UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

DANIELE CARMO QUEIROZ

O ofício dos profissionais do consultório de rua: Um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade

Salvador
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

DANIELE CARMO QUEIROZ

O ofício dos profissionais do consultório de rua: Um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva

Salvador
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio, convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citado a fonte.

Queiroz, Daniele Carmo
Q3 O ofício dos profissionais do consultório de rua: um estudo sobre a técnica, tecnologia e subjetividade / Daniele Carmo Queiroz. - 2015.
116 f.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Salvador, 2015

1. Psicologia Social. 2. Subjetividade. 3. Consultório de Rua. 4. Tecnologia de Saúde.
I. Silva, Marcus Vinícius de Oliveira, II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD 155.92

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO

TERMO DE APROVAÇÃO

"O OFÍCIO DOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO DE RUA: UM ESTUDO SOBRE A TÉCNICA, TECNOLOGIA E SUBJETIVIDADE"

Daniele Carmo Queiroz

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcus Vinicius de Oliveira Silva (orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.ª Dr.ª Kátia Maria Teixeira Santorum
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Prof.ª Dr.ª Mônica Lima de Jesus
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 13 de julho de 2015.

Dedico esse trabalho ao meu maior mestre, por vezes, meu guru, cujos ensinamentos levarei por toda a vida. Para você, Marcus Vinicius de Oliveira Silva (in memoriam), toda a minha gratidão!

AGRADECIMENTOS

Como anuncia Gonzaguinha, em Caminhos do Coração, “é tão bonito quando a gente entende que a gente é muita gente onde quer que a gente vá, e é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense estar”, assim, compreendo que nesse percurso nunca estive sozinha, a todas/os vocês o meu muito obrigada.

Ao meu Deus, protetor, zeloso e confortante, obrigada por me dar saúde, vida e coragem para prosseguir firme durante a caminhada, por me rodear de pessoas contagiantes e do bem para me dar suporte, atenção, carinho e amor.

Aos meus pais, Consuêlo Carmo e Carlindo Queiroz, por serem assertivos e afetuosos na medida certa, por me permitirem voar voos infinitos, mas nunca tirar os pés do chão, porque um pouco de lucidez também é preciso.

Ao meu amor Mariano, meu eterno companheiro, a minha vida cotidiana compartilhada, ao meu eterno corretor ortográfico, ao meu conforto e o meu abraço, meu acalento, marido dedicado e afetuoso, o meu eterno muito obrigada.

Aos meus irmãos, Júnior e Consuêlo, que seguem comigo saboreando as vitórias e as dificuldades com o mesmo entusiasmo que só uma irmandade possui.

Aos meus sobrinhos, Chico e Lipe, que trazem festa e alegria às nossas vidas, razão de existir de tia Dani, amo vocês.

À minha família, materna e paterna, especialmente os meus avós Dina, Norma e vô Del, obrigada por serem fortaleza, caráter, amor e inspiração.

A todos os tios e tias, especialmente à Tia Irica, minha eterna dinda, companheira para todas as horas, obrigada por sempre segurar as pontas e a todos os primos e primas, companheiros de infância, pela família compartilhada.

À minha família emprestada cearense, especialmente aos meus sogros, Cecy (*in memoriam)* querida, e Mariano, o meu dindo, que sempre estiveram na torcida e me acolhendo com carinho.

Ao meu orientador Marcus, eterna fonte de inspiração, meu bisturi a laser, voz ressonante na minha prática profissional, meu provocador formidável, o meu muito obrigada a todas as provocações, questões e sementinhas de curiosidade.

Às minhas professoras que mais do que mestres do ensino e formação profissional, marcaram para a vida, obrigada a Molije e Kátia por toda acolhida, afeto e carinho.

Às minhas essências, amigas eternas, Thi, Laura Guela, Cacá e Ninha, obrigada por todos os áudios e mensagens no whats, acompanhando de perto a minha aventura, obrigada por todos os risos e todo apoio, vocês foram por muitas vezes o meu fôlego, inspiração e força.

Aos meus amigos do Velha Jovem Guarda que não compreenderam as minhas ausências, as minhas faltas, que insistiram para que eu saísse, eu sei que vocês me amam.

A todos e todas do XIV plenário do Conselho Regional de Psicologia - 03, entre conselheiros e funcionários obrigada pela compreensão, pelo apoio, agradeço especialmente a Véu e Lili, companheiras de luta e de vida.

Á Nanda, com muito carinho, pelas horas de consultoria, por sentar comigo, por ler o meu trabalho, por se importar, por ouvir, por ter as melhores ideias, por ser você.

Aos meus colegas do POSPSI, especialmente os ingressantes 2013.1, por compartilharem das angústias e serem companheiros solidários e solícitos para o que der e vier.

Ao meu amigo Isael, do POSPSI para a vida, o meu eterno SUPEREU, super querido, super acolhedor e super amigo, obrigada por tudo.

[...] Desaprender 8 horas por dia ensina os princípios.

Desinventar objetos. O pente, por exemplo.
Dar ao pente funções de não pentear. Até que
ele fique à disposição de ser uma begônia. Ou
uma gravanha.
Usar algumas palavras que ainda não tenham
idioma.

Repetir repetir — até ficar diferente.
Repetir é um dom do estilo. [...]

Uma didática da invenção – Manoel de Barros

RESUMO

QUEIROZ, D. C. **O Ofício das Profissionais do Consultório de Rua: um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade.** 2015. 112f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

O Consultório de Rua emerge da necessidade de ofertar alternativas para a assistência a uma população jovem usuária de substâncias psicoativas em condições de vulnerabilidade social e em situação de risco nos espaços de rua por uma equipe técnica multiprofissional. Nesse contexto, a equipe assume grande relevância, visto que as ações se desdobram a partir da produção humana, através da atuação técnica das profissionais nos campos de trabalho e do uso da sua subjetividade como recurso instrumentalizado. A presente dissertação buscou investigar o *modus operandi* das profissionais do Consultório de Rua, de modo a compreender a relação entre o arcabouço teórico, técnico e pessoal com o seu fazer. As bases teóricas desse estudo relacionam-se com duas dimensões especificamente identificadas nesse trabalho como as tecnologias do Consultório de Rua, a saber: o conceito de agente/ trabalhador da saúde e a proposição de Merhy quanto às tecnologias de cuidado. Além dessas, considerando a natureza complexa do estudo, os modelos teóricos norteadores e a inovação da atividade desenvolvida no Consultório de Rua, optou-se por uma abordagem do tipo qualitativa inspirada, sobretudo no que tange as análises, nas contribuições da Clínica da Atividade postulada por Yves Clot. Foram entrevistadas seis profissionais do Consultório de Rua do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD) de Salvador, sendo duas enfermeiras, três psicólogas e uma assistente social, as quais cada uma delas possuía mais de seis meses de inserção. Os resultados estão organizados de modo a responder ao problema e aos objetivos de pesquisa, especialmente os achados relacionados ao *modus operandi* das profissionais, bem como ao contexto de trabalho e seu desenvolvimento. Dentre os achados destaca-se a falta de prescrições formais, regras oficiais e tarefas pré-estabelecidas no trabalho do Consultório de Rua. O tema da rua aparece ao longo das entrevistas tanto no que se refere às condições de trabalho implicadas aí quanto, principalmente, às situações extremas que se encontram os usuários em situação de rua, o que confronta cotidianamente as profissionais por seu lado técnico e, sobretudo, pessoal, impactando no seu modo de operar nesse contexto. Sobre a abordagem na rua, percebe-se que cada profissional percorre caminhos diversos em decorrência das suas profissões de origem, trajetórias (pessoais e profissionais) e de suas características pessoais identificadas como intersubjetivas. As profissionais estabelecem

relações diversas e diferentes entre si em cada território que atuam o que vai ser denominado nesse estudo de *mapas afetivo-descritivos*, evidenciando, dessa forma o modo como as profissionais circulam nos campos, no que se refere a sua abordagem, as suas predileções e afetos envolvidos. Os recursos tecnológicos utilizados pelas profissionais remetem principalmente as suas características intersubjetivas, as quais compreendem também uma dimensão técnica, evidenciando uma instrumentalização da subjetividade nesse contexto de trabalho.

Palavras-chave: 1. Psicologia Social. 2. Subjetividade. 3. Consultório de Rua. 4. Tecnologia de Saúde.

ABSTRACT

QUEIROZ, D. C. **The Office off Street Office Professionals: A Study on Technical, Technology and Subjectivity**. 2015. 112f. Master's dissertation. Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador. 2015

The Street Office emerges from a need to offer alternatives to the assistance of a young user population of psychoactive substances in socially vulnerable conditions and at risk in street spaces by a multidisciplinary technical team. In this context, the team takes great importance, since the actions unfold from human production, through technical performance of professionals in its fields and the use of their subjectivity as instrumental resource. This work aimed to investigate the *modus operandi* of the Street Office workers in order to understand the relationship between the theoretical framework, technical and personnel and its practice. The theoretical basis of this study relate to three dimensions specifically identified here as Street Office's technologies, namely the concept of agent / health worker, the theoretical construct about the work process and Merhy's proposition for the technologies of care. Considering the complex nature of the study, its guiding theoretical framework and the innovative activity developed in the Street Office, a qualitative approach was chosen inspired, especially regarding its analysis, by the contributions of Clinic of Activity postulated by Yves Clot. We interviewed six professionals from the Street Office Centre for Studies and Drug Abuse Therapy (CETAD) of Salvador, two nurses, three psychologists and a social worker, which each had more than six months of insertion. The results are arranged in order to respond to the problem and the research objectives, especially the findings related to the *modus operandi* of the professionals, as well as its working environment and development. Among the findings, it is highlighted the lack of formal prescriptions, official rules and pre-defined tasks in the work of the Street Office. The street theme is still recurrent either in what regards working conditions as well in the extremes situations faced by the users on the streets, what daily confronts the professionals either their technical side and, above all, personal, impacting on their way to operate in this context. On the matter of the approach on the street, it is conclusive that each professional travels different paths as a result of their original professions, trajectories (personal and professional) and subjective characteristics. Each professional establish different relationships with the Street Office acting territories, which will be called in this study of affective and descriptive maps, showing how the professionals circulate in the fields, their predilections and affections. Technological resources used by the

professionals refer mainly to subjective characteristics, which also comprise a technical dimension, showing a technical instrumentation of subjectivity in this work context.

1. Social Psychology . 2. Subjectivity . 3. Street Office . 4. Health Technology.

LISTAS DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARD-FC	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
CA	Clínica Ampliada
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CENTRO POP	Centro de Referência da População em Situação de Rua
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CR	Consultório de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAMEB	Faculdade de Medicina da Bahia
IPSI	Instituto de Psicologia
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
PPGPSI	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **15**

1 A EMERGÊNCIA DO CONSULTÓRIO DE RUA **21**

1.1 O fenômeno das drogas e seus efeitos "colaterais" 21
1.2 O Consultório de Rua como estratégia de cuidado 26
1.3 Consultório de Rua: uma breve revisão bibliográfica 32

AS TECNOLOGIAS DO CONSULTÓRIO DE RUA: AS BASES TEÓRICAS **39**

1.4 O Agente: a Tecnologia Primordial 39
1.5 As tecnologias de cuidado e o tema da técnica 42

2 PERCURSO METODOLÓGICO: POR UMA CLÍNICA DA ATIVIDADE **48**

2.1 Recorte Empírico: o Consultório de Rua do CETAD 51
2.2 As agentes do Ofício: caracterização das participantes 54
2.3 Instrumento de Pesquisa 57
2.4 Produção de Conhecimento Sobre o Trabalho 59
2.5 Análise de Dados 62

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO **63**

3.1 O Universo do Trabalho 63
3.2 A rua como morada e como espaço de trabalho 73
3.3 Sobre a Abordagem na Rua 76
3.4 Caixa de Ferramentas das Profissionais 85
3.5 As categorias profissionais 88
3.6 O Vínculo Primordial 91
3.7 Os Ossos do Ofício 93
3.8 O Medo como Recurso 94
3.9 Redução de Danos: uma Estratégia em Construção 96
3.10 A Clínica do Consultório de Rua 98

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS **100**

REFERÊNCIAS **107**

ANEXOS **112**

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho apresentado a seguir trata-se da dissertação de mestrado intitulada **O ofício dos profissionais do consultório de rua: Um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade** desenvolvida entre os anos de 2013 a 2015. Inicialmente, com relação ao título do trabalho, cabe esclarecer a respeito da escolha da palavra **ofício** no lugar do termo trabalho ou serviço, por exemplo. Desde o início do percurso do mestrado, a partir das revisões bibliográficas e outras leituras, eu suspeitava que o trabalho no Consultório de Rua, pela sua inovação e peculiaridade, tinha um caráter, no que concerne ao desenvolvimento do trabalho, semelhante ao que se produzia nas corporações de ofício na idade média que, ao contrário do que muitos acreditam, borbulhava de criações tecnológicas inovadoras. No entanto, sempre voltadas para o beneficiamento da prática, muito mais numa lógica do acerto-erro do que numa produção do conhecimento científico com métodos e procedimentos rígidos, tal como é no CR.

