se justifica, pela existência de quase 103 mil pessoas em situação de rua no Brasil, sendo que 22.864 vivem na região Nordeste (Natalino, 2016), mas que vivem numa relação de invisibilidade aos serviços de saúde (Hallais & Barros, 2015) e que, por isso, mais que ninguém, necessitam ter garantida a integralidade das ações em saúde, como também necessitam que os profissionais que lhes atendem sejam reconhecidos e estudados em suas práticas mais pormenorizadas, que é a atividade de trabalho.

Em decorrência do fato de as políticas antidrogas terem construído no senso comum sensações conflitantes de medo e temor, atribuindo ao usuário de drogas uma lógica de saúde higienista, fascista e que apenas a internação compulsória e a abstinência seriam a solução (Abibi, 2014; Pitta, 2016), a pesquisa possibilitará analisar de maneira mais aprofundada o universo do trabalho em redução de danos e da atuação em políticas sociais e de reinserção para pessoas com vínculos sociais comprometidos. É justificável poder refletir sobre estratégias e possibilidades de redução dos sofrimentos passíveis da atuação, como visto acima.

A pesquisa se justifica ainda pela literatura não dispor de variedades de abordagens para o fenômeno do trabalho com pessoas em situação de rua e, assim fomentar um debate acadêmico na Psicologia da Saúde e na dimensão das clínicas do trabalho.

Como justificativa pessoal, tanto a escolha do objeto de pesquisa, a atividade de trabalho, como a escolha dos sujeitos pesquisados se relacionam com a minha vida acadêmica e profissional. Quando ainda graduando de Psicologia, estive ativamente participante do grupo de pesquisa “Trabalho Saúde e Subjetividade”, o qual é precursor da linha de trabalho homônima deste programa de pós-graduação. Quando profissional sob registro no Conselho Regional de Psicologia da Segunda Região, e pós-graduado em especialização em Saúde Mental, os trabalhos como tutor no Projeto Caminhos do Cuidado (2013-2015) e como docente no Centro de Referência Regional sobre Drogas da UFPE (2015), aproximei-me do estudo/ensino das políticas públicas sobre drogas e dos debates sobre antiproibicionismo. Senti que era incipiente a interação entre as equipes de Consultório na Rua com a Rede de Atenção Psicossocial, principalmente com a atenção básica e, ainda, era quase que indiscutível a preocupação com a saúde mental do profissional que lida com os usuários de substâncias psicoativas.

O referencial teórico-metodológico aqui utilizado é a Psicodinâmica do Trabalho. A abordagem teórica do trabalho em Psicodinâmica do Trabalho compreende a centralidade do trabalho na construção da identidade e na construção da sociedade. A atividade de trabalho é passível de provocar mobilizações no sujeito e transformações nas relações intersubjetivas, a partir dos tensionamentos com a organização do trabalho, pois esta estabelece prescrições e ordenamentos que se confrontam a liberdade e a criatividade dos trabalhadores. Dejours (1993, p.78) apresenta uma nova definição de trabalho como “a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho”. O autor

afirma ainda que trabalhar é preencher a lacuna que existe entre as prescrições e o efetivo. O preenchimento deve ser inventado ou descoberto pelo trabalhador.

Para Dejours (2012), trabalhar é viver junto, são relações frequentes entre os sujeitos que dão significado ao trabalho, fazendo-os reconhecerem seus valores entre os pares e criando vínculos de confiança e cooperação. A cooperação no trabalho é estabelecida a partir da comunicação entre os pares, das suas deliberações mútuas e também da convivência. Desta forma, fazer uma pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho exige uma preocupação metodológica com o coletivo de trabalhadores para que a coleta de dados se torne também momento de produção de significados e apropriação do trabalho, focada essencialmente na vivência subjetiva através da discussão em grupo (Dejours, 1993).

Desta forma, a coleta de dados da pesquisa iniciou, paralelamente em cada instituição, a partir do acompanhamento das rotinas de trabalho, durante cinco turnos, com a finalidade de observação clínica da atividade de trabalho das equipes para que houvesse uma imersão no universo de signos e significados comuns. Posteriormente foram realizadas quatro entrevistas temáticas com roteiro não estruturado, também em paralelo com cada instituição, com as equipes parciais. Foram preenchidos os termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Autorização para Gravação de Voz.

As discussões foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática, porque este método adequa-se qualitativamente pelos dados possuírem natureza não mensurável, sem a perda do rigor e da sistemática (Laville & Dionne, 1999).

Os resultados e discussões deste estudo são apresentados através dos artigos, quais sejam: “Trabalhadores Invisíveis: análise do trabalho junto à população em situação de rua” e ““Eu estou na rua”: a atividade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua”. Cada artigo tratará

individualmente da atividade de trabalho das equipes. Esta escolha de dividir a análise por equipe se deu porque as discussões realizadas apresentaram especificidades da atividade e da organização do trabalho que não poderiam ser contempladas a contento caso fossem considerados apenas como profissionais da atenção à PSR. A dissertação se encerra com as “Considerações Finais” fazendo uma amarração geral do trabalho, com as perspectivas abertas após a pesquisa e a atualidade da nova configuração política nacional que altera dispositivos de atenção e proteção social às pessoas em situação de rua.

CAPÍTULO I

Trabalhadores invisíveis: análise do trabalho junto à população em situação de rua

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar a atividade de trabalhadores que atuam em um programa de proteção social à população em situação de rua. O referencial teórico-metodológico utilizado é a Psicodinâmica do Trabalho, visto que sua abordagem do trabalho o compreende como central na construção da identidade subjetiva e na construção da sociedade. Foram realizadas quatro entrevistas coletivas com oito trabalhadores do serviço e os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram a precarização do trabalho e dos direitos trabalhistas, redução quantitativa de trabalhadores e tensões com a organização do trabalho que provocam frustrações e sintomas de sofrimento psíquico. Por outro lado, observou-se que os trabalhadores usam da inteligência astuciosa para escutar, correr, dançar, abraçar, sorrir para dar conta das demandas dos usuários e recebem deles o afeto que lhes dá o julgamento de beleza e utilidade necessários para a manutenção da atividade.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho; atividade de trabalho; população em situação de rua

Trabajadores invisibles: Análisis del trabajo con la población en situación de calle

Resumen: Este artículo tiene como objetivo discutir la actividad de los trabajadores que trabajan en un programa de protección social para la población en situación de calle. La referencia teórico-metodológica utilizada es la Psicodinámica del trabajo, ya que su enfoque del trabajo lo entiende como central en la construcción de la identidad subjetiva y en la construcción de la sociedad. Se realizaron cuatro entrevistas colectivas con ocho trabajadores de servicios y los datos se analizaron mediante un análisis de contenido temático. Los resultados muestran precariedad laboral y de los derechos laborales, reducción cuantitativa de trabajadores y tensiones con la organización del trabajo que provoca frustraciones y enfermedades mentales. Los trabajadores utilizan la inteligencia práctica para escuchar, correr, bailar, abrazar, sonreír para satisfacer las demandas de los usuarios y recibir de ellos el afecto que les da el juicio de belleza y utilidad que necesitan.

Palabras clave: Psicodinámica del trabajo; actividad laboral; población de la calle

Invisible worker: Analysis of work with the Population in street situation

Abstract: This article as an aim to discuss the workers activity that act in a social protection program to the street situation population. The theoretic-methodological referential used it's the work psychodynamic, since its approach of work comprehends it as central in the subjective identity construction and in the society construction. Were realized four collective interviews with eighth workers from the service and the data were analyzed through the analysis of thematic content. The results shows precarization of work and labor rights, quantitative reduction of workers and tensions with the work organization that provokes frustrations and mental illness. The workers uses clever intelligence to listen, to run, to dance, to hug, to smile to deal with users' demands and receive from them the affection that gives them the judgment of beauty and utility they need.

Keywords: Work Psychodynamic; work activity; population in street situation.

INTRODUÇÃO

O fenômeno da população em situação de rua (PSR) no Brasil é intensificado a partir das crises econômicas e políticas iniciadas na década de 1970, quando ocorre reestruturação produtiva da indústria e instabilidade política da ditadura militar, gerando aumento da inflação, das desigualdades sociais, do desemprego, da favelização, do tráfico de drogas e da violência urbana (Passos & Souza, 2011).

Silva (2009) atesta que o Estado deu sustentáculo às mudanças no mundo do trabalho, adotou um modelo neoliberal de economia, não conteve a escalada inflacionária, arrouchou salários, enfraqueceu as relações dos trabalhadores com seus sindicatos, limitou direitos sociais e trabalhistas. Tudo isso veio a provocar aumento do desemprego e gerar desigualdades sociais que se perpetuariam com a lenta regulamentação das políticas públicas para contenção do avanço da pobreza.

Nesse cenário, há uma crescente expansão da população em situação de rua (PSR). A população em situação de rua é definida por Brasil (2009) como o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Esse grupo utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009, parágrafo único do art. 1º).

De acordo com Souza (2016), este público denuncia a iniquidade do abandono social secular que é o principal traço social singular brasileiro. Para o autor, esta classe não alcança as condições morais e emocionais de incorporar capital cultural, ficando de fora da escola e do

mercado de trabalho. Nos casos mais agudos, são julgados e avaliados como indignos, menos que humanos.

Há uma expectativa de que haja 103 mil pessoas em situação de rua no Brasil, sendo que 22.864 estariam na região Nordeste (Natalino, 2016). Apesar do número expressivo, essas pessoas vivem numa relação de invisibilidade de atendimento público (Hallais & Barros, 2015). Diante do crescimento dos cenários de pobreza nos espaços urbanos, lentamente o Estado foi chamado a agir de maneira compensatória, inicialmente a partir de organizações civis e, posteriormente, com a participação direta de entes públicos, transformando-se de um modelo assistencialista de cuidados para uma proposta de atenção baseada no direito à seguridade social (Klaumann, 2016).

Este artigo tem como objetivo analisar a atividade de trabalhadores que atuam em um programa de proteção social à população em situação de rua. O referencial teórico-metodológico aqui utilizado é a Psicodinâmica do Trabalho, visto que sua abordagem do trabalho o compreende como central na construção da identidade subjetiva e na construção da sociedade.

Os cuidados à PSR exigem dos trabalhadores a adoção de condutas que possibilitem o acolhimento dos usuários a partir das demandas, a construção de vínculos e uma escuta qualificada (Abib, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Jorge & Corradi-Webster, 2012; Louzada, 2015; Silva, Cruz & Vargas 2015). Estas condutas são associadas a estratégias de redução de danos, à garantia dos direitos humanos e a promoção de políticas sociais.

Programas de atenção e proteção à população em situação de rua

Os programas de atenção e proteção à população em situação de rua, em suas áreas de domínio específico – saúde ou assistência social – surgiram como demanda emergente em contexto político e econômico improvável (Escorel, 2012). Esses programas consolidaram-se

apesar das adversidades externas e de suas limitações técnicas, materiais, organizacionais e políticas; e resistem às investidas conservadoras e neoliberais que disseminam que pessoas que usam drogas ilícitas em situação de rua não deva receber atenção baseada nos direitos humanos, mas siga à nova clausura manicomial das comunidades terapêuticas (Pitta, 2016).

Tais programas foram pioneiros na assistência à PSR porque trabalhavam com a formação de vínculos e com o acolhimento, com o respeito às diferenças e com a escuta dos usuários. As ações de redução de danos centradas nos direitos humanos apresentam como desafio pensar sobre a autonomia, sobre a dignidade e sobre o protagonismo político das populações usuárias de drogas, principalmente as mais vulneráveis e em situação de rua (Jorge & Corradi-Webster, 2012). A orientação dos programas era considerar a diversidade de demandas da população tornando-se um novo paradigma ético, clínico e político para cuidados integrais à população em situação de rua (Passos & Souza, 2011).

A instauração de dispositivos de cuidados para ação de prevenção, promoção de saúde e proteção social à PSR alterou significativamente a dinâmica político-organizacional dos trabalhadores, gerando tensões entre o Governo Federal e os governos municipais, muito tendenciosos às pressões sociais de cunho conservador no tocante às drogas (Passos & Souza, 2011).

Diante desta situação, a precarização do trabalho dos programas institucionais de atenção à PSR se configurou como marca comum. Em levantamento do estado da arte, pesquisando sobre os serviços de atenção às PSR, observa-se que é frequente faltar insumos básicos para trabalho preventivo e de promoção de saúde (Engstrom & Teixeira, 2016; Lima & Seidl, 2015; Lima, 2013), ou instrumentos de registro de informações (Kami, 2015). A equipe multiprofissional do serviço também é vista com dificuldades, seja por ser quantitativamente insuficiente (Jorge &

Corradi-Webster, 2012), ter pouca experiência, ou resistências em atender a PSR (Hallais & Barros, 2015; Silva, Cruz & Vargas, 2015), ainda que as maiores dificuldades sejam com demais serviços da rede de saúde (Abib, 2014; Albuquerque, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Hallais & Barros, 2015; Kami, 2015; Lima, 2013; Londero, Ceccim & Bilíbio, 2014; Louzada, 2015; Santos, 2013; Silva, Cruz & Vargas, 2015).

Não muito distante deste cenário, o Programa Ruanda, fundado em 2001, em Campina Grande-PB se tornou a principal referência na assistência à população em vulnerabilidade social e em situação de rua do município (Barbosa, 2016). Ele antecede importantes alterações nas políticas sociais, como a Política Nacional de Assistência Social (Resolução CNAS nº 145/2004), que atribui à Proteção Social Especial o atendimento da população em situação de rua e a Lei nº 11.258/2005, que altera a LOAS e inclui atendimento especializado para a população em situação de rua.

Os objetivos do programa são reinserção familiar, comunitária, escolar e social, das crianças/adolescentes através das grupalizações feitas nos espaços das ruas; sensibilizar as famílias e a sociedade quanto à sua corresponsabilidade no processo de reinserção social das crianças/adolescentes; promover a cidadania da criança e do adolescente, garantindo sua integridade física, psicológica, moral e social; assegurar o atendimento emergencial às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade pessoal/social (Barbosa, 2016). Estes objetivos se alinham ao Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua que apresenta algumas atribuições para a reinserção social (Trino & Rodriguez, 2012).

Barbosa (2016) discute que o programa vem sofrendo investidas para sua extinção por ter alto custo de manutenção, uma vez que não possui verba de custeio estadual ou federal, e ser considerado ineficiente, pela gestão municipal, por não retirar a população das ruas. A autora

entende que a eficiência do programa está relacionada não apenas às capacidades técnicas e à instrumentalização interna, mas à existência e à eficiência de uma rede de proteção e cuidados integrais que dê seguimento ao trabalho que foi iniciado na abordagem de rua.

Barbosa (2016) destaca que, apesar de o Programa Ruanda trazer reflexões sobre o papel e a eficiência das ações desenvolvidas e a importância da proteção integral das crianças e dos adolescentes na cidade, desde seu início, a instabilidade política municipal é um elemento complicador do trabalho, pois, a organização do trabalho, em especial, os interesses da gestão, podem, não apenas, travar ações, mas também comprometer a própria existência do programa, sobretudo, em momentos de crise.

Trabalhadores Invisíveis: Um olhar da Psicodinâmica do Trabalho

Como alicerce teórico para a pesquisa, optamos pela Psicodinâmica do Trabalho, tendo em vista que a mesma entende que os trabalhadores são ativos ante os constrangimentos gerados pela organização do trabalho, sendo capazes de fazer a gestão das lacunas entre trabalho prescrito e trabalho real. Para isto, o trabalhador dispõe de uma liberdade para adaptar-se às situações concretas, tentando se manter no equilíbrio instável da “normalidade” (Dejours, 1993).

Dejours (2008) entende que a liberdade de criação do trabalhador, inclusive fazendo uso de transgressões às regras prescritas do trabalho, além de essencial para sua saúde mental, é necessária para a própria execução da atividade, pois as normas e prescrições impossibilitam a eficiência e o alcance da qualidade do trabalho (Dejours, 2008). Ocorre que, ora, a prescrição será exigida para impor a obediência e o controle à fraude; ora haverá margem para a criação, “quando o resultado é brilhante e a vitória é esplendorosa, a admiração, o triunfo fazem com que os desvios de conduta e o desrespeito às regras sejam perdoados” (Dejours, 2012b, p.42)

Portanto, para Dejours (2008), o trabalho real é o que o sujeito acrescenta ao que foi prescrito para enfrentamento do que não funciona e para alcançar os objetivos da organização do trabalho. O autor entende que, o trabalho real “é o que se deixa conhecer por quem trabalha por sua resistência ao saber-fazer, aos procedimentos, às prescrições, aquilo que se revela, geralmente, como forma de resistência à habilidade técnica, ao conhecimento” (Dejours, 2012b, p.39).

Dejours (2012b) entende que o ensino das prescrições constitui o ensinamento apenas de conhecimento e não de trabalho. O trabalho real se apresenta afetivamente ao sujeito. A gestão concreta da lacuna entre o prescrito e o real depende da mobilização dos impulsos afetivos e cognitivos da inteligência (Dejours, 2012). O trabalhador deverá mobilizar uma inteligência inventiva e criativa para desenvolver artimanhas e astúcias da profissão que não podem ser ensinadas. A inteligência astuciosa se dá através da “corpropriação” do trabalho, ou seja, uma série de artimanhas inventadas a partir do da apropriação do mundo pelo corpo subjetivo e que precede a capacidade de serem simbolizadas, explicitadas e de transmitidas em palavras aos demais, páiram na intuição do trabalhador (Dejours, 2012b).

Para Dejours (2012c), tanta diversidade de inteligências no trabalho coletivo apresenta riscos de grandes divergências entre os modos operatórios, que só se resolverão com a cooperação do trabalho, ao nível do trabalho efetivo, sem a intermediação da burocracia hierarquizada pela organização do trabalho. A cooperação exige do trabalhador tornar seu modo operatório inteligível aos seus pares para produzir a confiança no coletivo, mesmo que isto exponha as infrações e as falhas do trabalhador. Deste modo, a confiança não está na ordem técnica ou psicológica, está na ordem ética (Dejours, 2012c).

O autor entende que o exercício de cooperar, baseado na confiança, pressupõe a construção de um consenso dos controversos modos operatórios, construído na discussão e em deliberação coletiva. Dejours (2012c) compreende que é participando do debate coletivo que as regras do trabalho se estabilizam e são transmitidas aos mais jovens como regras de ofício. As regras de ofício não se restringem aos dados técnicos e científicos do trabalho, mas fazem referência a valores como confiança, lealdade, respeito às regras e disciplina (Dejours, 2012c).

Com isto, para Dejours (2012c), o trabalho coletivo é uma atividade deontica, ou seja, as regras de trabalho têm uma eficiência técnica e uma eficiência moral para o mundo social de trabalho. Assim, o real do trabalho e o viver junto se confundem, e a qualidade das deliberações coletivas estarão relacionadas ao saber viver em coletivo. Os espaços de deliberação do trabalho estarão ocupados pelas práticas de convivência.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 08 (oito) profissionais, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estar trabalhando no programa por no mínimo seis meses; participar das intervenções com a PSR.

Instrumentos de coleta de dados

Para a pesquisa, utilizou-se como técnica de construção de dados as entrevistas coletivas abertas, que foram organizadas em função de temas pautados: 1) Trajetória profissional e a representação sobre a pessoa em situação de rua usuária de drogas”; 2) “A abordagem e o manejo com as pessoas em situação de rua usuárias de drogas”; 3) “Sabores e dissabores de trabalhar na

rua” e; 4)“Entre a coletividade e a individualidade: como meu trabalho estimula minha relação com os colegas?”.

Procedimentos da Pesquisa

O projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Assistência Social e obtido anuência para realização da pesquisa. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob CAAE 87449718.6.0000.5187 e obtido parecer de aprovado com nº 3.028.271. Entrou-se em contato com a coordenação do Programa Ruanda para apresentar o projeto e conhecer a equipe. Antes de realização das entrevistas coletivas, acompanhou-se a equipe em cinco momentos para observação do trabalho. Por fim, foram realizadas quatro entrevistas coletivas que aconteceram na sede do programa, com duração de média de uma hora cada, sendo uma entrevista por semana.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. A estratégia para a análise qualitativa foi de emparelhamento, ou *pattern-matching*, que consiste, mais precisamente, em associar os dados recolhidos ao modelo teórico escolhido com a finalidade de compará-los para, em seguida verificar se há correspondência entre essa construção teórica e a situação observável, comparando seu modelo lógico ao que aparece nos conteúdos, objetos (Laville & Dionne, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da construção e análise dos dados nas entrevistas coletivas, emergiram as seguintes categorias: “Representações sobre a PSR”, O Trabalho real dos “Ruandeiros”, “Inteligência astuciosa e mobilização subjetiva”, “Relações coletivas do trabalho” e “Relações sujeito –

organização do trabalho”. Nesta sessão, serão apresentadas as análises destas categorias, além da caracterização dos sujeitos participantes.

Caracterização dos sujeitos

Participaram das entrevistas oito sujeitos, de média de 39 anos de idade, sendo sete do sexo feminino e um do sexo masculino. Os participantes trabalham no programa no período variável entre um e 14 anos. Metade dos sujeitos estão como educadores sociais, função que não exige formação acadêmica específica, e a outra metade da amostra constitui-se de assistentes sociais, pedagoga e psicóloga. Eles são contratados através de indicação política e regidos por contratos de trabalho precarizados de duração semestral. Devido a isso, não gozam de direitos trabalhistas constitucionais, como por exemplo, férias remuneradas, 1/3 de férias, 13º salário e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Magni (2016) aponta para uma tendência à precarização do trabalho público, seja por quantitativo de trabalhadores, o que ocorre no Programa Ruanda, como veremos a seguir, seja pelo aumento da frágil vinculação, através de contratos por prazo determinado que não constitui direitos trabalhistas.

Representações sobre a PSR

Os sujeitos que trabalham atualmente no Programa Ruanda, em sua maioria, não tinham vivência de atendimento à população em situação de rua, e suas representações eram limitadas ao saber de senso comum. Desta forma, os sujeitos informam que antes de iniciar o trabalho com pessoas em situação de rua tinham compreensões pessoais que podiam variar do medo ao desdém.

“Eu tinha medo... eu pensava que ia chegar e ser assaltada” (Sujeito 4).

“Você tá na rua por uma opção sua. Você não venceu porque não quis” (Sujeito 2).

Como se pode ver nas falas, a pessoa em situação de rua, de acordo com Mattos & Ferreira (2004), recebe tipificações pelas mídias da comunicação como vagabundas, sujas, loucas, perigosas e coitadas, que suscitam atitudes que vão da total indiferença à hostil violência física. Enquanto, Melo & Maciel (2016) entendem que a pessoa usuária de drogas é representada de mal-caráter e não confiável à doente ou coitado, incapaz de avaliar sua condição perante a droga.

Desta feita, essas representações preconceituosas que anteviam a PSR ou o usuário de drogas fazem parte do universo simbólico da população em geral e atingem as esferas do poder público, orientando as relações da organização do trabalho para com os técnicos do Programa Ruanda, sendo provocadoras de conflitos e sofrimento, como será visto mais a frente.

O contato e a proximidade com as PSR exigidos na atividade diária de trabalho foi capaz de revelar a complexidade das situações que os usuários se encontram e ressignificar seus valores pessoais, como se pode verificar nas falas a seguir:

“Vi que não era nada daquilo, eles eram carinhosos e bem carentes” (Sujeito 5).

“Hoje eu vejo que a situação é mais grave, porque é uma situação que eles não têm como sair do meio, vem de família” (Sujeito 3).

Estas transformações nas representações possibilitaram entender a atuação deles como um compromisso da garantia de direitos e, também criar laços com os usuários, entendendo que a relação dos profissionais com as PSR fortalece a própria segurança do coletivo de trabalhadores.

“A questão de todos os programas voltados pra assistência social não é dar nada pra uma pessoa carente, é estar garantindo direitos dessa pessoa” (Sujeito 1).

“Me sinto mais protegida com eles do que até com a própria polícia. Eles intervêm se a gente tiver em alguma situação de risco.” (Sujeito 7).

Pode-se observar, portanto, que a vivência de trabalho e a subjetividade dos profissionais no embate com as suas prescrições proporcionou aos trabalhadores a ressignificação das representações relativas às PSR, afastando as concepções preconceituosas. O trabalho tem esse caráter de criar relações sociais que transformam as pessoas e as situações. Dejours (2012c), a respeito disso, reflete que a relação do trabalhador com o trabalho real é sempre inédita e complexa, se construindo, inclusive a partir da relação dos outros que fazem parte do contexto do trabalho, inclusive os destinatários da atividade. Então, não apenas os usuários do Programa Ruanda são alcançados social e subjetivamente pela intervenção dos trabalhadores, mas estes também são transformados pelos usuários, pela ressignificação de suas tarefas e pelas relações firmadas com o coletivo de trabalho.

O Trabalho real dos “Ruandeiros”

As demandas enfrentadas pelo Programa Ruanda são diversas e flexíveis, e isso faz com que o planejamento precise sempre ser reavaliado. As situações de trabalho mais comuns partem de cenas de exploração da mão-de-obra infantil. Desta feita, o Programa Ruanda realiza diariamente buscas ativas de crianças e adolescentes que estão em semáforos limpando parabrisas para ganharem trocados; ou no centro da cidade comercializando junto aos ambulantes, ou em mendicância; ou realizando descarregamento, transporte e comercialização de mercadorias agrícolas na central de abastecimento da cidade (Empasa). Nestas situações, são exigidas intervenções de caráter educativo e de orientação para a frequência escolar e de demais cuidados, como de fiscalização de maus tratos, abusos e negligências.

Oficinas educativas e lúdicas também são realizadas em praças públicas de bairros e distritos afastados do centro urbano; em eventos comemorativos como Carnaval, Páscoa, São João, Dia das Crianças e Natal; ou em campanhas de conscientização como contra a exploração sexual e contra o trabalho infantil. Os sujeitos destacam que para efetuar as intervenções, seja nas abordagens de rua ou na realização de oficinas e eventos, precisam contar com um lanche para os usuários. É uma estratégia que desenvolveram a partir do real, como se pode ver a seguir nas falas.

“[O lanche] é sem sombra de dúvidas o elemento básico” (Sujeito 2).

“A gente teve que fazer a quadrilha bem rapidinho e já colocar o lanche. Foi quando eles se animaram e já chegaram sentando na mesa” (Sujeito 1).

O lanche, nesse sentido, apresenta-se para eles como uma estratégia para viabilizar a atividade e o contato com as pessoas, possibilitando alcançar objetivos inicialmente traçados. Em Psicodinâmica do Trabalho, trabalhar implica no engajamento do corpo, da inteligência, do saber-fazer, exige-se refletir, interpretar e reagir a diferentes situações que constroem os trabalhadores. Logo, trabalhar não se restringe ao cumprimento de regras prescritas, mas agir sobre imprevistos e falhas humanas ou de estrutura com astúcia e improvisos (Dejours, 2012c).

Os profissionais do Programa Ruanda destacam que a precariedade da organização do trabalho está presente quando a tarefa é dividida e realizada, como nas falas a seguir sobre como era o deslocamento até os usuários durante uma busca ativa e também sobre a redução da equipe.

“Toda busca era feita a pé. Chegava lá com meio palmo de língua no chão. Tinha que respirar pra atender o menino. Quando eu cheguei, já tinha essa precariedade. Essa falta de incentivo” (Sujeito 7).

“Antes, nós tínhamos seis assistentes sociais no programa. Hoje nós só temos duas... as demandas surgem, as demandas aumentam, mas o número de profissionais é reduzido pra atender” (Sujeito 7).

O programa foi beneficiado com uma van equipada com mesas e cadeiras, TV e aparelho de DVD e filtro d’água, cedida pelo Ministério Público do Trabalho, devido, por um lado, a importância do serviço que prestam à sociedade e, por outro, à gravidade da situação, principalmente sobre o trabalho infantil. Com isto, evitou-se a exigência de deslocamento a pé na maioria das buscas ativas e instrumentalizou as intervenções com infraestrutura para a realização das oficinas e ações educativas.

Entretanto, a redução da equipe vem provocando mais sobrecarga de trabalho para os que ficam, limitando a abrangência territorial, como por exemplo, a busca ativa na Empasa, grande foco de trabalho infantil, exploração sexual e abuso de drogas, que só poder ser realizada uma vez por semana. Pereira (2013) traz a tona a metáfora do cobertor curto, muito usada para explicar as políticas públicas: “quando se cobre a cabeça, se descobrem os pés”. Segundo a autora, as limitações financeiras e organizacionais impedem que a administração pública possa prestar um atendimento global e isonômico à população. Ou seja, ou parte da população fica desassistida ou se sobrecarrega uma equipe já limitada.