As semelhanças não param por aí. Na idade média, os trabalhos manuais (marceneiros, soldador, etc.) predominavam frente ao desenvolvimento do saber intelectual e do mundo das ideias. No trabalho do Consultório de Rua, as profissionais precisam "colocar a mão na massa" no que tange o manejo da arte dos gestos, dos cumprimentos e estratégias de abordagem e intervenção, bem mais voltadas às manualidades do que outros contextos de trabalho. A palavra ofício remete ainda a uma dimensão pré-profissional em que não estavam definidas as delimitações dos campos disciplinares e das especialidades o que caracteriza um saber mais empírico, mais prático. Persisti com o termo e percebo que é o que mais caracteriza esse trabalho, visto que se reinventa a cada dia através dos seus atores na relação dos usuários atendidos e com o próprio Consultório de Rua, recriando ferramentas, pessoas e lugares.

Feito esse longo, embora necessário, parêntese e antes mesmo de introduzir as discussões propriamente ditas dessa pesquisa, gostaria de regressar um pouco à minha trajetória acadêmica antecedente no sentido de ancorar os caminhos pelos quais percorri até chegar aqui. Retomo, assim, as experiências durante a minha graduação em Psicologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA) que foram tecendo um caminho pelo qual me espelho até hoje.

No ano de 2009, integrei o Programa de Estágio Permanecer SUS, através da Diretoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), que consistia em atuar nos Hospitais Gerais da cidade de Salvador. Essa experiência permitiu aproximação, pela primeira vez na minha formação, com as políticas de

saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a prática profissional nos Hospitais Gerais da cidade de Salvador. O Programa aproximava ainda estudantes de diferentes áreas da saúde, permitindo um trabalho multidirecionado para aqueles internados e os seus familiares. Compreender a rede, suas deficiências e potencialidades, refletir sobre a prática psicológica em Hospitais Gerais e me relacionar com estudantes de áreas diversas foram os principais legados dessa experiência salutar no contexto de emergência.

Em 2010, fiz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET -Saúde) o qual consistia na inserção de estudantes de diversas áreas da saúde em uma Unidade de Saúde da Família do Subúrbio Ferroviário de Salvador, realizando atividades diversas abordando o tema da violência. Nesse contexto, pude conhecer outro lado da rede de atenção, um modo de operar diferenciado no que concerne o trabalho em saúde, muito mais comunitário e territorial, voltado para a promoção da saúde o qual eu vislumbrava mais a atuação da psicologia. Pude compreender também que apesar de contextos totalmente diversos (USF e HGE), as suas práticas guardavam limites e potencialidades as quais demandavam do trabalhador também um modo de operar diversificado.

Ainda em 2010, ingressei no Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental (LEV) coordenado pelo então professor doutor Marcus Vinícius de Oliveira Silva como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/UFBA, sendo orientada pela professora doutora Mônica Lima de Jesus através do projeto "Transtorno Mental, Família e Reforma Psiquiátrica: dinâmicas subjetivas e tecnologias de cuidado", tendo submetido relatório final do plano de trabalho "Concepções e significados construídos pelos profissionais sobre a família de usuários de serviços substitutivos de saúde mental em Salvador".

Nessa inserção, pude materializar, através da investigação científica e produção intelectual, os impasses e embaraços, principalmente no que concerne a família, do ponto de vista do trabalhador de saúde mental. Ao fazer essa digressão, recordo-me que buscava na época, através da pesquisa e dos dados encontrados, denunciar as práticas profissionais no que tange os seus embaraços e incompetências. Hoje, percebo que o raciocínio intelectual e científico implica na relativização dos fenômenos e na sua compreensão mais ampliada.

A inserção no LEV ainda promoveu o contato com os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) o qual subsidiou o meu plano de trabalho no PIBIC à época. De modo formal, esse foi o meu primeiro contato com a temática o que me fez perceber que ainda era uma área com muitas lacunas. A assistência aos usuários de álcool,

crack e outras drogas ainda muito incipiente e precário, o que produzia na prática muitos impasses.

Numa disciplina optativa oferecida pela professora doutora Kátia Santorum denominada “Saúde Psicossocial e Trabalho”, ainda em 2010, vivenciei uma experiência, no campo da Psicologia do Trabalho, a qual produziu marcas que reverberaram, inclusive, no meu percurso no mestrado. Na ocasião, realizamos um trabalho intitulado “Conversações: um Diálogo Inconclusivo com uma Operadora de Caixa através da Clínica da Atividade”, sob a perspectiva da clínica da atividade proposta por Yves Clot, o qual implicava na gravação em vídeo de uma operadora de caixa de um minimercado e a sua confrontação a posteriori com o mesmo vídeo na presença das pesquisadoras.

Decorre daí, uma experiência tão inovadora como surpreendente. Pudemos presenciar a evolução, ao longo da confrontação, da trabalhadora no que concerne a sua postura com relação ao trabalho que realizava. Desde ali, plantava-se uma semente quanto às potencialidades desse método e do constructo teórico no que tange a categoria do trabalho. Na realidade, uma alternativa potente e consistente na área da Psicologia do Trabalho. Essa atividade da disciplina foi apresentada como Experiência em Debate no Congresso Norte Nordeste de Psicologia (CONPSI) em 2011 sob o título de “Atividade de Operadora de Caixa: uma Análise na Perspectiva da Clínica da Atividade”.

No período do estágio curricular, no ano de 2011, participei do Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC) também sob orientação do então professor doutor Marcus Vinicius de Oliveira onde acompanhei pacientes psicóticos de um CAPS II em crise. O estágio tinha como *lócus* o atendimento no domicilio e o seu principal instrumento o manejo das relações vinculares. Essa foi uma experiência decisiva na minha vida profissional, pessoal e, por sua vez, na minha trajetória acadêmica, visto que através dela pude me apropriar de um dispositivo clínico, do ponto de vista de uma clínica ampliada, capaz de ser transportada para qualquer contexto, considerando que se trata do manejo das relações. Assim, pude acompanhar as possibilidades de atuação no campo, bem como os seus desafios, e presenciar a evolução dos pacientes quando há investimento na relação e aposta no vínculo. Desse modo, parte-se do pressuposto que a inovação tecnológica do PADAC tem equivalências com o CR o que contribuiu sobremaneira no que concerne a produção de dados e, a posteriori, a sua análise.

Assim, apesar de não ter sido premeditado, o meu percurso teve uma convergência no que concerne ao aprendizado de estar com as pessoas em contextos de sofrimentos, sejam eles

eminentemente físicos, sociais ou psicológicos, convivendo com trabalhadores, inclusive de áreas diferenciadas, produzindo um saber tecnológico sobre essa prática em saúde.

Problema e Objetivos de Pesquisa

Considerando que tanto as políticas específicas para os usuários de álcool e outras drogas quanto a própria estratégia do Consultório de Rua são dispositivos recentes e inovadores; que o trabalhador é a principal tecnologia do Consultório de Rua, já que é através dele que as ações de Redução de Danos, a construção dos vínculos e as demais estratégias decorrem; que a inovação tecnológica do Consultório de Rua é produto do arcabouço técnico, profissional e subjetivo, o problema desse estudo questiona como é construída a experiência de trabalho em saúde mental para as profissionais do Consultório de Rua considerando a sua formação acadêmica e trajetórias pessoal, profissional e técnica.

O objetivo geral desse estudo, nessa direção, busca **investigar o *modus operandi* das profissionais do Consultório de Rua, de modo a compreender a relação entre o arcabouço teórico, técnico e pessoal com o seu fazer.**

Para alcançar o objetivo geral, têm-se os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Descrever os significados do trabalho com usuários de drogas e implicações em sua trajetória pessoal/profissional.
- ✓ Descrever a organização do trabalho no Consultório de Rua, identificando as noções e estratégias a que se fundamentam, do ponto de vista da atividade.
- ✓ Identificar a concepção dos profissionais a respeito da temática do uso abusivo de álcool e outras drogas e da estratégia da Redução de Danos e como estas aparecem no cotidiano de trabalho.
- ✓ Identificar a natureza das estratégias e ferramentas utilizadas pelos profissionais em sua atuação no Consultório de Rua.
- ✓ Apontar a relação entre a formação técnica-profissional, os valores pessoais, as ideias e os conceitos sobre o uso e/ou abuso de drogas, sobre o morar na rua e o estar em situação de vulnerabilidade e sua respectiva organização dos processos de trabalho.

Estrutura da Dissertação

Cabe apresentar, nesse momento, a estrutura dessa dissertação que teve como fio condutor o pressuposto de que o tema da tecnologia é transversal nesse estudo, presente na maior parte das discussões. Assim, optou-se por, inicialmente, introduzir o tema do objeto de estudo a partir de uma condução que busca alcançar as discussões, temas e políticas de cuidado que circunscrevem o Consultório de Rua. Ou seja, a partir do fenômeno da **Emergência do Consultório de Rua**, propõe-se abordar o fenômeno das drogas e os seus efeitos "colaterais", tratar a respeito de como o consultório de rua se torna uma estratégia de cuidado dentre as políticas públicas existentes nesse campo e, por fim, realizar uma breve revisão bibliográfica do consultório de rua**,** apresentando, principalmente os achados que dizem respeito ao trabalhador e o desenvolvimento do trabalho.

No segundo capítulo, apresentam-se as bases teóricas denominadas de **Tecnologias do Consultório de Rua.** Dessa forma, pretende-se reunir os constructos teóricos no que concerne o agente tal como a tecnologia primordial do CR de modo a compreender, principalmente, a relação entre subjetividade e trabalho. Além disso, busca-se nesse capítulo resgatar as contribuições de Merhy quanto ao tema das tecnologias de cuidado e a sua relação com o tema da técnica.

No terceiro capítulo, tem-se o **Percurso Metodológico** que se inspirou na clínica da atividade. Ao que se segue nesse capítulo é a apresentação do campo de investigação e impressões no recorte empírico, ou seja, o consultório de rua do CETAD**.** Além disso, passa-se a conhecer as participantes da pesquisa a partir da descrição de algumas de suas características, bem como o instrumento e produção de dados. Por fim, reflete-se sobre a análise de dados.

No quarto capítulo, têm-se os **Resultados e Discussão** onde se conhece o Universo do Trabalho; como o tema da Rua aparece nas narrativas; sobre a Abordagem na Rua; a respeito dos instrumentos, conteúdos e estratégias que compõe a Caixa de Ferramentas das Profissionais; sobre as relações entre As Categorias Profissionais representadas nesse estudo; a respeito do tema do Vínculo e as suas reverberações no campo; sobre as dificuldades enfrentadas no Ofício; como o tema do Medo tem aparecido nesse contexto de trabalho e como as profissionais têm lidado com essa dimensão; como a estratégia de Redução de Danos tem sido utilizada no desenvolvimento do trabalho e sobre a Clínica do Consultório de Rua e as concepções das profissionais a respeito.

No quinto e último capítulo, tem-se as **Considerações Finais** onde discorre-se brevemente sobre todos os achados e discute-se, de maneira geral, as revelações desse estudo.

1 A EMERGÊNCIA DO CONSULTÓRIO DE RUA

Esse trabalho tem o Consultório de rua como recorte empírico e é, portanto, o cenário onde a atividade das profissionais entrevistadas se desenvolve. Essa estratégia, no entanto, não emerge senão em um contexto histórico-cultural com disputas ideológicas e de poder no campo da assistência.

Assim, no intuito de compreender a importância e o lugar que a estratégia do Consultório de Rua ocupa no âmbito das Políticas Públicas, em especial aquelas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade, é preciso primeiramente retroceder historicamente. Tal contextualização tem por objetivo localizar as tensões ideológicas, ético-políticas e econômicas no que tange o tema do consumo de drogas no Brasil e no mundo, além das estratégias de "cuidado" / terapêuticas (e suas lógicas subjacentes) que emergem em resposta a essa problemática.