***“Tem que ver o jeito certo de aproximar”*: Inteligência astuciosa e mobilização subjetiva**

De acordo com Dejours (2012b), trabalhar é preencher uma lacuna que separa as prescrições do trabalho do real. Esta lacuna é preenchida colocando algo de si na atividade, algo que não é protocolado em manuais e prescrições. Ou seja, trabalhar é mobilizar a subjetividade para superar entraves que, se o trabalhador apenas seguir o que é pré-determinado, não

conseguirá atingir a qualidade. É algo que parte de uma inteligência inventiva, ou astuciosa, pois demanda criatividade, improviso, sagacidade e zelo pelo trabalho.

A inteligência astuciosa se revela através das falas dos trabalhadores, quando estes destacam que nas buscas ativas, a observação das cenas e a abordagem aos usuários necessitam de cautela e sutileza para que não ocorram intercorrências abruptas e estranhezas, e o usuário possa responder sem animosidades.

“A gente tá sentado ali estudando uma maneira de como a gente vai chegar. Não é de qualquer maneira. Tem que ver o jeito certo de aproximar e o que a gente vai falar”

(Sujeito 2).

“A gente se aproxima mesmo ele fazendo uso [de drogas]. Às vezes, estão arredios, mas a gente vai se aproximando, com jeitinho e eles vão se abrindo” (Sujeito 5).

“A gente precisa construir um vínculo, e o vínculo não é forçado. Essa construção de vínculos é uma via de mão dupla” (Sujeito 1).

O vínculo e o acolhimento são ferramentas utilizadas para que os técnicos possam estabelecer uma conexão com as pessoas em situação de rua. Dessa maneira, observa-se que o trabalhador está ali por inteiro, engajado para que a relação com o usuário possa se estabelecer. Eles não podem se deter aos manuais e recomendações de prescrições. Precisam levar em consideração todo contexto em que se desenvolvem o trabalho.

Na atividade de trabalho, a postura de aceitação da demanda e da oferta da escuta são exigidas dos profissionais. O vínculo também exige ser gerenciado, visto que os usuários direcionam afetos para trabalhadores em especial e ora precisam ser fomentados, ora precisam ser contidos.

“vai você que ela se encaixa melhor com você, se identifica com você, então talvez a recusa seja evitada” (Sujeito 1).

Diante do exposto, entende-se que o trabalho dos técnicos exige uma percepção delicada da situação presente, é mister sentir o que o usuário está demandando para desenvolver estratégias inventivas de trabalho diante do imprevisível, do não controlado.

“Tem momentos que se planeja uma atividade, e eles só querem escuta” (Sujeito 3).

“A gente ia fazer atividade de pintura. Mas, os meninos não estavam pra pintar. Aí eu ‘deixa eu ver a energia deles’, aí comecei a correr com eles.” (Sujeito 6).

“É um público muito atípico. Não é todo dia aquela mesma coisa. Você precisa até de um planejamento, mas lá, o jogo de cintura é seu” (Sujeito 3).

A inteligência astuciosa é uma inteligência do corpo, do corpo subjetivo. Dejours (2012b) entende que o trabalhador se apropria do trabalho e do mundo pelo corpo, uma “corpropriação”. Logo, será através do corpo que a inteligência astuciosa irá se manifestar. No caso dos técnicos do Ruanda, o planejamento prévio das ações será sempre insuficiente. O trabalhador precisará mobilizar o corpo subjetivo, seja para escutar quando se tiver planejado atividades físicas, ou correr quando se tiver planejado pintura; seja para dançar apressado numa quadrilha junina, pois os usuários querem lanchar, ou para responder a um abraço de um usuário carente ou afetuoso após um acolhimento ou em um reencontro.

***“Tem que trabalhar em grupo”*: Desafios nas relações coletivas**

O trabalho coletivo, em Psicodinâmica do Trabalho, é compreendido como uma atividade deôntica, ou seja, compõe um conjunto de deveres e regras de ofício deliberados coletivamente, considerando os fundamentos da cooperação e das regras de convivência para estabelecer limitações às individualidades que poderiam desestabilizar o coletivo de trabalhadores (Dejours,

2012c). Logo, as relações coletivas no trabalho são relações entre sujeitos humanos que precisam cooperar em prol de um dever comum, mas que precisam visibilizar o seu saber-fazer aos demais e manter confiança e lealdade nos colegas.

Os profissionais relatam que, pelo fato de serem contratados sob indicação política, criam-se inconvenientes, permissividades e sensação de vigilância do trabalho. Nesse sentido, os trabalhadores reforçam que estas tensões ocorrem quando começam no programa.

“Como você veio por indicação, todas as coisas são permitidas. As pessoas, às vezes, se baseiam muito nessa indicação de que não vai ser atingido. Lá fora não existe isso, existem limites” (Sujeito 2).

“Quando um novato chega, tem gente que quer sobrecarregar, não sei se com o intuito de assombrar, ou de mostrar se você tem alguma coisa a mais” (Sujeito 2).

Pode-se observar que, a chegada de um novato no serviço é sempre algo que gera tensionamentos pelo medo de um conflito de interesses. Também há um comprometimento do trabalho em virtude de algumas pessoas terminarem por colocar seus interesses pessoais acima dos interesses coletivos. Será apenas através da convivência no trabalho real e na confrontação das inteligências singulares dos trabalhadores que estes tensionamentos poderão ser amenizados. Dejours (2012b) ressalta que à coordenação (referente ao trabalho prescrito), os trabalhadores respondem adiantando a cooperação (referente ao trabalho efetivo). Esse processo de ajustes de parte a parte culmina na formação de regras de trabalho, como a função de cada trabalhador nas intervenções, provenientes de estabilizações dos acordos entre os membros do coletivo sobre as formas de se trabalhar. Logo, pôde-se observar que os técnicos do Ruanda cooperam se dividindo ou se alternando em tarefas para organizar as funções que cada um exercerá.

“Tem que trabalhar em grupo, enquanto uma ou duas abordam, você tem que se ligar no ambiente em si, porque eles [usuários] são muito atípicos” (Sujeito 3).

“Parece que cada um da gente trabalha há 20 anos. Sem nenhuma dificuldade mesmo. Não sei se é pela apropriação do trabalho, não sei se pelo que a gente tem passado, pelo que a gente já tem planejado previamente.” (Sujeito 2).

Como se pode observar nas falas, para chegar aos acordos coletivos que viabilizem a atividade, cada trabalhador se compromete a levar suas contribuições pessoais. Nesse sentido, “as modalidades de trabalho singulares são objeto de um confronto, de uma comparação, de uma discussão coletiva que permite a escolha daquelas mais aceitáveis” (Dejours, 2012b, p. 38). Para tanto, o coletivo precisa levar em consideração, por um lado, o objetivo de eficácia e de qualidade do trabalho e, por outro, o objetivo social.

“Cadê o Ruanda aqui?”: Relações sujeito – organização do trabalho

Diante do exposto, observa-se que o trabalho na assistência social com pessoas em situação de rua vem a produzir uma carga de trabalho relevante para o trabalhador, vide a complexidade da tarefa e o caráter político da organização do trabalho. As relações subjetivas com o trabalho também são intensas e provocadoras de tensões constantes, agravadas devido às demandas da organização do trabalho. O Programa Ruanda não possui financiamento externo, logo, apresentar resultados é necessidade de sobrevivência do serviço e do emprego do trabalhador, como se pode observar nas falas a seguir:

“É como se a gente estivesse com a corda no pescoço sempre. ‘A gente [gestão municipal] tá custeando um serviço que a gente não pode, então, dê resultado! Cadê o resultado? Cadê o Ruanda aqui?’” (Sujeito 8).

Os técnicos do Ruanda estão sempre pressionados a mostrar resultados e serem ostensivos, realizando as intervenções aos olhos da população e da gestão municipal. Consequentemente, aliada a essa pressão, observa-se no serviço a falta de reconhecimento social e institucional. Dejours (2012c) aponta que o trabalhador anseia pelo reconhecimento quando seu trabalho contribui no campo social, em benfeitoria de terceiros ou, mais restritamente contribuindo para a organização do trabalho. No entanto, na realidade aqui pesquisada, os trabalhadores se queixam que os demais componentes da rede assistencial deixam a desejar nas suas competências, provocando sensações de frustração e fracasso do trabalho na equipe.

“A gente depende de outras instâncias, é a minha maior frustração” (Sujeito 7).

“Barrado em alguma burocracia e você não consegue efetivamente mudar e atender o pedido de socorro daquela criança, daquele adolescente. Isso é a morte” (Sujeito 2).

A tensão na articulação com a rede de cuidados costuma aparecer com bastante frequência em estudos sobre o Consultório na Rua, que atende a PSR na área da saúde (Abib, 2014; Albuquerque, 2014; Engstrom & Teixeira, 2016; Hallais & Barros, 2015; Kami, 2015; Lima, 2013; Londero, Ceccim & Bilíbio, 2014; Louzada, 2015; Santos, 2013; Silva, Cruz & Vargas, 2015). O relacionamento do Programa Ruanda com demais serviços da Secretaria de Assistência Social também possui algumas dificuldades relacionadas à estigmatização do público atendido, por outras instituições, fato que refletirá afetivamente na equipe, como se exemplifica na seguinte conversação:

“Eu não sei porque tanto olhar torto, tanto preconceito conosco, se nós somos iguais a eles... eles veem o Ruanda como o público que a gente atende” (Sujeito 4).

“Não tem competência de estar em outro lugar, aí o Ruanda serve” (Sujeito 7).

A sensação de preconceito é estendida quando há necessidade de articulação com a rede assistencial. Neste momento, mais tensões são geradas, provocando relações conflituosas entre os trabalhadores do Ruanda e de demais serviços.

“Só que elas [servidoras de outra instituição] não querem tomar conta do público porque não querem ter trabalho. O problema é esse. Porque uma moradora de rua no uso abusivo de drogas dá trabalho pra ficar” (Sujeito 7).

“Nós fomos comunicadas que não deveríamos mais levar [pessoas em situação de rua em uso abusivo de drogas]. Que evitasse. Enfim, os percalços que a gente enfrenta” (Sujeito 2).

No entanto, as tensões não se resumem apenas às relações com a organização do trabalho. Existe um imaginário social que atribui ao Programa Ruanda o compromisso com a higienização das ruas, retirando os usuários de SPA dos espaços públicos. Um entendimento, segundo os técnicos que mostra um desconhecimento sobre o trabalho realizado no Programa e sobre as políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes e para a população em situação de rua. O resultado destes desencontros com colegas de secretaria e com a sociedade é um inconformismo pela forma como são tratados, mas também uma sensação de invisibilidade do programa. Eles são trabalhadores invisíveis.

“Pra sociedade, eles [usuários de drogas] são invisíveis. Dizem: “ah, aqueles são drogados”. O povo quer limpar a rua, quer que eles saiam dali, né?” (Sujeito 5).

“[O Ruanda existe] desde 2001. Tem gente na prefeitura que não sabe nem que o programa existe, imagina a população!” (Sujeito 6).

“Uma das minhas angústias é que eu me sinto tão invisível quanto a população que eu atendo... não pelos meninos. Mas, pelos próprios serviços” (Sujeito 7).

Esta falta de reconhecimento social e institucional é grande causadora de sofrimento, pois fere o julgamento de utilidade e beleza do trabalho. Para Dejours (2012c), a apreciação qualitativa dos julgamentos de beleza e de utilidade é necessária no teatro das relações subjetivas do trabalho para construir o reconhecimento. Observa-se, portanto, neste cenário no qual eles desenvolvem o seu trabalho, uma invisibilidade que se estende tanto aos usuários do serviço quanto aos próprios trabalhadores, que parecem ser tão estigmatizados quanto seu público alvo.

As angústias experienciadas pelos técnicos estão frequentemente tensionadas pela sensação de fracasso e de ineficiência de suas intervenções, pelo questionamento da resolutividade, principalmente quando articulada com outras instituições. Soma-se à falta de reconhecimento, as variabilidades da atividade, como a ocorrência de reincidências de uso de substâncias psicoativas e até mesmo o caso de tragédias relacionadas à situação de rua e de vulnerabilidade. Para alguns trabalhadores, gera-se o questionamento da necessidade de existência do programa e um sentimento de desistência, enquanto outros se utilizam do artifício mental “*nosso trabalho foi feito, mas...*” para frear a angústia de fracasso.

“Sempre nos sobrevém aquela ideia de que não adianta mais, a gente sabe que a prática da assistência é muito lenta, a gente é sempre tomado por aquele desejo de desistir”
(Sujeito 2).

“A maior dificuldade que eu sinto é a reincidência. Por mais que você consiga fazer um trabalho, dá um tempo que você vai saber, ela recaiu” (Sujeito 1).

“Nós tivemos a notícia que ele tinha morrido. Uma situação horrível, porque a gente tava praticamente todos os dias, na tentativa de uma mudança de vida” (Sujeito 2).

“A gente vai lidando com essas frustrações. Mas, o que importa é saber que aquilo que nos veio a mão foi feito. Que aí sim, a frustração seria muito grande” (Sujeito 3).

Os trabalhadores demonstram uma percepção do sofrimento que é produzido na atividade. Questionados sobre o que faziam para suportar as angústias, os trabalhadores responderam que tentam “se entender como profissional” e sua importância para o serviço, para não ficar com a “autoestima lá embaixo” (Sujeito 7), mantém a “esperança que vai mudar, vai resolver” (Sujeito 2), e que precisam fazer psicoterapia (sujeitos 2 e 8).

Para Dejours (2012a), o hiato irreduzível entre a realidade e as prescrições se deixa conhecer pelo sujeito que trabalha sob a forma do fracasso. O preenchimento das lacunas realizado pela mobilização dos sujeitos que trabalham sempre implica em escolhas, e essas escolhas nem sempre são adequadas naquele contexto para o sucesso do trabalho. No contexto dos trabalhadores do ruanda, eles vivenciam exatamente a sensação descrita por Dejours (2012a), quando afirma que o mundo real “confronta o sujeito levando-o ao fracasso, provocando a manifestação de um sentimento de impotência, ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção ou desamparo” (p. 25).

Contudo, ainda existe prazer relacionado ao trabalho. Verifica-se um discurso voltado para o objeto de trabalho, ou seja, a satisfação é oriunda da relação direta, quando há sucesso, com as pessoas em situação de rua. Os sujeitos satisfazem-se com o reconhecimento dos usuários, seja na forma de agradecimentos, sorrisos ou em demonstrações de afetos e manifestam sentimentos de reconhecimento de trabalho e realização profissional em mão-dupla, havendo afeto e acolhimento de ambos os lados sustentando as relações de trabalho e quando há sensação de dever cumprido, quando consideram que o trabalho foi exitoso e conseguiram uma transformação na vida dos usuários.

“E a felicidade que eles ficam? Tudo eufórico. É gratificante de ver” (Sujeito 5).

“O público que eu amo trabalhar é o público de rua. Eu me realizo” (Sujeito 7).

“Ele não retornou mais às ruas. Um trampolim pra uma nova vida... significativo demais... enquanto a gente pode fazer alguma coisa, foi feito” (Sujeito 2).

“A minha gratificação como profissional é ver que aquele menino que eu atendi, entre tantos, nós conseguimos alguma coisa” (Sujeito 7).

Em suma, as relações subjetivas do trabalho do Programa Ruanda apresentam contradições e caminham para dois lados opostos. O primeiro é causador de sofrimento e de adoecimento mental e está relacionado às pressões que os trabalhadores suportam para gerar resultados e manter o programa útil aos olhos da gestão municipal e da população da cidade, ao passo que a rede assistencial se mantém com aparente aversão e desarticulação com o Ruanda. No que concerne aos usuários atendidos, geram-se sentimentos de frustração e de desistência quando ocorrem reincidências de abuso de substâncias e tragédias. Em contrapartida, o julgamento de gratidão positivo do trabalho é dado quando se tem o reconhecimento dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A precariedade das políticas sociais é flagrante quando se trata da população em situação de rua. A metáfora do cobertor curto é mais que apropriada. Ainda assim, a cidade de Campina Grande, em uma época improvável, inaugurou um serviço de assistência social destinado à abordagem e reinserção social de crianças e adolescentes em situação de rua e em vulnerabilidade.

O Programa Ruanda tem evidente inspiração nos programas de redução de danos, comuns na década de 1990, que davam assistência às pessoas com laços sociais fragilizados pelo abuso de substâncias psicoativas e realizavam abordagens nos territórios, sem interferir no consumo,

mas promovendo ações educativas e geradoras de autonomia e protagonismo social. Os técnicos do Programa Ruanda usam da inteligência astuciosa para dar conta das demandas dos usuários. Contam, para isso, com um uso do corpo subjetivo para escutar, correr, dançar, abraçar, sorrir.

A precarização do trabalho reduz o quantitativo do coletivo, dificulta a cobertura dos territórios, sobrecarrega os que permanecem, retira quase todos os direitos trabalhistas, e ainda mantém o coletivo constantemente sob a pressão de gerar resultados. O coletivo do Ruanda ainda recebe a antipatia e o preconceito com a rede assistencial e com parte da população que acreditam que o dever do programa seria a higienização das ruas. A falta de reconhecimento faz os trabalhadores se sentirem invisíveis, com vontade de desistir do trabalho. Em contrapartida, o afeto que recebem dos usuários e, a sensação de êxito em alguns casos, lhes conferem o julgamento de utilidade e de beleza para continuarem trabalhando.

Este trabalho apresenta a realidade de trabalho do coletivo de um programa de atenção à população em situação de rua que necessita ser mais visibilizado para a população e receber o reconhecimento adequado das autoridades que o fomentam, ou que deveriam fomentar, vide sua relevância social. Outros desdobramentos são possíveis a partir daqui, considerando o campo de estudo das clínicas do trabalho, como um aprofundamento na saúde mental dos trabalhadores, uma vez que estes demonstram sinais de adoecimento; ou um enfoque nas relações entre trabalhadores – usuários e as implicações para a construção de estratégias de trabalho que fortaleçam as políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- Abib, L.T. (2014). *Crônicas urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 150 páginas.
- Albuquerque, S.C. (2014). *Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua*. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 167 páginas.
- Barbosa, R. S. (2016). Programa Ruanda: os (des)caminhos em prol da proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco no espaço urbano de Campina Grande - PB. In: *VI Seminário Internacional Direitos Humanos, Violência e Pobreza: a situação de crianças e adolescentes na América Latina hoje*, 2016, Rio de Janeiro. VISIDH. Rio de Janeiro: Rede Sirius/UERJ, 2016.
- Brasil (2009). *Política Nacional para a População em Situação de Rua*. Decreto 7.053/2009. Presidência da República.
- Dejours, C. (1993). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.I. (orgs.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 3ª ed. Brasília: Paralelo 15 / Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 125-150
- Dejours, C. (2008). *A avaliação do trabalho submetida à prova do real* / Christophe Dejours. Sznelwar, L.I. & Mascia, F.L. (orgs). Cadernos de TTO, 2. São Paulo: Blucher. 125 páginas.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho Vivo: trabalho e emancipação*. Tomo II. Brasília: Paralelo 15. 222 páginas.

- Engstrom, E.M & Teixeira, M.B. (2016). *Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n°6. p.1839-1848.
- Escorel, S., (2012). *História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária*. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C, Noronha, J.C., Carvalho, A.I., (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 385-434.
- Freire, P. (2007). *Pacientes impacientes*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. p. 32-45.
- Gil, A.C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 207 páginas.
- Hallais, J.A.S. & Barros, N.F. (2015) *Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade*. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n°7, Rio de Janeiro, p.1497-1504.
- Jorge, J.S & Corradi-Webster, C.M. (2012) *Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção*. In: *Saúde & Transformação Social*, v.3, n.1, Florianópolis, p.39-48.
- Kami, M.T.M. (2015). *Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no consultório na rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 146 páginas.
- Klaumann, A.R. (2016). *Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do Centro Pop de Rio do Sul/SC*. Recuperado em 29 de novembro de 2018, de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>.

- Laville, C. & Dionne, J (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Tradução: Monteiro, H. & Settineri, F. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMQ. 342 páginas
- Lima, H.S. & Seidl, E.M.F. (2015). *Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas*. In: *Psicologia em Estudo*, v.20, n°1. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287142227007>
- Lima, H.S. (2013). *Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas*. Dissertação (mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, 96 páginas.
- Londero, M.F.P.; Ceccim, R.B. & Bilibio, L.F.S. (2014). *Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde*. In: *Interface*, Botucatu, p. 973-982.
- Louzada, L.O. (2015). *Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais*. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 129 páginas.
- Magni, A. (2016). *Precarização dos serviços públicos*. In: Ascema Nacional. Brasília, 06 de julho de 2016, 39 páginas.
- Mattos, R.M; Ferreira, R.F. (2004). *Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua*. In: *Psicologia & Sociedade*; v.16, n° 2, p.47-58; maio/ago.
- Melo, J.R.F; Maciel, S.C. (2016). *Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.36, n° 1, 76-87, jan-mar.

- Natalino, M.A.C. (2016). *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Brasília. 36 páginas.
- Passos, E.H, Souza, T.P (2011). *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. In: Psicologia e Sociedade. v.23, nº01. Rio de Janeiro. P. 153-162.
- Petuco, D.R.S., (2014) *Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado*. In: Ramminger, T. & Silva, M. (orgs.). Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Ied, porto Alegre: Rede Unida, p. 133-148.
- Petuco, D.R.S. & Medeiros, R. G. (2009) *Redução de danos: dispositivo da reforma?* Recuperado em 01 de setembro de 2017, de http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31.
- Pitta, A.M.F (2016) *O respeito aos direitos humanos no cuidado à saúde mental e no uso nocivo de substâncias psicoativas*. In: Velôso, T.M.G. & Eulálio, M.C. (orgs.). Saúde Mental: saberes e fazeres. Campina Grande: Eduepb, p.67-76.
- Santos, C.F. (2013). *Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas*. Monografia (especialização). Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre. 26 páginas.
- Silva, M.L.L. (2006). *Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil entre 1995-2005*. Dissertação. Universidade de Brasília- UnB. Brasília-DF. 220 páginas.
- C. Silva, C., Cruz, M.M., Vargas, E.P., (2015). *Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua*. In: Saúde Debate, vol. 39, Rio de Janeiro, p. 246-256.

- Souza, J. (2016). A doença da humilhação. In: Souza, J. (org). *Crack e exclusão social*. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD. Brasília-DF, 1ed., p. 29-37.
- Trino, A. & Rodriguez, R.B. (2012). Atribuições da equipe multiprofissional. In: *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. p. 46-50.
- Pereira, M. (2013). *O controle das políticas públicas no brasil: o judiciário como um mediador entre os poderes*. Recuperado em 22 de julho de 2019 de <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e3b6fb0fd4df0981>>.

CAPÍTULO II

“Eu estou na rua”: a atividade de trabalho de uma equipe de consultório na rua

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar a atividade de trabalhadores que atuam em uma equipe de Consultório na Rua. O referencial teórico-metodológico utilizado é a Psicodinâmica do Trabalho, que entende que a atividade é que o o trabalhador deve acrescentar de si próprio para enfrentamento do que não funciona, superando constrangimentos ocasionados pela organização do trabalho. Foram realizadas quatro entrevistas coletivas com quatro trabalhadores da equipe e os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática. Os resultados obtidos apontam para resistências dos trabalhadores em seguir as prescrições do trabalho, mas também identifica o uso da inteligência inventiva para intervenções mais acolhedoras, a construção de regras de trabalho para sustentar o coletivo e do uso de estratégias de defesa e do reconhecimento dos pares para evitar o adoecimento mental diante do sofrimento causado pelos constrangimentos.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho; equipe de Consultório na Rua; população em situação de rua.

"Estoy en la calle": la actividad laboral de un equipo de oficina en la calle

Resumen: Este artículo tiene como objetivo analizar la actividad de los trabajadores que trabajan en un equipo de oficina de la calle. El marco teórico-metodológico utilizado es la Psicodinámica del Trabajo, que comprende que la actividad es lo que el trabajador debe agregar de sí mismo para enfrentar lo que no funciona, superando las limitaciones causadas por la organización del trabajo. Se realizaron cuatro entrevistas colectivas con cuatro trabajadores del equipo y los datos se analizaron mediante análisis de contenido temático. Los resultados apuntan a la resistencia de los trabajadores a seguir las prescripciones de trabajo, pero también identifica el uso de la inteligencia inventiva para intervenciones más acogedoras, la construcción de reglas de trabajo para apoyar el colectivo y el uso de estrategias de defensa y reconocimiento de pares. para evitar enfermedades mentales frente al sufrimiento causado por la vergüenza.

Palabras clave: Psicodinámica del trabajo; equipo de oficina en la calle.

“I am on the street”: the work’ activity of a consulting room’ team on the street

Abstract: This article aims to analyze the workers’ activity in the Consulting room’ team on the street. The theoretical-methodological referencial used was the psychodynamic of work, which understands that the activity is that the worker must add himself to face what does not work, overcoming constraints caused by the organization of work. Four collective interviews were conducted with four team workers and the data were analyzed through thematic content analysis. The results point to workers' resistance to follow the work prescriptions, but also identifies the use of inventive intelligence for more welcoming interventions, the construction of work rules to

support the collective and the use of defense strategies and peer recognition. to avoid mental illness in the face of suffering caused by embarrassment.

Keywords: Work psychodynamic, consulting room' team on the street, Population in a street situation.

INTRODUÇÃO

As crises econômicas que o Brasil enfrentou a partir da década de 1970 até o fim do século XX, impulsionada pela crise mundial do petróleo e pela demanda de reestruturação produtiva, somada a adoção de políticas neoliberais, tanto antes quanto depois da redemocratização do país, provocou estragos econômicos-sociais tão radicais que fez a população em situação de rua (PSR) no Brasil aumentar consideravelmente ao longo das últimas décadas do século XX (Silva, 2009). A violência urbana também se acentuou com o desemprego, o tráfico de drogas ilícitas e de armas no final de século. As favelas cada vez maiores se tornaram o alvo das ações policiais e os espaços públicos – praças, ruas, viadutos, pontes, etc. – foram ocupados por pessoas que perderam os laços sociais e institucionais (Passos & Souza, 2011).

Natalino (2016) aponta para mais 100 mil pessoas vivendo em situação de rua, sendo que quase 23 mil estão localizadas na região Nordeste. No entanto, apesar de não haver estatísticas oficiais mais recentes, há indicações de que estes números já estejam defasados, visto que a Prefeitura de São Paulo registrou atendimento há 105,3 mil pessoas em situação de rua no ano de 2018 (Folha, 2019).

Para assistir essa população, algumas iniciativas buscaram promover abordagens à PSR usuária de substâncias psicoativas (SPAs) através de políticas de saúde pública não convencionais, visto que, a ilegalidade dificultava qualquer esforço de acolhimento, motivo pelo

qual esta questão precisava fugir às limitações da clínica tradicional, e das próprias tecnologias de cuidado vigentes (Petuco & Medeiros, 2009). Dessa forma, é desenvolvido, em Santos-SP, em 1989, o Programa de Troca de Seringas como forma de enfrentamento das contaminações por HIV/AIDS, relacionadas ao uso indevido de drogas injetáveis, pautado na lógica da Redução de Danos (Passos & Souza, 2011).

Em síntese, entre idas e vindas, a experiência promoveu o debate institucional e o avanço de políticas públicas de saúde, como os Programas de Redução de Danos (PRDs), ao longo da década de 1990, embasados na proposta de seguridade social e nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, do Sistema Único de Saúde (SUS). Os PRDs assumiram a responsabilidade de amenizar iniquidades em saúde que atingiam as camadas mais pobres da população decorrentes de um uso problemático de SPAs (Passos & Souza, 2011).

A experiência de abordagem de rua dos PRDs inspirou a criação do projeto “Consultório de Rua” do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/ UFBA, em 1999 (Jorge & Corradi-Webster, 2012). Já constituído por uma equipe multidisciplinar, o Consultório de Rua, por sua vez, serviu de referência para os iminentes projetos, consolidando, o seu lugar na rede de atenção para os usuários de álcool e outras drogas que vivem nas áreas de maior risco social nos espaços urbanos e que não aderem aos modelos tradicionais da rede de serviços.

Para poder promover saúde e prevenir a população em situação de rua de maiores riscos à saúde, as eCR devem ser regidas pela concepção da Redução de Danos. A adoção das estratégias de redução de danos (RD) como política pública para o usuário de SPAs se deu na Portaria nº 1.028/GM, regulando e ampliando as ações em prol da melhoria da qualidade de vida desta população (Brasil, 2005). Além disso, no Art 2º:

Define que a redução de danos (sociais e à saúde) desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (Brasil, 2005, s/p).

A lógica da Redução de Danos se tornou a possibilidade contrária ao paradigma da abstinência, pois suas estratégias contemplam a diversidade de demandas e multiplicam as ofertas em saúde para usuários de drogas. Evitar riscos relacionados às formas de uso se trata de “um deslocamento que se efetiva em uma possibilidade de ampliação do olhar e da intervenção em saúde” (Petuco, 2014, p.136).