1.1 O fenômeno das drogas e seus efeitos "colaterais"

O consumo de drogas é uma preocupação antiga entre as mais diversas sociedades, mais até pelos seus impactos sociais, culturais e simbólicos do que pelos seus efeitos orgânicos. Para Carneiro (citado por Dias, 2013), a droga é eminentemente um conceito moral em que os costumes e hábitos determinam os seus sentidos. Atualmente, relaciona-se principalmente com a ideia do ilícito, imoral e até mesmo criminoso, o que causa um pânico moral em torno da temática, mas nem sempre foi assim.

Adiala (1986) afirma que cada sociedade, sustentada por um saber médico-legal, em um dado momento de sua história elege uma substância para combater e ser temida, o que, em geral, têm como pano de fundo a perseguição de algum grupo populacional com fins de marginalizá-lo. Foi o que ocorreu, por exemplo, após a emancipação do Brasil frente a Portugal, quando houve uma criminalização do uso da Maconha, cujo uso estava relacionado aos ex-escravos. Nessa direção, Estado e sociedade reúnem estratégias e dispositivos[1] no sentido de conter, controlar, proibir e criminalizar o uso ou abuso de determinadas substâncias num dado momento histórico.

[1] Foucault desenvolve e descreve, a partir de um contexto histórico, o conceito de dispositivo, no que se refere às instituições disciplinares como presídios, hospitais, etc. Vale ressaltar que esse conceito é polifônico e se remete às estruturas sociais, políticas e psicológicas que mantém as relações de poder através de um aparato tecnológico, científico e cultural operando sob as subjetividades. Assim, como afirma Dias (2013), os dispositivos podem ser definidos como uma rede de relações que se estabelece entre elementos heterogêneos, tais como: instituições, leis, regramentos, enunciados científicos, etc.

Escohotado (2004), em sua obra prima *A história elementar das drogas*, perfaz um caminho histórico em que revela que o consumo das drogas coincide com a história da humanidade desde a antiga Grécia até a modernidade. Nesse trabalho, destacam-se como determinadas substâncias assumiam o lugar de "vilã" a depender do contexto sociocultural da época. Isso pode ser observado mais recentemente no uso da Cocaína e seus derivados, tais como Crack e Oxi. Quando fora utilizado por classes mais abastadas nas décadas de 1960/70 no Rio de Janeiro, o seu uso era visto como algo sofisticado e elegante, hábito partilhado em casas refinadas e exclusivas para o uso. Por outro lado, quando essa mesma substância, sobretudo sob a forma de crack, alcança as camadas mais populares, principalmente com o aumento vertiginoso na década de 90, o tratamento dado em resposta é repressor, criminalizatório e estigmatizante, o que vai acabar por promover e acirrar o que é denominado de "guerras às drogas".

A despeito do discurso oficial defender que essa guerra instaurada é exclusivamente contra as drogas, fica patente que as suas consequências sociais, tais como a marginalização, a vulnerabilização e o higienismo das populações são em verdade o foco dessas ações. Estas consequências se efetivam com maior eficácia do que propriamente o extermínio de todas as drogas, o que já se demonstrou fracassado. A racionalidade desse tipo de resposta à problemática diz respeito ao paradigma da abstinência, que têm como premissa básica a interrupção do consumo de drogas, quer seja pela redução da oferta, quer seja pela redução da demanda, mas vai além.

Para Dias (2013), através de Passos e Souza, o paradigma da abstinência é composto por uma rede de instituições e dispositivos que orientam a governabilidade das políticas de drogas, tendo como característica a coerção na medida em que oferece a abstinência como único caminho possível, submetendo assim o campo da saúde ao saber jurídico, psiquiátrico e religioso.

Na publicação do Conselho Federal de Psicologia - CFP (2013) depreende-se que a Clínica da Abstinência está associada a uma terapêutica medicalizante, em que os saberes *psi* operaram para legitimar o seu caráter punitivo e moralizante quando, por exemplo, equiparavam o uso de drogas à transgressão, desvio de conduta e patologização, o que leva ainda mais à criminalização e marginalização dessas populações. Segundo esse paradigma, portanto, o consumidor de drogas oscilava entre o lugar de "bandido" ou de "doente", ambas as posições não têm lugar na sociedade e ambas tiveram como destino instituições totais: cadeias e hospícios, respectivamente (DIAS, 2013; CFP, 2013; SOUZA, 2007; FLACH, 2010).

> A produção de uma verdade científica sobre o anormal e o antissocial inseriu não somente o louco, como também o usuário de drogas no regime do saber psiquiátrico. O arcabouço jurídico e institucional criado para controlar o louco se estendeu a todos os indivíduos cuja conduta fosse identificada pela psiquiatria como desviante, como uma anormalidade, portanto uma incapacidade de participar do contrato social. A relação entre psiquiatria e Direito Penal se estreitou em torno da defesa da sociedade e contra os indivíduos que representavam um perigo para o bem-estar. A legitimação da psiquiatria como ciência que controla a vida dos perigosos e anormais garantiu, a um só tempo, o estigma do usuário de drogas doente mental bem como outra instituição de confinamento: o hospício. (SOUZA, 2007, p.28)

Confinados inicialmente nos manicômios onde serão alvo da percepção dos reformistas com internações inadequadas. Serão o primeiro grupo a se beneficiar com a sua liberação. A ausência deste recurso de contenção faz revisitar espaços distintos, mas com a mesma finalidade: as comunidades terapêuticas. Vale ressaltar que a ideia da abstinência não é um problema em si, considerando que é um caminho possível, mas ele não pode ser o único.

A Clínica da Abstinência convive, entretanto, com racionalidades paradigmáticas diversas que vão empreender, por sua vez, estratégias e tecnologias assistenciais também diferenciadas. O CFP (2013) destaca, nesse sentido, a Clínica do Desejo e a Clínica Psicossocial que, no campo das respostas às drogas, juntas disputam com a lógica da abstinência.

A Clínica do Desejo no campo das drogas, segundo o CFP (2013), se remonta através das contribuições teóricas do psicanalista Jacques Lacan, quando este introduz uma compreensão em relação ao uso abusivo das drogas, que coloca em suspensão, de certo modo, os seus efeitos orgânicos para trazer à tona o sujeito desejante. Lacan, portanto quando formula.

> [...] ‘é o drogadicto quem faz a droga’ buscava sintetizar essa percepção de que a temática do uso abusivo das drogas radica suas razões nas relações desejantes através das quais cada sujeito se relaciona com o prazer que delas deriva, singularizando a sua relação com o gozo que delas extrai’ (CFP, 2013, p.61).

Dessa forma, a clínica orientada por esse viés tem como ponto de partida a fala do sujeito e a relação transferencial (vínculo) como seu instrumento. A condução do tratamento leva em consideração ainda a implicação dos sujeitos no processo e o seu *devir*, visto que as drogas não são mais que substâncias inertes. Portanto, para os serviços e/ou profissionais que aderem à Clínica do Desejo interessa mais saber sobre a relação entre os sujeitos com as drogas e os modos de subjetivação que se dão a partir desse uso, do que propriamente a droga em si e o tipo de uso.

Alguns serviços nascem inspirados por essa lógica, buscando oferecer alternativas àqueles que sofrem com o abuso de drogas além da lógica da abstinência e reclusão do meio social. No Brasil, na década de 80/90 são implementados os Centros de Referência Nacional em Abuso de Drogas, dentre eles o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD) da Bahia, como forma de experimentação clínica. Esses serviços são influenciados pelo trabalho e pensamento de Claude Olievenstein, diretor do Center Medical Marmotan, em Paris (CFP, 2013; ANDRADE, 2011; SOUZA, 2007).

Pode-se afirmar que a Clínica do Desejo é hoje uma tecnologia bastante difundida no campo das drogas em decorrência da facilidade de inserção e capilarização nos serviços de atenção. No entanto, normalmente, esta modalidade clínica convive lado a lado com outros modos do "fazer" com as drogas. Isto não significa que as perspectivas sejam excludentes por si mesmas, mas geram tensionamentos, seja no modo de operar em equipe, o que aparece nas discussões de caso, ou até mesmo no nível do atendimento individual. No último caso, se faz necessário negociar com os usuários sobre o tema do uso, levando o profissional a utilizar de diferentes estratégias e compreensões em seu fazer, sobretudo no contexto diverso que é o Consultório de Rua como veremos mais adiante.

Nessa direção, tem-se ainda a Clínica Psicossocial que, para o CFP (2013) é produzida a partir de dois campos complementares com trajetórias paralelas, mas que foram decisivos e paradigmáticos no campo da atenção ao uso abusivo de drogas. São eles: a Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos.

A Reforma Psiquiátrica decorre principalmente do Movimento Antimanicomial que questionava a manutenção do modelo hospitalocêntrico de atenção e que, por sua vez, colocou em xeque a "Indústria da Loucura". Este antigo modelo era motivado meramente pelo interesse econômico, persistindo na manutenção de leitos visto "que tinham, nos alcoolistas e em outros eventuais abusadores de drogas, clientela cativa e garantida, sustentada pelos usos e valores socioculturais já afirmados como associados ao recurso da internação psiquiátrica" (CFP, 2013, p.62).

No entanto, quando a Reforma Psiquiátrica foca as suas ações nos pacientes portadores de transtornos mentais (psicóticos, esquizofrênicos, etc.) negligencia o sofrimento psíquico proveniente do uso abusivo de drogas, o que mais tarde só será reparado através da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004; CFP, 2013).

Apesar da assistência no contexto da saúde mental, principalmente no que concernem os usuários de álcool e outras drogas, ainda estar em defasagem, essa configuração só foi

possível através do processo de desospitalização e consequente desinstitucionalização dos modelos de atenção decorrente da Reforma Psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Essa reorientação do modelo de atenção em saúde, segundo Teixeira (citado por ALVES, 2009b) envolve três dimensões complexas: político-gerencial (formulação e implementação de políticas), organizacional (relações entre as unidades de saúde) e a tecnológica (o conteúdo das práticas e a organização social dos processos de trabalho em saúde). Alves (2009b) considera que é "das políticas públicas na área de álcool e outras drogas que emanam as racionalidades ou lógicas que orientam as práticas de atenção à saúde" (p. 2310).

É nessa direção que a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas estabelece a estratégia da Redução de Danos (Harm Reduction) como principal diretriz, quer seja para os serviços que compõem a rede, quer seja para compor o processo de trabalho dos profissionais que atuam nesse campo[2]. A lógica da Redução de Danos vai de encontro à "guerra às drogas" e ao proibicionismo quando preserva e respeita o direito dos sujeitos fazerem uso da substância eleita, inclusive as ilícitas, e desmistifica e desconstrói o temor imaginário das drogas etc. Além disso, propõe o protagonismo do usuário no processo de autocuidado, respeitando, para além do tipo de uso, os seus estilos de vida. Desse modo, esboça tecnologias de cuidado que consideram o sujeito nas tomadas de decisão, compreendendo que sem ele não se efetiva nenhum procedimento. Nesse contexto, portanto, o manejo das relações vinculares torna-se peça chave na elaboração do seu esquema operatório. Sobre esse tema, nos deteremos mais adiante. Nesse momento, é preciso saber que diferente das outras "Clínicas" tal como definiu o esquema proposto pelo CFP (2013), a Psicossocial promove a desinstitucionalização e o protagonismo dos sujeitos no campo da atenção.

As diferentes Clínicas (Abstinência, Desejo e Psicossocial), nesse sentido, representam os diversos discursos e propostas tecnológicas que estão em disputa no contexto do tema das drogas. No entanto, vale ressaltar que no campo da assistência, essas perspectivas aparecem de forma concomitante nas relações de trabalho (usuário-profissional, profissional-profissional e profissional-equipe) permitindo que o profissional possa se valer de cada uma destas modalidades do fazer clínico em situações diversas. As racionalidades que orientam a ação dos profissionais refletem também as contradições e tensionamentos dos discursos

[2] Mais recentemente, a Política de Atenção Básica adota a Redução de Danos como estratégia, compreendendo que não é exclusividade do contexto das drogas, mas envolve também as condições de vulnerabilidade e risco da população, ampliando, portanto o espectro de atuação dessa estratégia. (BRASIL, 2012b).

teóricos, ideológicos e dos aparatos tecnológicos circunscritos no momento histórico e dispostos na cultura revelando que a atividade das profissionais é uma resultante de inúmeros processos inerentes à relação do trabalho com o trabalhador.

Na realidade, a configuração presente nesse contexto é possível e necessária quando se trata de um fenômeno tão complexo quanto o uso abusivo de drogas por pessoas em situação de rua. Sem a conjugação de diferentes estratégias e tecnologias o que remete normas antecedentes, a atividadedas profissionais estaria em prejuízo no que tange a qualidade da assistência (que se relaciona com o sentimento do trabalho bem feito).

1.2 O Consultório de Rua como estratégia de cuidado

A popularização do consumo de drogas trouxe impactos sociais e riscos à saúde, "culminando em acordos e tratados internacionais e na elaboração de políticas públicas voltadas para a 'solução' do problema, ainda que de forma restritiva e repressiva" (FLACH, 2010, p. 12). Segundo a Organização Mundial da Saúde, "cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo" (BRASIL, 2004a, p. 05). Essa constatação com contornos mundiais têm elevado tal questão a um problema de saúde pública, inclusive no Brasil.

Junte-se a esses fatores o consumo de drogas, sobretudo as ilícitas, entre a população em situação de rua e essa problemática eleva-se a uma complexidade sem precedentes. Segundo Oliveira (2009), o consumo de drogas tem ocorrido cada vez mais precocemente nas populações, e inclusive, em grupos sociais mais desfavorecidos. Esse cenário é agravado no Brasil com a entrada do crack na década de 90, principalmente em razão do uso pelas camadas mais populares.

No entanto, o consumo de drogas é apenas um dos aspectos que marginalizam essa população, visto que a situação de vulnerabilidade se dá também através do não acesso aos serviços de saúde e assistência social; através da falta de condições mínimas para exercerem sua cidadania, a exemplo da falta de registro de nascimento e documentos pessoais, sem falar nas condições ambientais do contexto da rua (violência, a falta de condições sanitárias, tráfico de drogas etc.), que os expõem a diversos riscos (BRASIL, 2012a).

Constitui-se, portanto, um desafio à efetivação de políticas de saúde que proponham uma atuação junto a essa população, com o propósito de reduzir os riscos e danos que a situação de rua aliada ao consumo de drogas impõe. As políticas públicas de saúde, ao longo

da história, não corresponderam às demandas dessa população visto que se balizavam ora pelo modelo biomédico ora pela via assistencialista e/ou repressora como já foi observado acima.

Flach (2010), através de Ribeiro e Araújo, demonstra que durante o século XX, as políticas públicas relacionadas à questão centraram-se em dois polos: (1) os problemas de saúde, tendo medidas sanitaristas biomédicas, posto que a droga fosse tida como vírus que ameaçava a sociedade, e medidas assistenciais, com internamento psiquiátrico; (2) os danos sociais, o que determinou o surgimento de instituições repressoras, tendo o arcabouço jurídico penal como legitimador.

Nesse sentido, há uma dívida histórica no que se refere ao estabelecimento de uma política pública que responda às demandas sociais e de saúde do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas no Brasil, principalmente no concernente à situação de vulnerabilidade. Na ausência desta, a assistência aos usuários e seus familiares ficava a cargo, majoritariamente, das instituições jurídico-policiais e manicômios. Em menor proporção, os usuários eram encaminhados para Comunidades Terapêuticas, grupos de ajuda mútua tais como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) (BRASIL, 2001). De modo geral, essas instituições e associações tinham como premissa básica a abstinência, sendo esta a meta e condição para se manter nos serviços. Em alguns casos, ainda utilizava-se a reclusão do meio social que junto à cessação do uso da droga compunham as principais medidas terapêuticas.

Somente em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde apresentou as primeiras diretrizes que reconfigurariam o cenário nacional a esse respeito. Na ocasião foi iniciada a formulação de uma Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que garante que a "oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde" (BRASIL, 2004a, p. 6). Segundo ainda este documento, os dispositivos devem estar alinhados com os conceitos de território e rede, fazendo o uso destes através das ações propostas de maneira eficaz, cujos principais referenciais técnico-clínicos são a Redução de Danos (RD) e Clínica Ampliada/Comunitária.

A Redução de Danos, como referencial técnico-clínico, tem se mostrado importante para a compreensão, abordagem e para o tratamento dos consumidores de drogas, já que preconiza a autonomia dos sujeitos no processo de autocuidado. A Redução de Danos ainda oferece um caminho progressivo de maior condição de saúde, sem ter como obrigação a

abstinência, respeita os diferentes estilos de vida dos usuários de álcool e outras drogas e, via de regra, seus modos de uso das substâncias psicoativas (SPA).

Para Souza (2007), as ações da RD possuem um caráter coletivo, cooperativo e comum que, ao possibilitar que os próprios usuários criem suas regras de conduta e cuidados de si, oferece diversos caminhos e métodos diferenciados para lidar com o uso, inclusive o da abstinência, mas nem de longe a única meta a ser alcançada. Nessa direção,

> [...] a proposta de cuidado em saúde da RD equivoca a abstinência como única direção clínica a ser adotada. Porém, ainda mais radical do que equivocar a meta da abstinência, a RD põe em evidencia que nem todas as pessoas que usam drogas necessitam de tratamento. A proposta de cuidado da RD põe em evidência uma multiplicidade de experiências com as drogas que não se reduzem a categoria de doença. A RD inclui tais possibilidades que não se enquadram na categoria de doença e para tais oferece estratégias de cuidado que buscam respeitar a opção individual ou coletiva de usar drogas (SOUZA, 2007, p. 66).

A RD aponta, nesse sentido, para uma proposta de cuidado territorial a fim de fortalecer as redes sociais com as quais os usuários se relacionam, bem como com os "equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se deem de forma associada" (BRASIL, 2004a, p. 11). Tais características fortalecem a concepção da redução de danos "como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada" (BRASIL, 2004a, p. 24).

A Clínica Ampliada (CA), tal como está proposta pelo Ministério da Saúde (MS), estabelece parâmetros para os serviços de saúde e para os profissionais no contexto da saúde mental e se firma "como uma das diretrizes da política nacional de álcool e outras drogas em oposição ao que poderíamos chamar de uma clínica reduzida, sobretudo aos modelos de clínicas instituídas nos espaços hospitalares" (SOUZA, 2007, p. 83).

É a partir do modo ampliado de conceber a Clínica, portanto, que se rompe com o paradigma positivista de doença-cura, que patologiza a vida e, por sua vez, o uso de drogas. Nesse caso, segundo a perspectiva das clínicas médicas positivistas, o tratamento teria como única possibilidade de cura a abstinência. Dessa forma, os usuários atendidos estariam subestimados no processo de cuidado, visto que as padronizações diagnósticas recrudescem a escuta das singularidades.

> A clínica ampliada, por sua vez, ativa essa escuta para o sujeito, levando em conta sua singularidade, confrontando o saber especialista às imprevisibilidades de cada encontro clínico. Ao contrário da clínica reduzida, que tem como procedimento a remissão do sintoma, a clínica

> ampliada adota como direção a produção de saúde, sendo esta entendida como produção de sujeitos autônomos. A clínica ampliada inclui o paciente como um sujeito ativo na relação clínica, nesse sentido, a cura deixa de ser uma meta a ser alcançada e é substituída pela corresponsabilidade nos processos de produção de saúde (SOUZA, 2007, p. 83).

A partir do momento que se torna uma diretriz nacional, a clínica ampliada deve ser apropriada pelas diversas modalidades clínicas que compõem as políticas de álcool e drogas. Assim, as ações que têm como diretriz a Clínica Ampliada, tais como: a construção compartilhada de diagnóstico e terapêutica; parceria intersetorial, ampliação do "objeto de trabalho"; aposta na equipe multiprofissional e transdisciplinar e territorialização do cuidado devem nortear tanto a prática dos profissionais quanto a organização dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2009, 2010).

A política de atenção extra-hospitalar a usuários de álcool e outras drogas é relativamente recente, o que exige dos profissionais novas formas de produzir cuidado, implicando em desenvolvimentos de habilidades e competências diversificadas. Essas novas demandas também se aplicam aos serviços, dispositivos de saúde, programas e políticas.

Diante dessa realidade, é possível afirmar que, no bojo da implementação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, há uma mudança de paradigma tanto no que tange a compreensão do uso de drogas quanto no que se refere – e em consequência disso – às tecnologias assistenciais voltadas para essa clientela. Nesse contexto, alguns dispositivos têm sido experimentados com o intuito de dar conta da problemática descrita acima a partir da lógica psicossocial e da clínica ampliada.

Assim, em 1999, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Álcool e Outras Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), inaugura um dispositivo inovador denominado *Consultório de Rua* (OLIVEIRA, 2009; NERY FILHO, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011). A iniciativa sucede do "amadurecimento de uma ideia simples: oferecer atenção à saúde daqueles que não chegam aos serviços de atendimento a usuários de substâncias psicoativas" (NERY, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011, p.25) que surge a partir da identificação de conglomerados de crianças e adolescentes em situação de rua sem acesso à rede de saúde e que faziam uso de substâncias psicoativas (à época, principalmente, cola de sapateiro e outros inalantes).

Na ocasião (1989), um grupo de técnicos do CETAD submete um projeto de pesquisa denominado Banco de Praça ao então Ministério da Criança que tinha como objetivo investigar quem eram as crianças e adolescentes em situação de rua que não chegavam aos serviços, através de um método etnográfico. Os dados produzidos nesse projeto irão

consubstanciar o que viria a ser o Consultório de Rua (CR) propriamente dito. No lugar de compreender àquele universo, os profissionais passavam agora a assistir à saúde dessa população, ao associar a condição de vulnerabilidade social ao uso de substâncias psicoativas (NERY, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011).

> Assim, o Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender aos meninos e meninas em situação de rua, usuários de drogas, que se encontram em risco pessoal e social, cujo atendimento se dá fora dos muros institucionais. Sua metodologia de trabalho envolve o desenvolvimento de ações através de equipes multidisciplinares que se dirigem ao encontro do público-alvo em seus locais de permanência, em pontos distintos da cidade, com o apoio de veículo adaptado para essa finalidade e realiza atendimentos, *in loco,* visando a prevenção e a redução de danos decorrentes do consumo de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) /AIDS (OLIVEIRA, 2009, p. 65, grifo nosso).

Essa experiência é marcada, sobretudo por uma prática assistencial ativa; pelo respeito aos usuários e seus respectivos modos de uso de substâncias psicoativas; pela interdisciplinaridade; pela "territorialização" do cuidado; pelos princípios da redução de riscos e danos assim como pelos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) (equidade, integralidade e universalidade) (OLIVEIRA, 2009; NERY FILHO, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011).

As equipes do Consultório de Rua, na ocasião do trabalho de Oliveira (2009), ofertavam dentre outros serviços e atividades a Clínica Médica; Assistência Social; Educação Social; Orientação sobre Sexo Seguro; Atividades de Prevenção de DST/AIDS; Redução de Danos; Atividades Lúdicas; Oficinas de Música, de Hip-Hop, de Capoeira e de Leitura de Estórias; Oficinas de Educação e Saúde e Atendimento Psicológico sempre de acordo com a demanda e disponibilidade do campo.

Essas atividades, longe de serem verdadeiros "pratos feitos" para os profissionais, situam as possibilidades no desenvolvimento do trabalho e inspiram os demais Consultórios de Rua. Nesse sentido, as equipes assumem grande relevância, visto que as ações (jogos, escutas individualizadas, formação de vínculo, oficinas, etc.) do Consultório de Rua (CR) se desdobram a partir da produção humana, através das possibilidades de atuação do profissional de saúde. Para Oliveira (2009), "[...] a equipe representa a parte essencial do CR consistindo em si mesma a **tecnologia** dessa prática. A intervenção se processa no seu ***modus operandi***, em que se configuram as práticas de acolhimento, de vínculo, de flexibilidade e criatividade, em contextos particulares" (p.78).

Nery Filho, Valério e Monteiro (2011) também destacam a importância da equipe no guia do CR:

> Indiscutivelmente, a **tecnologia** mais importante do trabalho é a equipe. É através dela que os encontros ocorrem e dão lugar a muitas possibilidades, desde a formação de vínculos até os encaminhamentos para serviços de grande complexidade. As escutas individualizadas, oficinas, jogos, dentre outras atividades, ocorrem mediante a atenção, cuidado e força de trabalho que cada profissional emprega. O fazer profissional é fundamental para o desenvolvimento das atividades do projeto. Os instrumentos musicais, insumos, materiais lúdicos e de enfermagem não possuem utilidade se os profissionais não estiverem imbuídos da premissa de favorecer o encontro e o vínculo (NERY FILHO, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011, p. 60, grifo nosso).