Segundo Petuco (2014), o redutor de danos deve operar de acordo com a ética do cuidado. A ética do cuidado permite o profissional de saúde ouvir para além dos discursos autorizados (Freire, 2007) que, neste contexto, são aqueles que se dividem entre vitoriosos, os que conquistaram a abstinência, e derrotados, que são os que não conseguem, que se humilham e se tornam subservientes. Desta forma, Petuco e Medeiros (2009) compreendem que fez-se necessário o surgimento de um “novo trabalhador de saúde”, que pudesse confrontar a lógica da repressão aos usuários e da hegemonia da abstinência.

Destarte, em 2011 entra em vigor a portaria nº 122 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua – eCR –, integrando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desenvolvendo ações de Atenção Básica, e devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012). Esta portaria determina ainda que as eCR deverão desempenhar suas atividades *in loco*, de forma itinerante, em ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, e quando

necessário, articularem-se com os demais serviços constantes no portfólio da RAPS de sua região de saúde.

As eCR lidam com pessoas que sofrem com diversos outros agravos de saúde como problemas nos pés, infestações, tuberculose, DST, HIV/AIDS, gravidez de alto risco e saúde bucal (Candiani, 2012). Por isto, a eCR precisa estar alinhada à Atenção Básica, através das Estratégias de Saúde da Família (ESF), se contrapondo à centralidade tradicional dos programas de saúde e à fragmentação pela lógica do especialista, que é ‘centrada nos procedimentos’, ou seja, as ESF devem estar atreladas à orientação ‘centrada nos usuários’ (Silva, Cruz & Vargas, 2015). Segundo Merhy (2004), orientar as práticas de cuidado centradas nos usuários pressupõe o aumento da capacidade reflexiva de cuidar voltada para as necessidades dos usuários ‘do’ e ‘no’ território. Embora, algumas dinâmicas de trabalho das eCR e da ESF não sejam equivalentes e gerem algumas inconsistências e conflitos, exigindo mobilizações dos profissionais para a adequação do trabalho (Silva, Cruz & Vargas, 2015).

Trino & Rodriguez (2012) especificam que a atividade da eCR exige procedimentos de menor privacidade: entrevista inicial para anamnese, orientação e promoção de saúde, curativos de pequeno porte, atendimentos/avaliações clínicas não invasivas, atendimento em conjunto com os profissionais da equipe, com as equipes das Unidades Básicas de Saúde e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs.). E complementam que a eCR deve organizar seu processo de trabalho considerando reuniões internas e intequipes (NASF, CAPS, etc.), planejar suas intervenções *in loco*, discutir casos, elaborar e acompanhar projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, para a resolutividade das ações e para gestão do cuidado.

No entanto, com todas as prescrições previstas nas portarias e nos manuais, os profissionais de saúde que saem de uma formação clínica convencional para trabalhar com pessoas em situação de rua e usuárias de drogas, possivelmente enfrentam desafios no cotidiano de trabalho e devem construir estratégias subjetivas para inventar, reinventar e dar conta trabalho. Para Jorge & Corradi-Webster (2012, p. 46), exige-se da eCR “flexibilidade, articulação, capacidade de negociação, aceitação, respeito e valorização da diversidade, com capacidade da equipe para adaptar-se às condições que se apresentam no encontro”.

Segundo os autores, apesar dos avanços e dos resultados alcançados, praticar a Redução de Danos ainda assim é motivo de muita resistência por parte de gestores e trabalhadores no âmbito de todos os serviços de saúde do SUS, seja por desconhecimento geral da proposta, seja por preconceito à PSR. Esta configuração social, também exige das eCR manejar tensões contrárias dos próprios pares e de superiores para continuar acreditando no trabalho.

Considerando-se esses aspectos, destaca-se a necessidade de aproximação da Psicologia ao estudo dessa parcela da sociedade excluída, bem como da análise das políticas públicas voltadas a esta temática, buscando compreender não apenas o que tem se feito em termos de efetividade das ações, mas também, quem são esses profissionais que atuam junto às pessoas em situação de rua (PSR) e quais os desafios e vivências subjetivas dos mesmos no encontro com esta atividade de trabalho, considerando um objeto de trabalho tão complexo. Este artigo, portanto, tem o objetivo de analisar o trabalho de um coletivo de trabalhadores de Consultório na Rua.

Para embasar o olhar em torno das relações entre esses sujeitos e seu trabalho, optou-se pela abordagem da Psicodinâmica do trabalho, tendo em vista que a mesma confere elementos

importantes para o aprofundamento da análise da atividade, bem como da mobilização subjetiva dos coletivos ante seu trabalho.

Mobilização subjetiva no trabalho: perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho

O trabalho, para a Psicodinâmica do Trabalho, adquire centralidade na vida do sujeito, mediando as relações entre o sujeito e o mundo e se tornando ferramenta fundamental para construção da identidade. Esse processo de mediação confere tensões e conflitos no sujeito que poderão provocar desequilíbrio de sua saúde mental. Na busca por uma normalidade, um ponto de equilíbrio, o trabalhador se colocará como ser ativo na confrontação do real do trabalho com a organização do trabalho, tentando exercer sua liberdade de criação (Dejours, 2008).

Dejours (2008) entende que a liberdade de criação e a inventividade do trabalhador, e até as transgressões às regras, além de essenciais para sua saúde mental, são necessárias para a própria execução da atividade, pois o cumprimento de todas as normas e prescrições impossibilitaria a eficiência e até o alcance da qualidade do trabalho. Logo, as relações que se estabelecem entre os sujeitos e a organização do trabalho, necessariamente implicam em reinterpretções e reconstruções de seus preceitos. Ocorre que ora, haverá margem à liberdade criadora quando o ganho for visível; ora, a prescrição será restrita quando se observar capaz de regular a obediência e a fraude, pois, “quando o resultado é brilhante e a vitória é esplendorosa, a admiração, o triunfo fazem com que os desvios de conduta e o desrespeito às regras sejam perdoados” (Dejours, 2012b, p.42)

Portanto, o trabalho real é o que o sujeito deve acrescentar ao que foi prescrito para alcançar os objetivos da organização do trabalho, ou ainda, o que o trabalhador deve acrescentar por decisão própria para enfrentamento do que não funciona (Dejours, 2008). O trabalho real, o autor entende que, “é o que se deixa conhecer por quem trabalha por sua resistência ao saber-

fazer, aos procedimentos, às prescrições, aquilo que se revela, geralmente, como forma de resistência à habilidade técnica, ao conhecimento” (Dejours, 2012b, p.39).

Dejours (2012b) afirma que o ensino das prescrições constitui o ensinamento apenas de conhecimento e não de trabalho. É sempre afetivamente que o real se apresenta ao sujeito. Logo, a gestão concreta da lacuna entre o prescrito e o real depende da mobilização dos impulsos afetivos e cognitivos da inteligência (Dejours, 2012). O trabalhador deverá mobilizar uma inteligência inventiva e criativa para encontrar artimanhas e astúcias da profissão que não podem ser ensinadas. É uma inteligência que está no zelo do trabalho, uma vez que é mobilizada quando as prescrições se mostram limitadas e exige-se que o sujeito, de fato, acrescente afeto, improviso, criatividade e liberdade em relação às leis que regem o trabalho. Ele chama de “inteligência astuciosa”.

A inteligência astuciosa é um produto do corpo subjetivo, formada a partir da subjetivação do mundo, através das condições materiais e das maneiras de apropriação afetivas do sujeito, segundo Dejours (2012b). Em outras palavras, a fonte do conhecimento sobre o trabalho é decorrente de uma “corpropriação” do mundo, que lança mão de artimanhas inventadas a partir do corpo e precede a capacidade de simbolizar e de transmitir aos pares, pois, as invenções se manifestam como intuição ou sensibilidade da experiência de trabalho.

Para Dejours (2012c), tanta diversidade de inteligências singulares e apropriações subjetivas do trabalho gera divergências entre os modos operatórios, que só se resolverão se houver uma congregação de uma dinâmica coletiva comum, uma cooperação ao nível do trabalho efetivo, sem a intermediação da burocracia hierarquizada pela organização do trabalho. Cooperar exige do trabalhador tornar seu modo operatório inteligível aos seus pares para produzir confiança no coletivo, mesmo que isto exponha as infrações e as falhas do trabalhador.

Deste modo, a confiança não está na ordem técnica ou psicológica, está na ordem ética, de acordo com Dejours (2012c). O exercício de cooperar baseado na confiança pressupõe a construção de regras de trabalho através de deliberações coletivas, produzindo um consenso dos controversos modos operatórios. As novas regras de trabalho estabilizadas não se restringem aos dados técnicos e científicos do trabalho, mas fazem referência a valores como confiança, lealdade, respeito às regras e disciplina (Dejours, 2012c)

Com isto, para Dejours (2012c), o trabalho coletivo é uma atividade deontica, ou seja, as regras de trabalho têm eficiência técnica e moral para o mundo social de trabalho. Assim, o real do trabalho e o viver junto se confundem, e a qualidade das deliberações coletivas estarão relacionadas ao saber viver em coletivo. Os espaços de deliberação do trabalho estarão ocupados pelas práticas de convivência.

Para fazer-se compreender as regras de trabalho como resultado de deliberações coletivas, como também o processo das mobilizações subjetivas que lançam mão de artimanhas e invenções a partir de corpropriação do trabalho, é necessário criar espaços de deliberação coletiva, onde o coletivo de trabalhadores possa discorrer sobre seu trabalho ao mesmo tempo que cada indivíduo está avaliando seu saber-fazer próprio e o de seus pares. Um coletivo de trabalhadores coeso e cooperativo promove equilíbrio psíquico contra as arbitragens da organização do trabalho provocadoras de sofrimento psíquico dos trabalhadores quando não reconhecem os méritos da atividade singular (Dejours, 2012c).

MÉTODO

Para Dejours (1993) a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho está centrada na vivência subjetiva pela dimensão do comentário como matéria-prima da “apropriação” da subjetividade

dos trabalhadores e como também a formulação da atividade de pensar sobre a sua situação. Preferencialmente, quando em coletivo que as elaborações singulares poderão se aproximar em consenso do real do trabalho efetivo. Por isso, optou-se nesta pesquisa, em realizar entrevistas coletivas com os trabalhadores, de maneira a produzir um espaço e um tempo definidos para a produção da fala sobre o trabalho, que se constitui na produção de dados, mas também na produção de ressignificações sobre a atividade dos trabalhadores.

A pesquisa tem caráter qualitativo e foi realizadas através de entrevistas coletivas não-estruturadas com uma equipe de Consultório na Rua numa cidade de médio porte do interior do Nordeste do Brasil.

Participantes

Participaram das entrevistas 04 (quatro) profissionais, uma vez que satisfizeram os critérios de inclusão: estar em exercício da atividade há no mínimo seis meses e participar das intervenções com a PSR.

Técnicas e Instrumentos

Os temas das entrevistas coletivas não-estruturadas foram pautadas pelos seguintes temas:

- 1) “Trajetória profissional e a concepção anterior sobre a pessoa em situação de rua usuária de drogas”, com o intuito de compreender sobre como cada trabalhador se representava e entendia o usuário de drogas quando iniciou sua atuação;
1. “A abordagem e o manejo com as pessoas em situação de rua usuárias de drogas”, objetivou discutir os detalhes do trabalho, as sutilezas do manejo e as estratégias utilizadas pela equipe diante dos imprevistos;
2. “Sabores e dissabores de trabalhar na rua com pessoas em situação de rua usuárias de drogas”, pensada para discutir as relações de prazer e sofrimento na atenção à PSR;

3. “Entre a coletividade e a individualidade: como meu trabalho estimula minha relação com os colegas?”, para dar oportunidade de discutir sobre as relações coletivas no trabalho.

Procedimentos

O projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e obtido anuência para realização da pesquisa. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, registrado sob CAAE 87449718.6.0000.5187 e obtido parecer de aprovado com nº 3.028.271. Entrou-se em contato com a coordenação da equipe do Consultório na Rua para apresentar o projeto e conhecer a equipe. Antes de realização das entrevistas coletivas, acompanhou-se a equipe em quatro momentos para observação do trabalho e apreender previamente sobre a atividade antes da realização das entrevistas. Por fim, foram realizadas as entrevistas na sede da secretaria de saúde, sendo uma por semana, com duração entre uma hora e uma hora e meia.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. A estratégia para a análise foi de emparelhamento, ou pattern-matching, que consiste em associar os dados ao modelo teórico escolhido com a finalidade de compará-los para, em seguida verificar a correspondência entre essa construção teórica e a situação observável, comparando seu modelo lógico ao que aparece nos conteúdos, objetos (Laville & Dionne, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da eCR

A equipe do Consultório na Rua está ativa desde 2011, quando ainda se caracterizava como o projeto de Consultório de Rua “Amigos da Rua”. A maioria dos

trabalhadores se mantém desde então. A equipe é composta por 07 profissionais (coordenação, psicólogos (2), assistente social, técnico de enfermagem, redutor de danos e motorista). A amostra compõe 04 trabalhadores, sendo três sujeitos são do sexo feminino e um do sexo masculino, que estão no serviço desde a implantação (2011), média de 46,5 (quarenta e seis e meio) anos de idade, 02 com vínculo efetivo na prefeitura e 02 sob contratos precarizados, com carga de 30 horas semanais distribuídas especialmente no turno da noite. O trabalho é realizado prioritariamente nos principais espaços públicos abertos, ruas, feiras e praças. A eCR não dispõe de um carro e de fardamento devidamente identificados, usufruindo do veículo disponível no momento e de alguma camiseta distribuída em campanhas, como uma que remete ao combate ao trabalho infantil.

A análise dos dados gerou à seguinte categorização “Prescrição vs realidade”, “Corpropriação do trabalho”, “Coletivo no processo de trabalho”, “Relação sujeito – organização do trabalho” e “Sofrimento e defesa no trabalho”.

Prescrição vs realidade

As entrevistas com os trabalhadores da eCR produziram discussões a respeito da atividade, ou melhor detalhando real do trabalho de maneira tanto a aproximar o entendimento da tarefa, mas também compreender brevemente e questionar os desvios e as transgressões às atribuições preconizadas pelas deliberações, tanto da gestão direta, quanto das normatizações das políticas nacionais sobre drogas e das pessoas em situação de rua. Os trabalhadores apontam que as atividades mais rotineiras são a busca ativa, a abordagem aos usuários e o atendimento *in loco*, como se pode verificar nas falas a seguir.