Diante do seu reconhecimento e potencialidades o projeto – sendo citado inclusive pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), segundo Noto et. al (citado por Oliveira, 2009), como uma proposta que garante o acesso da população de rua, visando a integralidade da assistência e contribuindo assim para intersetorialidade e inclusão desses usuários – torna-se referência nacional. Nessa direção, o Ministério da Saúde incentivou a implantação de 35 Consultórios de Rua, em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões do país (BRASIL, 2010).

Na ocasião, os Consultórios de Rua ainda eram uma "iniciativa vinculada à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, cujo foco específico era apenas dependência química, álcool e drogas. Depois, essa iniciativa foi trazida e vinculada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e passou a ser chamada de *Consultório na Rua"* (AROUCA, 2012, s/p.).

Essa mudança decorre da ampliação do objeto de atuação junto à população em situação de rua no que se refere às suas necessidades. Em outras palavras, o Ministério da Saúde, a partir dos dados apresentados nas experiências com os diversos Consultórios de Rua, reconheceram que as demandas da população em situação de rua vão além do uso problemático e/ou abuso de substâncias psicoativas (SPA). Dessa forma, reúnem a experiência do Consultório *de* Rua (equipe itinerante com foco no atendimento a saúde mental) com a Estratégia de Saúde da Família sem domicílio (equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação de rua), formulando assim a proposta do Consultório *na* Rua (equipe itinerante para atenção integral à saúde da população em situação de rua), que é, por sua vez, incorporado ao Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a responsabilidade de proporcionar o acesso à rede de atenção, constituindo-se como a porta de

entrada do SUS e ofertar, na medida do possível, assistência integral à população em situação de rua (BRASIL, 2012a, 2012b) o que, de certo modo, vinha se configurando na prática.

O PNAB (BRASIL, 2012b) e o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a) descrevem o perfil do profissional, as atribuições da equipe, carga horária, princípios e diretrizes além de estabelecer os recursos necessários assim como o modo de funcionamento do Consultório na Rua. Os documentos citados ressaltam ainda a importância da manutenção no campo de ação dos profissionais da Estratégia da Redução de Danos, considerando que esta estratégia pressupõe que os usuários tem um saber sobre o seu corpo, sua saúde, enfim, sobre o seu uso o que vai ao encontro das especificidades da população em situação de rua.

> Assim, atuar de forma a preservar direitos e promover vinculação positiva impactam nas condições de saúde individuais e coletivas dessas populações, inclusive potencializando a possibilidade de buscas futuras a tratamento para uso de drogas e resgate de cidadania. Tais tecnologias/estratégias de cuidado podem ser utilizadas em outros contextos do cuidado em saúde (BRASIL, 2012a, p.43).

Considerando que a estratégia do Consultório de Rua é uma experiência relativamente recente, os estudos voltados para esse contexto ainda são escassos, mas crescentes. Em sua maioria, abordam questões similares (práticas de cuidado, assistência à saúde da população em situação de rua, a integralidade da saúde, o uso da estratégia da Redução de Danos etc.), obtendo em muitos dos casos, achados também similares. Esse dado revela inicialmente que, de certa forma, as réplicas da estratégia do Consultório de Rua conservaram a estrutura, o modo de funcionamento e a organicidade do formato inaugural já descrito acima. Para fins de ilustração e parâmetros para as análises futuras, segue abaixo uma breve revisão dos estudos que se debruçaram sobre essa temática, destacando principalmente os achados que tratam da perspectiva dos profissionais quanto ao desenvolvimento do trabalho no âmbito do CR.

1.3 Consultório de Rua: uma breve revisão bibliográfica

A autora Mirian Oliveira (2009) inaugura os estudos nesse campo ao realizar um relato de sua experiência do Consultório de Rua do CETAD e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do Pernambués quando esteve à frente da coordenação entre os anos de 1999 a 2006. O seu trabalho, até hoje, serve de subsídio para atuação nos Consultórios de Rua, sendo, inclusive, incorporado ao Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS (BRASIL, 2010), ao Módulo de Capacitação dos Profissionais do Projeto Consultório de Rua (BRASIL, 2010) e ao Guia do

Projeto Consultório de Rua (NERY FILHO, VALÉRIO E MONTEIRO, 2011). Da mesma forma, esse trabalho é referenciado na maior parte dos estudos citados abaixo.

Como um trabalho estreante, na ocasião, tudo parecia tão interessante quanto inovador. De fato, as descrições minuciosas da rotina da equipe, de como se dá o funcionamento do Consultório de Rua, sua estrutura organizacional e operacional, as tarefas, angústia e aflições abrem terreno para inúmeras possibilidades e isso explica a importância dessa obra.

Oliveira (2009), afirma ao longo da dissertação que para esse tipo de trabalho é preciso coragem, sensibilidade e, sobretudo, o desejo por parte de quem se habilita ao cargo de técnico da equipe. Caso contrário, o profissional não persiste por muito tempo no serviço. Isso se deve a algumas características do tipo de serviço ofertado a exemplo da exposição às condições extremas da população atendida, ao permanente ajuste do modo de atuação, a descontinuidade da proposta decorrente do financiamento por projeto e o desconforto físico por trabalhar na rua etc. que estavam presentes nas edições em que ela participara como coordenadora e também como psicóloga do CR. Como vamos observar mais adiante, essas características se fazem presentes em outros estudos também.

A autora revela uma peculiaridade desse trabalho que diz respeito ao aprendizado da proposta. Considerando que não havia parâmetros para saber como operar nesse contexto, acabavam por aprender sobre o trabalho ao mesmo tempo em que trabalhavam. Essa experiência ao passo que estimulava à criatividade dos profissionais os confrontava constantemente com o questionamento sobre o seu fazer, colocando em suspensão, inclusive, os próprios limites dos seus campos disciplinares.

A interdisciplinaridade, segundo Oliveira (2009), se colocava como imposição, "[...] na medida em que a população ia colocando nos técnicos da equipe demandas de todas as ordens, convocando os profissionais a atuarem nas interfaces dos vários campos disciplinares que caracterizavam a equipe" (p.80). Para isso, a equipe deveria estar imbuída de uma postura de abertura para o conhecimento e para a experiência das diversas especialidades, o que por vezes poderia contrapor ao seu próprio modo de operar frente às demandas que se apresentavam.

Outro aspecto que chama atenção que é determinante para o funcionamento do CR e, por sua vez, para o processo de trabalho da equipe é o fato da proposta não ter um formato previsto e rígido, um *a priori*. Oliveira (2009) destaca que à medida que o trabalho ia se instaurando ficou demonstrado que não haveria um caminho "certo" a seguir e o que parecia um processo de busca para encontrá-lo, revelou-se uma característica intrínseca à própria

proposta e às peculiaridades do público-alvo. Assim, segundo a autora, esse funcionamento, sempre a ocorrer segundo o imprevisível, estava em consonância com o contexto de atuação e a população assistida, um "objeto complexo", conclui.

> Essa permanente instabilidade da ação iria requerer, como um modo permanente de atuação da equipe, a flexibilidade, a criatividade e a capacidade de adaptar-se continuamente às situações apresentadas no "aqui – agora": instante - espaço da vida destes usuários, *lócus* da prática do Consultório de Rua. Deveríamos, no nosso modo de atuar, acompanhar o caráter atemporal e intermitente dos movimentos dessa população. Esse viria a ser um "princípio" do Consultório de Rua que, naquele momento, ainda não estava claro para nós. (OLIVEIRA, 2009, p.83)

Esse caráter instável, inconstante e imprevisível do contexto de trabalho do Consultório de Rua assim como os demais achados apontados acima também é confirmado pelos estudos encontrados (PACHECO, 2014; JORGE E CORRADI-WEBSTER, 2012; TONDIN, 2011; TONDIN, NETA & PASSOS, 2013; LIMA, 2013; ABREU, 2013; SILVA, FRAZÃO & LINHARES, 2014). A seguir são apresentados em ordem cronológica os demais estudos encontrados, abordando principalmente aqueles achados que dizem respeito aos profissionais, seu modo de atuação e ao conteúdo do seu trabalho.

Tondin (2011) procurou compreender e descrever a estratégia clínica do Consultório de Rua a partir da capacidade de realizar ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso/abuso e dependência de drogas por pessoas em situação de rua. Ela destaca principalmente a importância dos profissionais se desnudarem das suas crenças e de seus valores morais a respeito do tema do uso/abuso de drogas, para conseguirem desenvolver o trabalho de maneira plena, ou seja, para construir e sustentar os vínculos com os usuários atendidos e, com isso, efetivar os princípios da Redução de Danos.

Para Tondin (2011), essa é a principal transformação que o Consultório de Rua pode proporcionar, pois seus impactos não se dão apenas na vida profissional, mas, sobretudo na vida pessoal. Segundo a autora, o olhar sobre o campo do uso/abuso e dependência de drogas, e em relação às pessoas em situação de rua se modificou completamente, o que os diferenciava dos outros profissionais que não vivenciaram a experiência, pois que essa experiência os tornou mais hábeis para compreender o tema e manejar os atendimentos com esse tipo de usuário.

Tondin (2011) analisa ainda o papel da psicologia nessa proposta de atendimento que rompe com os moldes clássicos da clínica elitizada dos consultórios fechados. Nesse contexto, a psicologia precisa se reformular e recriar o seu modo de atuação, ampliando o instrumento

clínico na prática de atenção do espaço de rua e construindo, assim, uma proposta ética e comprometida com as reais demandas dos sujeitos.

O trabalho de Jorge e Corradi-Webster (2012), que buscou descrever e acompanhar a implementação do Consultório de Rua no município de Maceió revela, de outra maneira, como a estratégia da Redução de Danos vai além da distribuição de preservativos. Isto potencializa as ações de saúde na medida em que os profissionais acolhem e respeitam os sujeitos em suas singularidades e escolhas, oferecendo um leque de possibilidades que ultrapassam as barreiras do preconceito e da exclusão.

Desse modo, a equipe realiza um trabalho pautado na ética e cidadania, o que favorece o encontro e o vínculo com as pessoas que usam drogas em situação de rua, demonstrando, nas situações de atendimento, integração da equipe e disponibilidade para o acompanhamento implicado. Para Jorge e Corradi-Webster (2012), tais posturas reforçam o reconhecimento da equipe como principal recurso do cuidado.

> Desse modo, configurar-se-ia o que se denomina de "trabalhadores afetivos fundamentais", pois, ao atuar no território existencial das pessoas, em articulação com outros membros da organização sanitária, produz saúde e saúde mental. E é na proximidade, intensidade de afetos e relações que o potencial terapêutico se revela. (JORGE E CORRADI-WEBSTER, 2012, p.45).

Os autores supracitados revelam ainda que os profissionais consideraram o Consultório de Rua como um aprendizado múltiplo, seja pela construção de um fazer voltado para o cuidado humanizado às pessoas que fazem uso de drogas e estão em situação de rua, ou no fortalecimento dos saberes e práticas para atuação nos espaços da rua através da interdisciplinaridade, ou até mesmo quando se aprende a esperar o tempo do sujeito na relação terapêutica. Essas mudanças, do ponto de vista da formação e atuação prática dos profissionais que trabalham com usuários de drogas, parecem ser mais perceptíveis no âmbito do Consultório de Rua o que aponta uma transgressão do dispositivo com relação ao tipo de trabalho em saúde mental que remodela as racionalidades e, em consequência disso, o *modus operandi* dos profissionais.

Em relação a esse ponto, Jorge e Corradi-Webster (2012) discutem que se constitui um desafio no campo das Políticas Públicas voltadas para a assistência a usuários de drogas e em situação de rua encontrar recursos humanos afinados com a estratégia de Redução de Danos. Além disso, de acordo com os autores, os profissionais que trabalham no CR de Maceió não conseguem se dedicar exclusivamente a esse serviço, considerando vínculos precários desses profissionais, o que, para eles, possibilitaria a intensificação e ampliação das intervenções.

Em Goiânia, há o trabalho de Lima (2013), que, ao entrevistar os profissionais, percebe que estes apontam mais dificuldades (dentre elas, os recursos humanos insuficientes e contratos precários, falta de insumos e materiais para a equipe, a violência policial etc.) do que facilidades (tais como, o perfil e a sensibilidade dos profissionais, a troca de sentimentos, reuniões de equipe e a construção de vínculo) no desenvolvimento do trabalho. Lima (2013) revela ainda que os profissionais dedicam a sua atuação principalmente em função dos usuários seja criando novas possibilidades de atuação, seja incorporando maiores conhecimentos sobre o tema de inserção ou até mesmo quando buscam recursos para superar os desafios e se aprimorar.

Outro aspecto observado por esse estudo é o impacto das experiências anteriores dos profissionais para o desenvolvimento do trabalho no Consultório de Rua. Os profissionais entrevistados pela autora citada acima tinham uma trajetória anterior na saúde mental, com população em situação de rua e em redução de danos, bem como uma sensibilidade para lidar com as pessoas em situação de vulnerabilidade social. Segundo Lima (2013), esse *background*[4] dos profissionais parece ter contribuído para a atuação no CR.

Abreu (2013), em sua pesquisa, sob a perspectiva da população atendida e a partir dos dados de relatório produzido pelos profissionais do CR de Florianópolis, aponta os limites e potencialidades do serviço ofertado. A habilidade de se aproximar do público-alvo, saber como acolher e acompanhá-los foi apresentado tanto como um limite quanto uma potencialidade, na medida em que essa característica se fazia presente ou não por parte da equipe. Abreu (2013) afirma que a:

> [...] preparação e capacitação, bem como ter algum tipo de empatia com esse trabalho e com tal população é fundamental para que ações consigam acessar e contribuir com a saúde das pessoas atendidas. Pois, atuar diante da vida e das situações vivenciadas por esses sujeitos, obriga-nos como profissionais de saúde a abandonar ou pelo menos rever conceitos, normas e certezas antes estáveis e consideradas tradicionais na área da saúde (p.131).

O trabalho de Pacheco (2013) – que investiga as práticas terapêuticas no projeto Consultório de Rua em Fortaleza – identificou que apesar do modelo de atenção biomédica estar presente como orientador dos critérios diagnósticos, condutas e resultados, é o modelo de atenção psicossocial que prevalece. Pacheco (2013) entende que o modelo de atenção psicossocial "[...] se caracteriza pelo distanciamento da imposição de condutas e delimitações dos enquadres terapêuticos, buscando efetivar a cidadania e inclusão social aos usuários de substâncias psicoativas, em situação de rua" (p. 109).

[4] Em português: prática, experiência, conhecimento.

Ainda sobre a atuação dos profissionais, se verificou que a abordagem de rua confirmava a tendência de práticas terapêuticas baseadas na perspectiva da Redução de Danos. Sobre esse tangente, por outro lado, foram destacadas pela autora supracitada as condições de trabalho insalubres a que os profissionais estavam submetidos, considerando que a população atendida se estabelecia em ambientes frágeis e vulneráveis, tais como: favelas, cortiços e vazios urbanos.

Pacheco (2013) conclui, no entanto, que se faz necessário uma política de formação permanente aos profissionais entrevistados, a fim de transpor as limitações e déficits em relação à atenção de usuários de drogas em situação de rua. Segundo a autora, apenas as supervisões institucionais não são suficientes para respaldar e amparar a equipe. Desse modo, torna-se imprescindível a disponibilização de espaços para o amplo debate e exposição das dificuldades enfrentadas pela a equipe do CR.

Para finalizar essa revisão bibliográfica, apresenta-se o estudo mais recente no contexto do Projeto do Consultório de Rua, o trabalho de Silva, Frazão e Linhares (2014) que investigou as práticas de saúde das equipes de Consultórios de Rua de Recife e Olinda. Dentre os achados, destacam-se principalmente a importância da multidisciplinaridade na apreensão ampliada das necessidades reais da população, ressalvando o papel delimitado de cada área de conhecimento e a construção imprescindível do vínculo com os usuários de drogas em situação de rua, considerando que esse movimento requer "[...] o exercício de uma práxis que envolve criatividade e subjetividade como construções humanas significativas para este trabalho diferenciado [...]" (SILVA, FRAZÃO & LINHARES, 2014, p. 809). Para esses autores, construir vínculo com a população de rua implica em uma relação dialógica e o saber escutar.

Os profissionais entrevistados por Silva, Frazão e Linhares (2014) se comprometem em ser a ponte através da qual as pessoas em situação de rua podem ter acesso aos serviços de saúde, ou seja, sendo o elo entre a rua e a saúde, considerando que esses usuários em situação de rua têm dificuldades de serem atendidos pelos serviços da rede – quer seja pelo estigma e preconceito que acompanha essa população, quer seja pelos impedimentos meramente burocráticos – e de terem os seus direitos garantidos. Essa premissa, segundo os autores, entra como estratégia central das equipes do Consultório de Rua, tanto para entrada no campo como no desenvolvimento da prática.

Quando a equipe do Consultório de Rua reordena os serviços e sensibiliza outros profissionais quanto ao atendimento às pessoas em situação de rua, ocupa lugar estratégico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). E na medida em que os profissionais garantem que a

população em situação de rua seja atendida pela rede pública de serviços, promovem o exercício de cidadania o que, em última instância, configura educação em saúde e a prática do cuidado para Silva, Frazão e Linhares (2014).

Nesse contexto, para a equipe, a prática do cuidado à população em situação de rua vai além da competência técnica, depende também de qualidades humanas como, por exemplo, uma postura de solidariedade e disponibilidade subjetiva frente às necessidades dos usuários assistidos pelo CR (SILVA, FRAZÃO E LINHARES, 2014). Os profissionais referem ainda, segundo os autores, que há marcadamente um sentimento de gratificação pessoal a despeito dos desafios enfrentados no trabalho. Essas evidências apontadas denotam que a natureza da relação entre profissional e usuário é diferenciada nesse contexto de trabalho.

Por fim, Silva, Frazão e Linhares (2014) propõe que se deve ampliar o projeto do Consultório de Rua para que este possa atender à demanda da população em situação de rua. Além disso, se faz necessário investir em recursos humanos especializados com formação em saúde mental e saúde coletiva para reduzir as deficiências no atendimento da população em situação de rua.

Como podem ser observados, os trabalhos apresentados acima referem em sua maioria à importância da equipe, com maior ou menor destaque, para o desenvolvimento do trabalho no CR. Ressalta-se, com isso, que o trabalhador é a principal tecnologia do Consultório de Rua, considerando que é através dele – **a partir do seu corpo biológico; dos seus recursos cognitivo e afetivo; da sua disponibilidade psíquica; da sua trajetória pessoal e profissional; da sedimentação da sua formação teórica e técnica, etc.** – que as ações de Redução de Danos, a construção dos vínculos e as demais estratégias decorrem.

Nessa direção, percebe-se que é preciso compreender quem é esse profissional da saúde mental e quais são os elementos que se inter-relacionam com o seu *modus operandi* no seu contexto de trabalho. Para isso, no próximo capítulo apresenta-se as bases teóricas que fundamentam esse trabalho. Primeiramente, abordando os estudos que tratam do tema do agente no âmbito da saúde, destacando o contexto da saúde mental. Em seguida, ainda no próximo capítulo, discute-se como o tema do processo de trabalho está posicionado teoricamente. E, por fim, será trabalhado principalmente com a contribuição de Merhy sobre a teorização das tecnologias do cuidado.

AS TECNOLOGIAS DO CONSULTÓRIO DE RUA: AS BASES TEÓRICAS

Diante das discussões trazidas no capítulo anterior, tem-se que o CR é um dispositivo complexo, inserido no entrelaçamento de políticas públicas diversas, contra hegemônico e inovador, tendo como seu principal instrumento de trabalho os recursos humanos. Nesse sentido, cabe compreender as dimensões, do ponto de vista teórico, desse objeto de estudo.

Cabe acrescentar que o Consultório de Rua é eminentemente um dispositivo que reúne uma ampla gama de possibilidades tecnológicas as quais são executadas, primordialmente, por seus agentes que põem em prática, no cotidiano de trabalho, os seus princípios, diretrizes e concepções, valendo-se de arranjos tecnológicos diversos, dentre os quais se incluem as tecnologias de cuidado. Nesse sentido, cabe apresentar nesse capítulo as bases teóricas a que se fundamenta esse estudo.

Primeiramente e, em especial, é abordado teoricamente o tema do agente no contexto de trabalho, principalmente no que tange os profissionais que realizam abordagem de rua no campo da saúde mental. O segundo momento, é abordado o tema das tecnologias do cuidado sob a perspectiva das formulações teóricas de Merhy e as discussões subjacentes sobre o tema da técnica.

1.4 O Agente: a Tecnologia Primordial

No que se refere ao tema do agente e a sua relação com o trabalho, é necessário tratar antes, ainda que de modo breve, de como a categoria trabalho se localiza nas relações humanas. É sabido que é por intermédio do trabalho que o homem se humaniza. A cena apoteótica da obra cinematográfica "2001 – Uma Odisseia no Espaço" [5] que se reporta aos primórdios da humanidade quando insere um macaco empunhando um osso e o utilizando como uma ferramenta, referindo-se, assim, a humanização através da técnica, do trabalho. Nesse sentido, o trabalho se torna uma das atividades mais humanas que existe, espaço de interação e, em última instância (ou seria primeira?) engendramento de subjetividades. Clot (2007), citando Meyerson, afirma que o "homem é de modo cada vez mais profundo, trabalho e este se apresenta como uma das atividades principais das sociedades humanas, talvez a principal, como a base da sociedade" (p.71).

Desse modo, homem e trabalho confundem-se na medida em que o homem cria as possibilidades de trabalho e transforma a natureza ao passo que se recria subjetivamente. A relação entre trabalho e subjetividade está imbricada com os contextos histórico-cultural, com

[5] Dirigido por Stanley Kubric, 1968.

as transformações socioeconômicas e as relações de produção no âmbito do capitalismo. Historicamente, o mundo do trabalho e, por sua vez, a relação com a subjetividade tem se modificado em virtude dessas grandes transformações em cada contexto espaço temporal (NARDI, TITONI & BERNARDES, 2002).

Nardi, Tittoni e Bernardes (2002), afirmam que "pensar a subjetividade nas suas conexões com o trabalho implica pensar os modos como as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar, sentir e trabalhar (...)" (p. 304), ou seja, em que estas experiências de trabalho configuram terreno para a subjetividade emergir. A perspectiva da clínica da atividade, a partir de Clot (2007), radicaliza esse entrelaçamento quando afirma que, do ponto de vista da análise, não há subjetividade fora do trabalho, visto que é por meio da atividade que o sujeito se baliza. Nesse sentido, há que se considerar, quando se tangencia a subjetividade dos trabalhadores, o que fazem e como fazem.

Para Vieira, Barros e Lima (2007), não se trata, portanto, de um sujeito abstrato, mas concreto que se transforma na relação com trabalho, como ser que trabalha, a rigor. Desse modo, insere-se na cultura, identifica-se com os grupos, se autorregula, se auto-realiza e ainda gerencia a sua autoestima. Nesse sentido, "o trabalho se apresenta como elemento constituinte da essência humana, da experiência, do saber/aprender fazer de cada um" (VIEIRA, BARROS & LIMA, p.56). No entanto, para a psicopatologia do trabalho, o homem é virtualmente um sujeito, um sujeito acima de tudo pensante. Nesse sentido,

> [...] ele não é um joguete passivo das pressões organizacionais, em virtude de um determinismo sociológico ou tecnológico vulgar. Fundamentalmente, o sujeito pensa na sua relação com o trabalho, produz interpretações de sua situação e de suas condições, socializa essas últimas em atos intersubjetivos, reage e organiza-se mentalmente, afetiva e fisicamente, em função de suas interpretações, age, enfim, sobre o próprio processo de trabalho e traz uma contribuição à construção e evolução das relações sociais de trabalho. Assim, o vivenciado e as condutas são fundamentalmente organizadas pelo sentido que os sujeitos atribuem à sua relação no trabalho. (DEJOURS E ABDOUCHELI, 1994, p. 140).

Segundo a clínica da atividade, o agente é mais do que um mero executor de tarefas (trabalho prescrito), mas um criador permanente da própria atividade, ele ainda não é apenas produto, mas ator engajado em vários mundos vividos simultaneamente (CLOT, 2010) O trabalhador se incorpora e se integra a sua atividade ao que "transforma o seu organismo fisiológico, quase sempre, à sua revelia, em um corpo próprio vivido, verdadeiro órgão funcional de sua atividade" (CLOT, 2007, p. 19). Ou seja, torna-se um todo com os seus instrumentos, sendo não apenas objeto da sua atividade, mas também o seu meio.