“com a população de rua, a gente atende in loco. Seja num abrigo, seja debaixo de uma marquise, seja debaixo de um viaduto” (Sujeito 3).

“[a abordagem] *tem que acontecer de forma espontânea, do usuário querer conversar com a gente. Se a gente for abordar e ele não quiser conversar, ele não é obrigado*”

(Sujeito 1).

“*Os pés estavam bem endemasiados. Eu trouxe a caixa de enfermagem. Tava todo o kit, tinha soro, atadura... a gente entrou no acordo e achou melhor levar ele pra o hospital, fazer uma triagem*” (Sujeito 3).

Nestas falas, é possível perceber como ocorre o confronto com o real do trabalho da eCR. A prescrição determina o atendimento aos usuários em situação de rua e que haja a realização dos procedimentos profiláticos e de contenção de agravos. No entanto, o atendimento *in loco* exige que a equipe faça uma gerência do trabalho mediada pelo próprio objeto do seu trabalho, a pessoa em situação de rua. São necessários consensos ou deliberações mútuas, entre a própria equipe e entre a equipe e o usuário. Desta forma, a demanda de trabalho não vem pronta para os trabalhadores, ou seja, o usuário nem sempre traz a queixa. A queixa é estabelecida na relação entre a eCR e o usuário através da escuta.

O nomadismo e a postura defensiva são características que os sujeitos destacam da PSR. São variabilidades do trabalho que exigem maior precisão e imediatismo nas buscas ativas e abordagens, mas também mais receio e cautela.

“*não é a mesma coisa que o pessoal da Atenção Básica que sabe onde é que está aquela residência e no outro dia ele pode encontrar. A gente que tem morador de rua não pode chegar no outro dia, talvez ele não esteja no local*” (Sujeito 1).

“*Quando você passa pra outros territórios que você não conhece fica complicado... busca ativa não se faz dentro de favela... Quando você sai atirando feito doido, o negócio*

é complicado. O usuário de drogas tem medo de tudo, tem medo da cabuetagem” (Sujeito 4).

Os trabalhadores relatam desconforto de realizar a busca ativa em localidades para além das que já são consolidadas. Segundo eles, muitos dos usuários têm envolvimento com o tráfico de drogas e buscar e abordar esses usuários em suas comunidades pode pôr em risco tanto a credibilidade da atuação da eCR, quanto a vida dos trabalhadores, caso haja suspeição de denúncia de alguma atividade ilegal. Albuquerque (2014), indica que a situação de rua é por si, uma situação de vulnerabilidade social e a própria atuação da eCR já contém suas próprias vulnerabilidades por ser “extitucional”, ou seja, estar de fora da lógica de um sistema pautado pela segurança das instituições normatizadas.

Os trabalhadores consideram que o “melhor momento” da eCR era quando eles estabeleciam um “ponto fixo” numa praça ou numa feira, onde já eram reconhecidos pela população ao redor e tinham mais sensação de segurança. Com o ponto fixo, a eCR conseguia estabelecer vínculos diretos e constantes e referenciar os usuários aos cuidados da rede.

“A gente tinha um ponto fixo que era fantástico, que era a feira, principalmente à noite, lá era o ninho [da população em situação de rua]” (Sujeito 4).

“Chegava lá e verificava pressão, olhava se precisava de um curativo. Nossos usuários sempre foram muito bem atendidos assim” (Sujeito 1).

“A busca ativa é importante também, mas quando tinha o ponto fixo, a gente fortalecia mais aquele vínculo porque se fulano de tal tinha sofrido uma facada “tia, eu posso vim aqui fazer o curativo? Porque lá no posto eles não querem porque eu tô sem o cartão SUS” (Sujeito 3).

Atualmente, a eCR vem se envolvendo em tensionamentos com a gestão municipal relacionados ao cumprimento das prescrições. Os trabalhadores se recusam a cumprir a burocracia do SUS e a participar de ações articuladas com a rede de saúde, como o Programa Saúde na Escola e quaisquer outros eventos que atendam a interesses que julguem como destoantes dos objetivos do Consultório na Rua.

“Querem que a gente trabalhe com quantidade. A gente tem que trabalhar com o que a gente tem, que é a pessoa em situação de rua. E ter resolução, espaço, uma rede articulada e resolver. Não querer que a gente bote no papel, fazer cartão SUS, arrumar cadastro” (Sujeito 2).

“O consultório na rua nem está mais na atenção básica, nem está na rua e mudando todo o contexto pra trabalhar no local, fechado e murado. A gente sai da rua pra trabalhar na escola, tá deixando o nosso público-alvo” (Sujeito 4).

A forma de organizar o trabalho e pautar o planejamento das intervenções por vezes desvia das políticas públicas vigentes, muitas vezes divergindo da lógica conceitual e propositiva da redução de danos. É neste ponto que se pode perceber que a realidade da atividade de trabalho mais se distancia da prescrição. Dejours (2012c) compreende a liberdade criativa do sujeito é acionada para quando encontra alguma inconsistência das prescrições com a realidade da situação de trabalho. Para alcançar a qualidade e a eficiência, o coletivo de trabalho chega a consenso para a criação de novas regras de trabalho.

Os trabalhadores da eCR, por um lado, são enfáticos em afirmar que não consideram as experiências sobre redução de danos praticadas em outras regiões como válidas para serem consideradas por esta equipe. Por outro lado, não excluem todas as estratégias de redução de danos, mas limitam-nas ao aconselhamento.

“Não há necessidade [de Redução de Danos], porque aqui não há aquela cracolândia. aquele mói de povo. Tem pontual... A gente não vai ter toda vez a água, toda vez o equipamento. É mais fácil a gente indicar “procura!”” (Sujeito 4).

“A gente orienta “olha, você tem que fazer mais isso, se alimentar melhor. Não faça só o uso” ... pra distribuir cachimbo, seringa, a gente não vai fazer isso” (Sujeito 1).

A compreensão sobre a lógica da redução de danos se mostra focada em apenas alguns aspectos do que de fato seria a política, e as estratégias para inseri-las são rejeitadas pela equipe. Como vimos acima, o trabalho real, para Dejours (2012b), também é a resistência ao saber-fazer, à habilidade técnica e ao conhecimento.

A eCR tem se preocupado com o recolhimento voluntário dos usuários para o albergue do Centro POP ou para alguma comunidade terapêutica. A PSR, por sua vez, busca isto da eCR quando sente a necessidade ou o desejo de proteção e interrupção do consumo de substâncias. Logo, devido a escassa oferta de leitos para abrigá-los, criam-se tensões com os usuários e com a própria rede.

“O cara quer sair da rua. Eu prometi, porque disseram a mim que eu podia levar. “eu to batalhando pra você”... Da outra vez eu olho pro cara, ele olha pra mim? Baixa a cabeça. Quando a gente vai convencer de novo “vocês só têm lero, é só migué”. A gente fica desacreditado. E pode acontecer como Fulano, que quase me pega lá na feira.” (Sujeito 4).

“a gente não vê diretamente um local onde a gente pegue o indivíduo e vá levar e vai ser atendido imediatamente. Não vai! Tem que ter convencimento, muita conversa, ou ameaças, pra poder atender aquela pessoa” (Sujeito 1).

“*vamos tudo tentar, ver com quem a gente conhece*” e aí, “*se a gente não conseguir vaga, a gente vai pra imprensa, ou pra ministério público, mas esse homem não vai pra calçada não*” (Sujeito 2).

Não foram encontrados relatos em outras pesquisas de que o encaminhamento de pessoas em situação de rua para internamento voluntário seja atribuição de uma eCR. Tampouco, está prescrita na portaria 122/2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR (Brasil, 2012) ou no Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (Trino e Rodriguez, 2012).

Além de não ser uma prática usual das eCR, o encaminhamento para comunidades terapêuticas tem sido questionado pelo Conselho Federal de Psicologia (2018), por estas instituições frequentemente praticarem violações aos direitos humanos que variam do isolamento social e familiar, ao uso da força como instrumento de repressão e privação de liberdades física, religiosa e sexual, reeditando uma prática asilar e manicomial travestida de moralismos como o combate às drogas e higienização das ruas, como afirma Pitta (2016).

Corpropriação do trabalho

Segundo Dejours (2012b) “o conhecimento efetivado pelo corpo é de extrema sutileza e demanda a mobilização do corpo subjetivo por inteiro, que opera aqui como apalpação do mundo”. O autor denomina este fenômeno de “corpropriação do mundo”, que se ilustra na presença do outro, ou seja, somente *a posteriori*, com o contato com o paciente/usuário e sua experiência profissional, a sutileza, oriunda da intuição do trabalhador encontra uma fórmula, uma astúcia para ser utilizada na adversidade do trabalho.

Então, diante da precariedade da falta de insumos básicos para intervir, promover saúde e prevenir doenças, resta à eCR a inventividade e a engenhosidade para utilização de ferramentas

leves de cuidado, como a escuta, o acolhimento e o vínculo. Usam o corpo através da postura e da linguagem simples e de fácil compreensão para execução do trabalho e para estabelecer uma conexão com o usuário vinculando-o às políticas públicas de saúde.

“A linguagem tem que ser flexível. A gente não vai colocar uma palavra bem difícil pro camarada não saber. Tem que ser direto com a linguagem adequada” (Sujeito 4).

“A gente tem que escutar muito. É uma coisa que tem que ser continuada. Eles mentem muito pra gente porque eles passaram por muitas coisas que são fora da lei, de regras. Se ele começa a ter confiança no atendimento, eles vão passar” (Sujeito 1).

Destacam que para conquistar um vínculo com um usuário, exige-se ainda uma postura de valorização do usuário, o que serve como estratégia de acolhimento e também para contenção de desvios provavelmente indesejados.

“A gente precisa criar o vínculo com esse usuário, ter todo um cuidado de chegar e se aproximar e poder aos poucos conquistar aquela pessoa” (Sujeito 2).

“O profissional que trabalha diferente, trabalha com a ferramenta do elogio. Dizer parabéns, eleva tua autoestima. Aí o usuário quer dar um vacilo, mas não dá, pra não decepcionar as outras pessoas” (Sujeito 4).

As práticas de cuidado em saúde que esta eCR utiliza como as ferramentas leves de saúde, o acolhimento dos usuários em suas demandas, a construção de vínculos e a escuta qualificada para promoverem ações potentes estão coerentes com o que é visto na literatura recente sobre as equipes de Consultório na Rua. Para Abib (2014), tais práticas de cuidado despontam como resistência e enfrentamento às ações fascistas do campo da saúde que impedem o acesso da PSR; Engstrom & Teixeira (2016) entendem que através destas práticas se pode prover um cuidado integral à PSR; Jorge & Corradi-Webster (2012) destacam que acolhimento,

aceitação e construção de vínculos são essenciais para o sucesso do trabalho; Louzada (2015) percebe que o cuidado ultrapassa a relação profissional-usuário, e se insere num contexto clínico e político de uma clínica ampliada; para Silva, Cruz & Vargas (2015) a escuta qualificada demarca um rompimento com uma lógica prescritiva da saúde.

Coletivo no processo de trabalho

Ao longo dos anos, esta eCR desenvolveu regras de trabalho que, apesar de algumas se configurarem como transgressões às prescrições, são coletivamente legitimadas, apesar de toda uma arbitragem contrária. Esta coesão interna fortalece as relações entre os membros, promovendo-lhes um suporte emocional para seguir trabalhando. Logo, o coletivo de trabalho na eCR se mostra sólido para enfrentar as variabilidades ocasionadas pela organização do trabalho.

Neste coletivo de trabalho, a partir dos discursos de cada um dos membros, percebe-se que há uma colaboração na divisão de tarefas e cooperação com a complexidade da cena do atendimento, como é possível perceber nas falas abaixo:

“Às vezes eu até me esqueço o que eu sou [psicóloga]. Quando a técnica de enfermagem não está, eu afiro pressão, noto nome, escuto” (Sujeito 2).

“A gente é uma unidade. O foco é todo mundo junto pela mesma causa. Eu sou intrometida, me meto no [trabalho] da técnica de enfermagem e no [trabalho] de todo mundo” (Sujeito 1).

“A psicóloga verifica a pressão. A auxiliar da técnica de enfermagem é a assistente social, que bota a máscara, as luvas e diz “joga aqui e faz isso”. O motorista liga o farol do carro. Eu fico olhando a retaguarda. Às vezes chegam uns beditos, quando menos se espera, já estou fazendo um atendimento” (Sujeito 4).

Segundo Dejours (2012c, p. 80), “a cooperação entre colega pressupõe, antes de tudo, que cada trabalhador compreenda como os outros, os seus colegas trabalham”. Em outras palavras, o autor entende que para que haja a relação de cooperação precisa-se deixar claro como o outro respeita as regras de trabalho e também como se afasta delas. Nesse sentido, “as modalidades de trabalho singulares são objeto de um confronto, de uma comparação, de uma discussão coletiva que permite a escolha daquelas mais aceitáveis” (Dejours, 2012c, p. 38). Logo, o trabalho coletivo só é trabalho de cooperação porque acontece ao nível do trabalho efetivo a partir de deliberações e discussões consensuais, pautadas sobre o real da atividade.

A transversalidade das tarefas na eCR, explicita, então a confiança que um sujeito tem em seu colega, pois atribui que ele está apropriado do seu *modus operandi* e é capaz de auxiliá-lo ou substituí-lo, quando necessário. Para Dejours (2012c), a confiança e a lealdade são indissociáveis nas relações do coletivo, visto que “as ligações entre os indivíduos são fundadas na experiência dividida do real do trabalho” (p. 95) e são regradas pelas normas de convivência comuns também fora do ambiente de trabalho.

Em suma, as relações entre o coletivo de trabalho são essenciais para compreender as facetas da atividade. Os trabalhadores desta eCR estabilizaram regras de trabalho, para que nenhum par estranhe a atuação do outro, logo, a transversalidade na execução da tarefa só foi possível após muita vivência de trabalho, com dedicação de esforços e superação de constrangimentos. Estas relações expressam civilidades e afetos que irão balizar as intervenções junto a PSR. No entanto, as relações coletivas têm sido pouco debatidas na literatura recente sobre a eCR, no levantamento do estado da arte, o coletivo de trabalhadores é secundarizado, havendo mais preocupação com as práticas de cuidado e com as condições materiais de trabalho.

Relação sujeito – organização do trabalho

Exercer a profissão com más condições de trabalho, como depreciação ou falta de fardamento e de veículo próprio que os identifique como instituição à população em geral, diminuição ou inexistência dos insumos para realizar procedimentos como curativos e aferição de pressão arterial causam transtornos e precarizações que já são rotineiras na eCR.