No contexto de trabalho em saúde, em especial o da saúde mental, essas relações entre trabalho e subjetividade se modificam, agregando elementos novos, porém guardando aquilo que as identificam, na verdade, esses contextos de trabalho radicalizam essa relação. Segundo Campos (1989), os profissionais de saúde são sujeitos sociais e políticos, não sendo passíveis de simples administração e planejamento como qualquer outro insumo do setor saúde. Para o autor, é necessário reconhecer que os recursos humanos não obedecem:

> [...] a mesma lógica da dos outros fatores de produção. Aqui, interferem a ação ou a reação, individual ou coletiva, de sujeitos dotados de uma determinada ideologia, de interesses próprios, de capacidade de ação sindical e, eventualmente, até mesmo de adesão e de defesa de determinadas políticas de saúde (CAMPOS, 1989, p. 48).

Desse modo, pressupõe-se que o trabalhador em saúde não opera no campo de atuação senão através dos seus artigos de crença, das suas competências, da sua trajetória e de subjetividade ao que seu gerenciamento torna-se quase inacessível, inclusive, no que tange a prestação de serviço. A qualidade da assistência ou o modo como o serviço é prestado depende invariavelmente, nesse sentido, do modo como os trabalhadores estão implicados e investidos. Segundo Ishara (2007), o trabalhador da saúde mental ao passo que ele produz cuidado, ele também é "produzido" no processo de trabalho visto que é através da relação que o cuidado é instituído.

Assim, nesse contexto, aquele que é o seu "objeto" de trabalho é, ao mesmo tempo, produto, o que vai levar Franco e Merhy (2005) a denominar de "trabalho vivo em ato", ou seja, o que está em jogo são as intercessões do encontro entre o trabalhador-usuário, tendo como instrumento de trabalho o próprio trabalhador e o seu recurso psíquico. Portanto, além dos instrumentos e conhecimento técnico, há o lugar das relações na produção de saúde. Os autores ainda complementam que a organização do processo de trabalho se dá através de pactuações, que podem ser permeadas "por conflitos e tensões vividas no cenário de produção de saúde, seja na gestão ou na assistência" (MERHY & FRANCO, 2009, s/p.).

Pode-se afirmar, então, que o ofício dos trabalhadores da saúde mental, especificamente, daqueles que lidam com a problemática do álcool e outras drogas mobilizam de forma primordial a sua dimensão subjetiva porque estão em contato com o sofrimento psíquico, ou seja, o trabalho é a própria "coisa mental". É nesse sentido que Oliveira, Leme e Godoy (2009) afirmam que a "natureza de seu trabalho (profissional de saúde mental) engendra um tipo particular de vulnerabilidade em função do constante envolvimento afetivo com os usuários e com os outros profissionais" (p. 125).

Para Munhoz e Lopes (2010), os trabalhadores da saúde, em geral, são mais susceptíveis às manifestações de estresse e apresentam, em alguns casos, maior nível de sintomas físicos e emocionais. No contexto da saúde mental, estudos apontam que a natureza e a organização do trabalho podem gerar estresse e sobrecarga para os profissionais (OLIVEIRA, LEME E GODOY, 2009; ISHARA, 2007). Collins e Long citados por Oliveira, Leme e Godoy (2009) através de uma revisão de literatura encontraram os riscos potenciais para a saúde dos profissionais de saúde mental que podem ser representados por: síndrome de *burnout*, traumatização vicária, contratransferência traumática e estresse traumático secundário.

Desse modo, evidenciam-se as condições inquietantes em que os trabalhadores da saúde mental são submetidos pelo próprio caráter do seu trabalho, além das outras dimensões que estão ali circunscritas que também podem produzir sofrimento psíquico como, por exemplo, a falta de parâmetros claros para a sua prática e a forma como o trabalho está organizado. Telles e Alvarez (2004), em suas reflexões a respeito do trabalho a partir da ergonomia, afirmam que o trabalho prescrito, composto pelas ordens dos chefes, pelos procedimentos definidos, pelas normas técnicas, pelos pressupostos teóricos e pelas diretrizes compreendem apenas alguns dos aspectos que compõem a atividade. Entretanto, é preciso ressaltar a importância das prescrições, visto que na ausência delas, o trabalhador é lançado ao desconhecido o que pode ser prejudicial não só ao desenvolvimento da atividade como um todo como especialmente à saúde mental do trabalhador. Assim, a atividade prevê, portanto, o engajamento de si com o seu corpo biológico, sua inteligência, seu psiquismo e com seus conhecimentos reunidos a partir da sua história e da sua relação com os outros (TELLES & ALVAREZ, 2004; CLOT, 2010).

Dessa forma, como mencionado, os profissionais não são sujeitos inertes e impassíveis, pelo contrário, até chegarem aos serviços trazem consigo uma bagagem pessoal, profissional e social que farão parte do seu fazer. Eles ainda se utilizam de uma diversidade de recursos que vão desde a sua capacidade intelectual, os seus instrumentos materiais e ferramentas técnicas e arranjos tecnológicos. Nessa direção, cabe esclarecer o percurso do conceito de técnica e a sua relação com a tecnologia do cuidado.

1.5 As tecnologias de cuidado e o tema da técnica

O tema das tecnologias do cuidado, de acordo com a fundamentação teórica sedimentada, está entrelaçado com o tema da técnica. Desse modo, Schraiber, Mota e Novaes

(2009) ao buscarem definir ‘tecnologia’ não o fazem sem antes referir ao conceito de ‘técnica’. E afirmam ainda que não há como “separar o que a história reuniu: técnica e tecnologia na produção de ‘trabalho’” (s/p.), incluindo aqui os processos de subjetivação e suas implicações em decorrência desta produção.

Por técnica (*Techné*), Novaes (1996) compreende que designa “uma ‘ordem de produção’ que pressupõe um engendramento, uma criação de modos de fazer, engenho e arte” (p.25). Dessa forma, ao passo que há um fazer, há também um saber que prescindi de uma teorização a respeito à priori. Segundo Schraiber, Mota e Novaes (2009), saber e fazer, ainda que compondo a “técnica”, foram alvo de “valorização e desenvolvimento desigual ao longo da história, conferindo à própria técnica ora um sentido maior de saber, ora de produzir algo, sem nunca deixar de ser uma ação manual do homem” (s/p.).

O advento da modernidade inaugura uma nova relação com a técnica, tornando-a o eixo central de todas as transformações sociais. Anthony Giddens (1991), Franz Brüseke (2010) e Umberto Galimberti (2006) compreendem a técnica de uma forma ampliada, que vai além de um mero instrumento ou um meio para fazê-lo. “A técnica não é mais algo exterior e exclusivamente instrumental, mas a maneira pela qual o homem se apropria e aproxima-se da natureza” afirma Brüseke (2010, p. 62).

A técnica, segundo os autores supracitados, é um fim em si mesmo, é uma maneira específica de desocultamento, ultrapassa os limites humanos, é funcional, “(...) de instrumento nas mãos do homem para dominar a natureza, se torna o ambiente do homem, aquilo que o rodeia e o constitui (...)” (GALIMBERT, 2006, p.11).

Assim, a subjetivação do homem e sua “essência” sofre o domínio da técnica visto que.

> [...] o homem, pela carência de sua dotação instintiva, só pode viver graças à sua ação, que logo se encaminha para aqueles procedimentos técnicos que recortam, no enigma do mundo, um mundo para o homem. A antecipação, a idealização, a projeção, a liberdade de movimento e de ação, em suma, a história como sucessão de autocriações tem na carência biológica a sua raiz, e no agir técnico a sua expressão. (GALIMBERTI, 2006, p. 09)

Segundo Galimberti (2006), o homem está a serviço da técnica e não o contrário o que o torna refém da sua própria criação. Estabelece-se, nesse sentido, uma fusão entre a técnica perfeitamente desenvolvida e um novo tipo de homem-operador que se adequa a ela e ao mesmo tempo a promove. Essa equação desloca radicalmente o modo de compreender categorias humanistas, a partir das noções de indivíduo, identidade, liberdade, comunicação.

Por outro lado, a técnica não existe fora da manipulação humana e ela é sempre sócio-técnica. E, por sua vez, o homem não pode prescindir da técnica na modernidade. Nessa direção, a técnica precisa do homem para mostrar seus potenciais e o homem precisa da técnica para aumentar a sua potência (BRÜSEKE, 2010). Além disso, diz Brüseke, a técnica não está para os animais como está para o homem. Para ele, a técnica do homem é criativa, consciente, mutável e pessoal.

Habermas (1968), por sua vez, define 'técnica' como a disposição cientificamente racionalizada sobre os processos objetivados. Para ele, onde outrora, nas universidades, persistia uma formação individual da prática profissional – 'transformação do saber em obras'- em que havia relação linear entre a teoria e a prática, hoje "já não se pode resolver na esfera privada da formação, mas só no campo politicamente relevante da tradução do saber tecnicamente utilizável no contexto do nosso mundo vital" (p. 97).

Hoje, as teorias não mais podem converte-se num poder prático, ou seja, expressamente referidas à interação que entre si desenvolvem os homens na sua vida comum e sim, transforma-se em poder técnico. Para Habermas (1968), "as ciências proporcionam agora um poder específico: mas o poder de disposição que elas ensinam não equivale à capacidade de viver e de agir, que outrora se esperava do homem cientificamente formado" (p. 99).

A via de entrada no mundo da vida social do conhecimento científico-natural, por sua vez, se dá por meio da técnica, como saber tecnológico. O conteúdo informativo das ciências só adquire *status* de significação social, então, se mediado pelas práticas dos progressos técnicos (HABERMAS, 1968).

> Os conhecimentos da física atômica tomados em si mesmos permanecem sem consequências para a interpretação do nosso mundo vital pelo que o abismo entre as duas culturas é inevitável. Só quando, mediante as teorias físicas, realizamos fissões nucleares, só quando as informações se utilizam para o desenvolvimento de forças produtivas ou destruidoras, é que suas *consequências práticas* subversivas podem penetrar na consciência literária do mundo vital (HABERMAS, 1968, p. 95).

Segundo Habermas (1968), as habilidades técnicas utilizáveis na esfera do trabalho social não estão condicionadas a uma iniciação teórica visto que a 'tradição' lega os padrões de destreza de forma pragmática aos ofícios. Desse modo, a "teoria que se refere à essência imutável dos negócios humanos, só adquire validade na práxis por marcar atitude vital dos homens que dela se ocupam (...)" (HABERMAS, 1968, p. 98).

Assim, a formação individual na universidade torna-se mais uma *teoria da ação*, do que uma *práxis* propriamente dita, em que os profissionais se apropriarão de maneira muito

particular, segundo uma disposição técnica. Assim, a prática profissional, quer seja o fazer médico, quer seja a construção de maquinarias deve adquirir uma disposição técnica sobre os processos subjetivados para alcançar uma cientificidade experimental (Habermas, 1968).

Schraiber, Mota e Novaes (2009), por outro lado, através dos estudos de Lilia B. Schraiber, observam que quando o saber tecnológico proporciona atos técnicos (segundo os autores, transformações das coisas por sua intervenção manual), é visto como um conhecimento do tipo 'teoria' visto que se trata de um conhecimento complexo. Trata-se de uma teoria sobre as práticas ou modos de praticar segundo Schraiber (citada por SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009). Para alguns autores (GAMA; LENK citados por SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009) trata-se de teoria científica das técnicas ou tecnologia – a ciência das técnicas.

Para Novaes (1996), por sua vez, a 'técnica' ganha dois sentidos: 1) engenho humano ou faculdade da arte, ou seja, criação daquilo que a própria natureza não engendra; 2) perspectiva de um fazer em que se valoriza a produção de produtos, um 'ofício', um fazer que é gasto de energia do homem, e, pois, trabalho.

No primeiro sentido, a noção de 'técnica' (saber) está relacionada à própria obra a ser criada. E, por ocasião da modernidade, a ciência confere à técnica.

> [...] o sentido de uma intervenção manual cujo fundamento passa de um saber mais imediato e prático para, principalmente, um saber progressivamente complexo e produzido para o mundo prático, mas não imediatamente neste mundo prático: a Ciência moderna e seu modo de produzir conhecimentos com o estatuto de verdade (SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009, s/p.).

No segundo sentido, é através da técnica (fazer) que deriva o produto ou uma obra, que ainda que intelectualmente maquinada, é exterior ao agente (SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009; NOVAES, 1996).