“A gente não pode fazer o trabalho da gente. Uma busca-ativa num lugar mais distante a gente não vai fazer porque não tem combustível, e porque depois ele [o motorista] vai deixar a gente em casa, se não a gente fica no meio do caminho. A kombi às vezes vem quebrada. Não temos um carro adesivado... Camisetas a gente não tem. As que a gente tinha estão totalmente surradas, velhas” (Sujeito 1).

A precarização do trabalho por falta de insumos básicos para prevenção e promoção de saúde e a falta de esforços da gestão em amenizar essa situação também é vista em outros estudos (Engstrom & Teixeira, 2016; Lima & Seidl, 2015; e Louzada, 2015). A precarização remete à situação de miséria e marginalização que vivem as PSR.

“Eles deixaram a gente de acordo com o público-alvo. “Eles trabalham com a população de rua, não precisam de nada não. Eles trabalham com a escória da vida”. A gente precisa de material, de uma qualidade de vida pra ter coragem pra gente chegar perto do público e oferecer o melhor pra eles... Eu me sinto carente, eu estou na rua. Eu estou igual aos moradores de rua em todos os sentidos” (Sujeito 2).

Alguns estudos lembram como ocorre essa marginalização. Abib (2014) diz que o usuário de drogas e moradores de rua são tratados como o anormal contemporâneo. Halais & Barros (2015) entende que essa população é invisível aos serviços de saúde. Lima & Seidl (2015) apontam para a não aceitação da sociedade civil e para a violência da polícia, por fim, Albuquerque (2014) denuncia que as vulnerabilidades da eCR estarão relacionadas também às

vulnerabilidades da PSR. Quando o Sujeito 2 diz “*eu me sinto carente, eu estou na rua*”, suas aflições corroboram com as invisibilidades e vulnerabilidades e com a marginalização (“*escória da vida*”) identificadas nos estudos acima descritos, mas, neste caso, com o julgamento comprometido atribuído pela organização do trabalho por não se dedicarem em fornecer à eCR as condições de trabalho e apoio adequadas para exercer a atividade.

A rivalidade fomentada entre os técnicos da eCR e a organização do trabalho também se dá pelo distanciamento dos gestores municipais com o trabalho efetivo do Consultório na Rua. Tão logo, a autoridade das arbitragens é questionada de modo aos trabalhadores entenderem que a gestão desconhece as competências do programa. Dejours (2012c) diz que a autoridade que não escuta seus subordinados não é legitimada por eles e, inversamente, não gera nos subordinados o sentimento de reconhecimento pelo trabalho, pois não há conhecimento para ser reconhecido. Logo, toda arbitragem que há de vir, será considerada afrontosa e criam-se relações de animosidade entre as partes.

“Se eu for vomitar tudo aquilo, no outro dia eu estou fora. Eu vejo profissional de mão cheia ser perseguido” (Sujeito 4).

“Se a gente quisesse ir atrás da justiça por assédio moral em alguns momentos, porque nós fomos vítimas” (Sujeito 1).

“Muitas vezes quando o pessoal de fora vem [estagiários e pesquisadores], já é feito a gente como bicho papão” (Sujeito 2).

De acordo com Dejours (2012), o trabalhador costuma dedicar muita energia, paixão e investimento pessoal em seu trabalho, logo, é justo que toda sua contribuição ao trabalho mereça uma retribuição em forma de reconhecimento. Se isto não ocorre, acarreta o risco de um

sofrimento patogênico à saúde mental, provocando a desestabilização do referencial em que o trabalhador apoia sua identidade.

Sufrimento e defesa no trabalho

Com tantos constrangimentos, os afetos relacionados ao trabalho ganharam proporção e o sofrimento gerado está levando alguns trabalhadores da eCR a um limiar de adoecimento psíquico e à desesperança de estabilidade organizacional ou melhoria na organização e nas condições de trabalho.

“Eu estou me sentindo péssima. Eu sou muito de brincar, levo na brincadeira pra não me estressar de verdade. Disse ontem que ia pegar uma peixeira e sair assim, rasgando na mesa, de raiva” (Sujeito 2).

“Todo tipo de sentimento que você possa imaginar. Muita angústia, às vezes é uma sensação de estresse, depressão. Isso faz com que a gente adoença” (Sujeito 1).

“Vai chegar um ponto da gente se perguntar “eu estou fazendo o quê aqui?”. A gente pode até querer fazer e resolver, mas vai ser muito pouco. A qualidade desse serviço vai ser mínima” (Sujeito 2).

O sofrimento está presente nas vivências dos trabalhadores em relação ao trabalho. A organização de trabalho está configurada de modo a não favorecer as vivências de prazer e reconhecimento, em virtude disso, os trabalhadores precisam se esforçar para manter a normalidade enigmática. Por isso, alguns têm pensado em desistir, pedir transferência para outro setor. O fracasso do trabalho processa sofrimento patogênico e os membros da eCR não encontram mais soluções que sejam favoráveis para retornar à normalidade, ou seja, um equilíbrio entre o constrangimento e suas defesas psíquicas.

Contudo, os trabalhadores conseguem produzir estratégias de defesa que os fazem resistir ao sofrimento, seja através de brincadeiras durante a convivência com os colegas, ou da identificação com o trabalho ou o reconhecimento através do *feedback* de sua clientela.

“O que eu faço pra tirar essa angustia é brincar. Eu sou a palhaça do grupo. É a forma que eu tenho de ficar animada, senão a gente morre de tédio. Se a gente for chorar as lamentações a gente não sai de casa, a gente não vai pra rua” (Sujeito 2).

“Foi um presente trabalhar no Consultório na Rua... eu sempre gostei de estar com a população na rua. É um prazer quando a gente pode fazer alguma coisa” (Sujeito 1).

“Ela viu na gente uma mamãe, viu um olhar diferente. Isso ela transmite na forma de afeto. A gente passa por todos esses momentos de salário, de cobrança, de vida, mas temos momentos bons também” (Sujeito 3).

Segundo Dejours (2012c) são as relações do coletivo, dos pares, que promovem o reconhecimento, seja social, ou simplesmente, por uma atividade bem realizada, que equilibrará a balança da normalidade e permitirá aos trabalhadores resistir aos constrangimentos da organização do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, avançamos em discussões sobre consideráveis resistências em seguir a prescrição do trabalho, principalmente em três pontos: seguir a política de redução de danos preconizada pelo Ministério da Saúde, em troca de priorizar ações de caráter higienista; realizar registro de atendimentos, mapeamento e cadastramento da PSR e; participação em atividades e eventos determinados previamente pela organização do trabalho. Os motivos de renunciar à realização dessas atividades está relacionado à compreensão de que estas atribuições ou

impedem a melhor assistência ao usuário, ou fogem dos objetivos do programa. Desta maneira, os profissionais avaliam que há um desgaste com a gestão em função dessas diferentes compreensões acerca das atribuições do Consultório de Rua.

Contudo, apresentamos a noção de “corpropriação do trabalho” e como a inteligência inventiva dos trabalhadores da eCR possibilitam a execução de abordagens mais acolhedoras e promotoras de ações potentes. Também trouxemos uma abordagem sobre o coletivo de trabalho que tem sido ignorado pelos estudos anteriores. Revelamos que a cooperação na atividade explicita uma transversalidade nas tarefas, que só é possível quando os trabalhadores estabilizam a confiança e a lealdade entre seus pares, e permitem deixar conhecer seus modos operatórios, construindo regras de trabalho para que auxiliem e até substituam seus colegas em algum momento de necessidade e sendo essencial na sustentação do coletivo.

Por fim, o sofrimento e o adoecimento mental também foram abordados e revelado que estão presentes ou iminentes para os trabalhadores, com relatos de desistência ou de tentativas de não sucumbir e tem origem na conturbada relação com a organização do trabalho. Ainda assim, o coletivo consegue persistir, encontrando estratégias de reduzir o sofrimento embasadas nas relações entre pares, que é fortificada com a coesão e consenso nas tomadas de decisão.

Este artigo tratou de discutir sobre a atividade de trabalho de uma equipe de Consultório na Rua, contemplando os aspectos da inteligência inventiva, das relações coletivas de cooperação entre os membros e dos constrangimentos com a organização do trabalho, visto que a literatura sobre o programa se foca substancialmente na instituição e nas práticas de cuidado relacionadas às políticas públicas. A principal contribuição está em dar visibilidade a este serviço, para que haja uma valorização da política e dos trabalhadores que nela atuam, principalmente neste

cenário de mudança de narrativa política sobre as pessoas em situação de rua e que usam de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

- Abib, L.T. (2014). *Crônicas urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 150 páginas.
- Albuquerque, S.C. (2014). *Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua*. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 167 páginas.
- Brasil (2005). *Portaria n° 1.028, 1° de julho de 2005*. Ministério da Saúde. Brasil. Brasília.
- Brasil (2012). *Portaria n°122, 25 de janeiro de 2012*. Ministério da Saúde. Brasil. Brasília.
- Candiani, C. (2012). Os problemas clínicos mais comuns junto à população em situação de rua. In: *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. P. 57-80.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Ministério Público Federal. Brasília. 172 páginas.
- Dejours, C. (1993). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S. & Sznelwar, L.I. (orgs.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 3ª ed. Brasília: Paralelo 15 / Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 125-150
- Dejours, C. (2008). A avaliação do trabalho submetida à prova do real / Christophe Dejours. Sznelwar, L.I. & Mascia, F.L. (orgs). *Cadernos de TTO*, 2. São Paulo: Blucher. 125 páginas.

- Dejours, C. (2012). *A banalização da injustiça social*. 7ªed. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas. 160 páginas.
- Dejours, C. (2012b). *Trabalho Vivo: sexualidade e trabalho*. Tomo I. Brasília: Paralelo 15. 216 páginas.
- Dejours, C. (2012c). *Trabalho Vivo: trabalho e emancipação*. Tomo II. Brasília: Paralelo 15. 222 páginas.
- Engstrom, E.M & Teixeira, M.B. (2016). Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n°6. p.1839-1848.
- Folha de São Paulo (2019). Em dois anos, SP vê salto de 66% de pessoas abordadas vivendo nas ruas. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/em-dois-anos-sp-ve-salto-de-66-de-pessoas-abordadas-nas-ruas.shtml>.
- Freire, P. (2007). Pacientes impacientes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. p. 32-45.
- Hallais, J.A.S. & Barros, N.F. (2015) Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n°7, Rio de Janeiro, p.1497-1504.
- Jorge, J.S & Corradi-Webster, C.M. (2012) Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. In: *Saúde & Transformação Social*, v.3, n.1, Florianópolis, p.39-48.
- Laville, C. & Dionne, J (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Tradução: Monteiro, H. & Settineri, F. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMQ. 342 páginas

- Lima, H.S. & Seidl, E.M.F. (2015). Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. In: *Psicologia em Estudo*, v.20, n°1. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287142227007>
- Londero, M.F.P.; Ceccim, R.B. & Bilibio, L.F.S. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. In: *Interface*, Botucatu, p. 973-982.
- Louzada, L.O. (2015). Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 129 páginas.
- Merhy, E.E., (2004). *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.
- Natalino, M.A.C. (2016). Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Brasília. 36 páginas.
- Passos, E.H, Souza, T.P (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. In: *Psicologia e Sociedade*. v.23, n°01. Rio de Janeiro. P. 153-162.
- Petuco, D.R.S., (2014) Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger, T. & Silva, M. (orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. 1ed, porto Alegre: Rede Unida, p. 133-148.
- Petuco, D.R.S. & Medeiros, R. G. (2009) Redução de danos: dispositivo da reforma?
Recuperado em 01 de setembro de 2017, de
http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31.

- Pitta, A.M.F (2016) *O respeito aos direitos humanos no cuidado à saúde mental e no uso nocivo de substâncias psicoativas*. In: Velôso, T.M.G. & Eulálio, M.C. (orgs.). *Saúde Mental: saberes e fazeres*. Campina Grande: Eduepb, p.67-76.
- Silva, C.C., Cruz, M.M., Vargas, E.P., (2015). *Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua*. In: *Saúde Debate*, vol. 39, Rio de Janeiro, p. 246-256.
- Trino, A. & Rodriguez, R.B. (2012). *Atribuições da equipe multiprofissional*. In: *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. p. 46-50.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos ao longo deste trabalho, as políticas sociais para atenção integral à população em situação de rua, apesar de um período de construção relativamente considerável, vieram se efetivar apenas nos últimos oito anos. Um pouco tardio quando compreendido que a pauperização nas ruas, praças e viadutos datam algumas décadas atrás.

A falta de celeridade do Estado em produzir políticas de contenção do avanço da miséria estruturou a desigualdade social no Brasil e naturalizou as cenas de favelização dos espaços urbanos, como famílias subsistindo em abrigos feitos de papelão, de carcaça de geladeira, tapumes e outros entulhos de construção. As pessoas em situação de rua passaram a vagar pelas vias públicas mendigando em comércios, casas ou semáforos, ou fazendo malabares, limpando parabrisas, vendendo guloseimas, etc., em busca de trocados. Muitos passaram a ser flagrados sob uso ou efeito de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas e a ser confrontados pela polícia. Cenas de assaltos e furtos também não foram incomuns.

A sociedade civil já tinha elaborado suas representações sobre a população em situação de rua com estigmas e preconceitos de marginais, drogados, perigosos, ralé, vagabundos, quando as redes de saúde e assistência social começaram a encarar com maior seriedade a necessidade de incluir em suas metas de acesso os desassistidos e desprovido de moradia e de laços sociais e familiares. Diante disso, novos desafios despontaram para os trabalhadores que foram selecionados para a missão de reparar tais injustiças sociais.

Os primeiros dizem respeito aos seus próprios valores, uma vez que muitos traziam consigo os estigmas e preconceitos de uma sociedade racista e elitista. É o que é apontado no artigo “Trabalhadores Invisíveis”, quando os técnicos do Programa Ruanda disseram que antes

tinham “medo” ou julgavam que seriam “assaltados”, e que estar em situação de rua era “uma opção”. Essas compreensões foram sendo ressignificadas ao longo do tempo e do trabalho direto com a população em situação de rua, e o medo deu lugar ao afeto quando perceberam que pessoas em situação de rua “eram carinhosos e bem carentes” e o trabalho passou a significar “uma garantia de direitos”. No artigo “Eu estou na rua”, essas representações não aparecem porque a maioria dos entrevistados da eCR já fazia parte da rede de saúde, trabalhando em CAPS AD, ou receberam previamente formação em políticas de drogas. Contudo, aparece tal representação quando os trabalhadores falam acerca da visão da sociedade acerca da PSR e da própria política pública no sentido ainda de higienização.

No entanto, ambas as equipes convergem para uma problemática: a aproximação dos estereótipos da população em situação de rua com os trabalhadores e a frequente ingerência de setores externos, seja da gestão municipal, seja da sociedade civil, nas competências que seriam próprias do coletivo de trabalhadores. Os técnicos do Ruanda acreditam que seu serviço não é valorizado pela gestão municipal, que há cobranças excessivas para gerar resultados que justifiquem a viabilidade do programa, enquanto sofrem desprezo por outros órgãos da secretaria de assistência social e rechaço da sociedade civil e veem o trabalho se precarizar em quantitativo de recursos humanos. Eles se sentem “tão invisível quanto a população que atendo” ou são compreendidos pela sociedade civil como “limpadores de paisagem”, apesar de afirmarem que “não é nosso papel”. Já os trabalhadores da eCR estão com relações bem desgastadas com a gestão municipal devido à precarização da atividade, que não conta com veículo próprio, fardamento e insumos adequados para as buscas ativas e intervenções, somado aos atrasos de pagamento de vencimento e gratificações. Os técnicos sentem que a organização do trabalho os deixou “igual aos moradores de rua”. Esse contexto de desfavorecimentos agravou a

legitimidade que os técnicos deveriam atribuir à organização do trabalho, e com o distanciamento das tomadas de decisão, às arbitragens dos superiores são consideradas afrontosas, gerando animosidade no grupo.

Estas tensões que são fomentadas, tanto com a organização do trabalho, quanto com a sociedade civil tem implicações diretas nas expectativas de reconhecimento dos trabalhadores de ambos os serviços. A Psicodinâmica do Trabalho compreende que o trabalhador necessita ter seu trabalho avaliado e aprovado em julgamento de utilidade pela sociedade beneficiada, e julgamento de beleza pelos que tem apropriação técnica dos modos operatórios. Quando não há o retorno almejado e os constrangimentos se tornam a tendência, há riscos de se intensificar um sofrimento patogênico. É o que vem ocorrendo para esses trabalhadores.

Contudo, a Psicodinâmica também compreende que o trabalhador é ativo em seu processo de trabalho. O trabalhador é capaz de criar e inventar soluções e transformar o sofrimento em defesas para seu psiquismo. Tanto no estudo feito com os trabalhadores do Ruanda, quanto no realizado com os trabalhadores da equipe de Consultório na Rua, eles trazem que são alimentados psicologicamente por afetos com a população em situação de rua que lhes dão mais significação para continuar trabalhando, como quando veem “a felicidade que eles ficam?”, os trabalhadores podem dizer “eu me realizo” e “eu sempre gostei de estar com a população na rua”.

Os trabalhadores elaboram coletivamente seu próprio julgamento de utilidade quando compreendem que “eu sou capaz de ajudar aquela pessoa”, ou “nós conseguimos alguma coisa” e se tornam um referencial para os usuários “ela viu na gente uma mamãe, viu um olhar diferente”. Por fim, os grupos também se fortalecem contra o sofrimento através das relações entre os pares. Trabalhar é viver junto várias horas por semana e exige a aplicação de regras de

convivência e de sociabilidades como em qualquer outra situação de vida. Quando uma trabalhadora diz “eu sou a palhaça do grupo”, ou “parece que cada um da gente trabalha há 20 anos” revela-se que uma estratégia de defesa e a cooperação no ambiente de trabalho possibilitam relações humanas equilibradoras das tensões e constrangimentos provocados pela organização do trabalho.

As tarefas desempenhadas por ambas as equipes apresentam convergências e diferenças. Sucintamente, ambas tem como base as estratégias de redução de danos como orientadoras das ações, portanto, convergem quando consideramos que são serviços que trabalham na atenção integral à população de rua, realizando busca ativa, abordagens e atendimento *in loco* a tal público se munindo de ferramentas leves, como observação, vínculo, escuta e acolhimento. Estas ferramentas são potentes de transformação social e de melhoria da qualidade de vida dos usuários, como já visto na bibliografia. Apesar disso, as atividades de cada grupo são sensivelmente singulares. A eCR está no campo da saúde e fica encarregada de prestar serviços de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, está articulada com a rede de saúde municipal e se compromete em buscar albergamento dos usuários, mesmo que haja limitações de vagas. Enquanto o Programa Ruanda se depara com situações distintas, como trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes e mendicância e realizam ações independentes ou integradas com demais serviços da assistência social do município.

A inteligência astuciosa é bastante exigida nesse tipo de atividade, pois as variabilidades e imprevistos são muito frequentes durante as intervenções com a população em situação de rua. Como o trabalho é essencialmente executado através da linguagem corporal, a corpropriação do trabalho é necessária para realizar escutas, proferir falas, tocar e abraçar os usuários, acelerar e desacelerar seu próprio ritmo e sentir o outro. Tanto o Programa Ruanda, quanto a equipe de

Consultório na Rua descobrem maneiras e inventam artimanhas para alcançar seus objetivos quando estão confrontados com a realidade da situação de trabalho.

A atenção à população em situação de rua nunca foi destaque nas políticas sociais e não ganhou visibilidade abrangente como outras propostas. Também nunca ficaram esclarecidos para a sociedade civil quais seriam os objetivos e metas, bem como a proposta de enfrentamento das desigualdades sociais para a população em situação de rua. Esta negligência política impossibilitou que a sociedade também transformasse as representações sobre a população em situação de rua, principalmente os usuários de substâncias psicoativa. Não é à toa, quando o Brasil começou a apresentar uma guinada conservadora, os primeiros a sofrer na pele foram as pessoas em situação de rua, sendo perseguidos por agentes do Estado para internações compulsórias em instituições asilares e não referenciadas pelos órgãos competentes, desconsiderando todo o longo trabalho dos serviços territoriais de atenção integral e de caráter democrático.

Devido às mudanças político-ideológicas na questão de drogas pretendidas pelo presidente Jair Bolsonaro, os serviços estudados nesta pesquisa poderão ser radicalmente transformados, ou até futuramente extintos, visto que o Decreto 9.671 de 11 de abril de 2019 (Brasil, 2019) exclui a redução de danos como a política norteadora para o atendimento à dependentes de substâncias e passa a considerar apenas intervenções focadas em promover abstinência. Já a Lei 13.840, de 05 de junho de 2019 (Brasil, 2019b), regulamenta a internação involuntária de dependentes químicos e inclui as comunidades terapêuticas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, podendo receber dinheiro de isenção fiscal de empresas. E por fim, o Decreto 9.831, de 10 de junho de 2019 (Brasil 2019c) desmontou o Sistema Nacional

de Prevenção e Combate à Tortura, o qual tinha como um dos objetivos, fiscalizar e combater as práticas de tortura em comunidades terapêuticas.

Com isso, o centro da política para a população em situação de rua tende a se deslocar do território, onde vivem os indivíduos, para instituições asilares que visam a abstinência e comumente são acusadas de violações de direitos humanos, como privação de liberdade física, religiosa e de expressão e práticas de tortura e de trabalho escravo (CFP, 2018). Tal deslocamento, por si só se configura em retrocessos imensuráveis aos direitos humanos para a população em situação de rua, como também pode abrir frestas jurídicas para as instituições aqui pesquisadas e seus trabalhadores se tornem, ou sejam substituídos, por agentes de caráter repressor que trocarão suas ferramentas de trabalho, democráticas e acolhedoras, por abordagens destinadas à cumprir exigências higienistas e recolhedoras, se tornando assim, os verdadeiros “limpadores de paisagem”.

É preciso esclarecer e socializar urgente a importância do trabalho dos programas de atenção integral a população em situação de rua, como recuperadores da saúde e provedores de inclusão social e de dignidade humana, para que as mudanças de legislação e regulamentação não destruam o que foi construído a duras penas e os trabalhadores, que um dia protegeram e cuidaram dos mais desassistidos, não se tornem seus carrascos e violadores.

REFERÊNCIAS

- Abib, L.T. (2014). Crônicas urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias. Dissertação (Mestrado) – *Universidade Federal do Rio Grande*. Rio Grande, 150 páginas.
- Albuquerque, S.C. (2014). Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 167 páginas.
- Barbosa, R.S., (2017). Programa Ruanda: desafios e possibilidades do serviço de abordagem em prol da proteção integral de crianças e adolescentes em situação de rua. In: Ferreira, L.F.G., Moura, L.L.D., França, M.H.O. & Araújo, M.M.B., (ORGS.). *Anais do IX Seminário Internacional De Direitos Humanos da UFPB: Desafios e perspectivas da democracia na américa latina*. João Pessoa: CCTA, p. 1968-1987.
- Brasil (2019). *Decreto 9.671 de 11 de abril de 2019*. Presidência da República. Brasil. Brasília.
- Brasil (2019b). Lei 13.840 de 05 de junho de 2019. Diário Oficial da União. Brasil. Brasília.
- Brasil (2019c). *Decreto 9.831, de 10 de junho de 2019*. Presidência da República. Brasil. Brasília.
- Brasil (2015). Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. *Câmara dos Deputados*. Brasília, 2ª edição.
- Brasil (2009). Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Casa Civil. *Presidência da República*.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Ministério Público Federal. Brasília. 172 páginas.

- Dejours, C. (1993) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Lancman, S. & Sznelwar, L.I. (orgs.) 3ª ed. Brasília: Paralelo 15 / Rio de Janeiro: Fiocruz. 512 páginas.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho Vivo: sexualidade e trabalho*. Tomo I. Brasília: Paralelo 15. 216 páginas.
- Engstrom, E.M & Teixeira, M.B. (2016). Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n°6. p.1839-1848.
- Hallais, J.A.S. & Barros, N.F. (2015) Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n°7, Rio de Janeiro, p.1497-1504.
- Jorge, J.S & Corradi-Webster, C.M. (2012) Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. In: *Saúde & Transformação Social*, v.3, n.1, Florianópolis, p.39-48.
- Kami, M.T.M. (2015). Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no consultório na rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico. Dissertação (mestrado). *Universidade Federal do Paraná*. Curitiba, 146 páginas.
- Kami, M.T.M; Larocca, L.M; Chaves, M.M.N; Lowen, I.M.V; Souza, V.M.P. & Goto, D.Y.N. (2016). Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. In: *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.20, n°03, Rio de Janeiro.
- Klaumann, A.R. (2016). *Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do Centro Pop de Rio do Sul/SC*. Recuperado em 29 de novembro de 2018, de <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>.

- Laville, C. & Dionne, J (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Tradução: Monteiro, H. & Settineri, F. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMQ. 342 páginas
- Lima, H.S. & Seidl, E.M.F. (2015). Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. In: *Psicologia em Estudo*, v.20, n°1. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287142227007>
- Lima, H.S. (2013). Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. Dissertação (mestrado). *Universidade de Brasília*. Brasília, 96 páginas.
- Londero, M.F.P.; Ceccim, R.B. & Bilibio, L.F.S. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. In: *Interface*, Botucatu, p. 973-982.
- Louzada, L.O. (2015). Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais. Dissertação (mestrado). *Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro. 129 páginas.
- Natalino, M.A.C. (2016). Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão*. Brasília. 36 páginas.
- Pacheco, M.E.A.G & Andrade, J.T. (2017). Concepções em redução de danos no projeto consultório de rua: práticas na saúde mental. In: *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, v.14, n°02, Florianópolis, p.57-74.
- Paim, J.S. & Almeida-Filho, N. (2014). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Editora Medbook.
- Passos, E.H. & Souza, T.P (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. In: *Psicologia e Sociedade*. v.23, n°01. Rio de Janeiro. P. 153-162.

Petuco, D.R.S. & Medeiros, R. G. (2009) *Redução de danos: dispositivo da reforma?*

Recuperado em 01 de setembro de 2017, de

http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31.

Pitta, A.M.F (2016) O respeito aos direitos humanos no cuidado à saúde mental e no uso nocivo de substâncias psicoativas. In: Velôso, T.M.G. & Eulálio, M.C. (orgs.). *Saúde Mental: saberes e fazeres*. Campina Grande: Eduepb, p.67-76.

Roos, C.M. (2014). “Se esta rua fosse minha...” caminhos rizomáticos de um Consultório na Rua. Tese (Doutorado). *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 109 páginas.

Santos, C.F. (2013). Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas. Monografia (especialização). *Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre. 26 páginas.

Silva, C.C., Cruz, M.M., Vargas, E.P., (2015). Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. In: *Saúde Debate*, vol. 39, Rio de Janeiro, p. 246-256.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “A atividade de trabalho nos serviços de atenção integral à população em situação de rua usuária de drogas”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “A atividade de trabalho nos serviços de atenção integral à população em situação de rua usuária de drogas” terá como objetivo geral analisar a atividade dos profissionais dos serviços de Consultório na Rua e do Programa Ruanda do município de Campina Grande – PB.

Os riscos serão mínimos e relacionados a desconfortos subjetivos em relação a discutir sobre o trabalho. Para efeito de minimização do desconforto, será ofertada escuta e acolhimento às falas e outras demandas de cada sujeito participante da pesquisa.

Os procedimentos de coleta de dados consistem na realização de 04 (quatro) grupos de discussão de duração mínima de 50 (cinquenta) minutos com as respectivas temáticas: 1) Trajetória profissional e a concepção anterior sobre a pessoa em situação de rua usuária de drogas; 2) A abordagem e o manejo com as pessoas em situação de rua usuárias de drogas; 3) Sabores e dissabores de trabalhar na rua com pessoas em situação de rua usuárias de drogas; 4) Coletividade e individualidade no trabalho: como eu me relaciono com meus colegas de trabalho?

Ao voluntário só caberá a autorização para grupo de discussão.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros

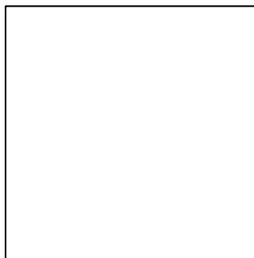
ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (81) 99404-0700 com José Ulisses do Nascimento
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

José Ulisses do Nascimento

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Impressão datiloscópica

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “A atividade de trabalho nos serviços de atenção integral à população em situação de rua usuária de drogas” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores José Ulisses do Nascimento e Dra Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Dra Thaís Augusta Máximo, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ___/___/___

Assinatura do participante da pesquisa

Jose Ulisses do Nascimento
Assinatura e carimbo do pesquisador responsável