Ao longo da história, esses dois sentidos (saber e fazer) de técnica são valorizados de maneira desigual de modo que se estabelecem hierarquias entre as artes mecânicas e as liberais. Segundo Schraiber (citada por SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009), os saberes técnicos ainda são considerados um conhecimento erudito até a modernidade, século XVIII e XIX, onde se separa e rejeita o 'saber prático', ou seja, o trabalho braçal executado pelo proletariado da grande indústria, considerado um agente de trabalho sem saber ('útil'). Já na segunda metade do século XX, segundo Habermas (citado por SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009), a técnica ao se revestir de componentes científicos (conhecimento complexo), eleva-se esse tipo de saber em detrimento dos saberes práticos.

No que tange ao tema da ‘tecnologia’ propriamente dito, no campo da saúde, é usualmente relacionado aos insumos materiais, principalmente aos equipamentos médicos (bisturi, raio-x, ultrassonografia etc.). No entanto, para Schraiber, Mota e Novaes (2009, s/p) a.

> [...] conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões.

A discussão a respeito do movimento tecnificador, no campo da saúde, concerne principalmente ao desenvolvimento do ofício dos profissionais médicos - ‘arte de curar’- que vem sofrendo diversas transformações no que tange a sua natureza e objeto fim, e o uso dos equipamentos foi ganhando novos sentidos. À medida que se incorpora o uso de equipamentos e medicamentos, constitui-se, então, a ‘tecnologia da saúde’ que é, sobretudo, ‘tecnologias de curar’. (SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009).

A noção de ‘tecnologia em saúde’ é, por sua vez, confundida com a tecnologia da medicina, principalmente com os seus equipamentos e instrumentações materiais, como se reduzisse *per si* todo o arsenal tecnológico em saúde. Segundo Schraiber, Mota e Novaes (2009) é no final do século XX que a ideia de ‘positividade’ do conceito de saúde e, por consequência, o desenvolvimento de procedimentos voltados para a sua promoção, as ‘tecnologias em saúde’ são vistas de forma separada, ainda que complementar e independente, dos procedimentos da medicina. Assim, a ‘tecnologia’ passa a ser entendida como “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES GONÇALVES citado por SCHRAIBER, MOTA E NOVAES, 2009).

Outra formulação a respeito do campo da saúde e a tematização das ‘tecnologias’ que remete à distinção entre recursos materiais e saberes, encontra-se nos estudos de Emerson Elia Merhy (1997). Para ele, o processo de trabalho em saúde é atravessado por diversos tipos de tecnologias que permeiam o modo de produzir o cuidado. Merhy (1997) sintetiza em três valises todo arsenal tecnológico do trabalho em saúde:

1. As tecnologias duras: em que a intermediação dos instrumentos é o que a identifica a priori. No caso de uma cirurgia de emergência, por exemplo. Não há espaço para as relações.

2. As tecnologias leve-duras: onde o saber técnico estruturado é o que dá, principalmente, o tom da atividade. A consulta clínica para uma anamnese pode ser tomada como exemplo nesse caso.
3. As tecnologias leves: em que o aspecto relacional só tem materialidade em ato. Isso significa que o trabalho está caracterizado e sua atividade primordial se realiza nas relações. O caso de um grupo de ajuda mútua identifica-se com essa tipificação.

Merhy (1997) destaca ainda que todo trabalho é mediado por tecnologias e que os arranjos irão se estabelecer de uma forma ou de outra a partir da produção do cuidado. Assim, apesar de Merhy dar importância aos processos de trabalho que se centram nas tecnologias leves e leve-duras, há ainda o lugar das tecnologias duras na produção de cuidado.

Dessa forma, vê-se que o trabalho em saúde, especificamente em saúde mental, está entrelaçado com o percurso desenvolvido acima, considerando que as dimensões de técnica e tecnologia fazem parte das produções humanas no contexto de trabalho tanto conceitualmente quanto na prática.

2 PERCURSO METODOLÓGICO: POR UMA CLÍNICA DA ATIVIDADE

Considerando a natureza complexa do objeto de estudo, os modelos teóricos norteadores e a inovação da atividade desenvolvida no Consultório de Rua, faz-se necessária uma abordagem de tipo qualitativa de modo a obter a profundidade imprescindível para a compreensão do fenômeno. Nessa perspectiva, portanto, esta pesquisa se inspirou nas contribuições da Clínica da Atividade – do ponto de vista teórico e metodológico, sobretudo no que tange a análise de dados – proposta por Yves Clot.

Primeiramente, cabe esclarecer que, em virtude de dificuldades na entrada no campo de investigação e acesso às trabalhadoras – o que será mais bem descrito mais adiante –, foi preciso realizar um arranjo metodológico, à luz da Clínica da Atividade, para dar conta do objeto de estudo. Assim, o presente estudo criou um método inspirado na Clínica da Atividade e que pôde, ainda que de modo limitado para os moldes dessa perspectiva, abordar o campo de investigação, às profissionais e, em última instância, o seu objeto de estudo. Cabe ainda nesse capítulo, no que se refere à contribuição teórica de Yves Clot, definir alguns conceitos centrais que fundamentaram o percurso metodológico, sobretudo, a análise dos dados.

A Clínica da Atividade propõe um dispositivo de diagnóstico e de intervenção nos contextos de trabalho que pressupõe que o trabalhador possui um saber sobre o trabalho que realiza e que apenas ele, através dos instrumentos da ação, é capaz de elucidar as situações de trabalho. De acordo com essa perspectiva, a atividade de trabalho não é considerada apenas como objeto de análise, mas como meio de ação. Ou seja, a pesquisa incide principalmente sobre o desenvolvimento da atividade e não apenas sobre o seu funcionamento. Assim, Yves Clot, inspirado pela ergonomia, psicopatologia do trabalho etc. propõe um método que vai além de conhecer quem são os trabalhadores e o seu trabalho, consiste na experiência de construir junto a eles o que poderia vir a ser, criando um instrumento da ação capaz de organizar coletivamente os trabalhadores e, por sua vez, ampliar o seu poder de agir.

O trabalhador, para Clot (2010), nesse sentido, não coincide com um mero executor das tarefas prescritas, pelo contrário, ele é um criador permanente da própria atividade o que irá produzir o real da atividade. Nesse sentido, cabe dizer que o trabalho real (atividade) é aquilo que é posto em jogo pelo trabalhador para realizar o trabalho prescrito (tarefa).

Segundo Oliveira (2002), a tarefa é composta por toda a parte do trabalho que é constituída e determinada pela organização, tudo que o trabalhador tem que fazer e como fazê-lo, bem como um conjunto de objetivos a serem atingidos, as especificações do resultado a obter, os meios fornecidos para a execução da tarefa e as condições necessárias para a execução do trabalho. Logo, o trabalho real pode ser definido através das respostas às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador. Desenvolve-se em função dos objetivos fixados pelo trabalhador a partir dos objetivos que lhe foram prescritos (OLIVEIRA, 2002).

Assim, o real da atividade (que se contrapõe ao de atividade realizada) comporta não só aquilo que o trabalhador faz, mas também o que não faz, o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito, o que deve ser refeito, a atividade sonhada, as inibições e impedimentos, o que é feito a contragosto etc. (CLOT, 2007, 2010) Desta forma, tanto aquilo que o trabalhador realmente faz quanto às atividades improvisadas, suspensas, contrariadas, removidas, ocultas ou paralisadas, e mesmo as impedidas devem ser admitidas na análise, considerando que os trabalhadores sofrem tanto pelo que se lhe impõe, quanto pelo que lhe é impedido fazer.

O esforço conceitual sinalizado na expressão trabalho real está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano do trabalho. Nesse sentido, é dada ênfase ao papel das pessoas como protagonistas ativos do processo produtivo (e não como fator ou recurso humano). Cabe ao trabalhador fazer regulações, ajustes, desvios que garantam a continuidade da produção. A atividade é, portanto, o resultado de um trabalho de reelaboração e reorganização da tarefa por parte do trabalhador (OLIVEIRA, 2002). Desse modo, Clot (2007) aduz que os trabalhadores não são apenas produtores, mas atores engajados em vários mundos e diversos tempos vividos simultaneamente. A atividade prevê, portanto, o engajamento de si com o seu corpo biológico, sua inteligência, seu psiquismo e com seus conhecimentos reunidos a partir da sua história e da sua relação com os outros (TELLES & ALVAREZ, 2004; CLOT, 2010).

A atividade individual é mediada pelo gênero profissional que diz respeito a uma memória impessoal, interpessoal, transpessoal e coletiva da atividade, aos estoques dos "tocares" e dos "falares" da atividade, como uma obrigação compartilhada, embora nem sempre enunciada pelo coletivo de trabalho. Clot (2007, 2010) afirma que o gênero é ao mesmo tempo restrição, quando impõe os limites e se encarrega por direcionar ação, mas também recurso, visto que é através dele que o trabalhador se prepara e poupa seus esforços tendo em vista o acúmulo antecedente. Caso contrário, seria necessário criar cada uma das

atividades a cada momento na ação, o que tornaria o trabalho inviável. O gênero, nesse sentido, se assenta em um princípio de economia da ação.

> O gênero é de algum modo, a parte subentendida da atividade, o que os trabalhadores de determinado meio conhecem e observam, esperam e reconhecem, apreciam ou temem; [...] o que sabem que devem fazer, graças a uma comunidade de avaliações pressupostas, sem que seja necessário reespecificar a tarefa a cada vez que ela se apresenta. É como uma "senha" conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional. (...) De fato, para serem eficazes, elas são parcimoniosas e, na maior parte das vezes, nem sequer são enunciadas. Elas são entranhadas na carne dos profissionais, pré-organizam suas operações e sua conduta; de algum modo, estão grudadas às coisas e aos fenômenos que lhes correspondem. Por isso não exigem, forçosamente, formulações verbais particulares. O gênero como intermediário social é um conjunto de avaliações compartilhadas que organizam a atividade pessoal (CLOT, 2010, p. 122).

No que se refere aos gêneros de atividades, Clot (2010) diferencia os gêneros de discurso, que dispõe de um estoque de enunciados e proto-significações, dos gêneros de técnicas, que estabelece "a ponte entre a operacionalidade formal e prescrita dos equipamentos materiais e as maneiras de agir e pensar de determinado meio", compondo as proto-operações (CLOT, 2010, 123). Cabe acrescentar ainda que o gênero é também um resumo proto-psicológico disponível para a atividade em curso.

O gênero, como um implícito da ação, nesse sentido, fornece os pré-fabricados, ou seja, esquemas operatórios, perceptivos, corporais, emocionais ou relacionais e subjetivos sedimentados no decorrer da sua vida, utilizados como instrumentos para ação. Por seu intermédio, afirma Clot (2010), os trabalhadores são capazes de avaliar a própria ação, bem como a dos colegas. Nessa direção, a renúncia ao gênero, escreve o autor, é sempre o início de uma desordem da ação individual cuja função psicológica insubstituível, nesse sentido, é insubstituível.

No entanto, o gênero não possui uma estrutura fixa e estanque, ao contrário, para a sua sobrevivência, ele se mantém inacabado guardando sempre lugar para os retoques do estilo. As criações estilísticas dizem respeito à distância que os trabalhadores interpõem entre a sua ação e a história coletiva, ou seja, quando incorporam algo novo e emprestam o seu modo de ser ao gênero, embora não o modifique a ponto de enfraquecê-lo. No entanto, para isso é preciso alcançar o domínio dos gêneros da atividade, torná-las suas. Ou seja, a estilização do gênero provém da capacidade que o trabalhador tem de se libertar, na medida em que domina o gênero, e realizar a ação ao seu modo. Dessa forma, o estilo promove a metamorfose do gênero ao passo que o mantém vivo (CLOT, 2007, 2010). Além disso, o trabalhador – para

transformar o trabalho “para si” – precisa se apropriar de alguns signos e ferramentas que não estão disponíveis objetivamente.

O gesto, segundo Clot (2007, 2010), diz respeito à síntese dos aspectos do gênero, ao que para um observador externo parece um atributo mecânico e opaco, é, na verdade, carregado de sentido, embora não transparente, para aqueles que o fazem. Nesse caso, o gesto junta-se aos subentendidos, individuais e coletivos, que organizam a ação, sem necessariamente o conhecimento do sujeito. (CLOT, 2010) Quando imitado de modo estritamente mecânico por outrem e em contexto diverso, o gesto perde o seu sentido e eficácia. Clot (2010) afirma que concretamente não há uma “transmissão”, tal como o termo designa estritamente, considerando ainda que “o gesto não é uma bola que se passa” (p. 163), mas uma apropriação, tornando-o seu, através da transformação do gesto por parte do trabalhador, ou seja, o seu retoque. Desse modo, assim como o gênero, o gesto só é transmitido na medida em que decorre da estilização do gesto, ainda que não o mesmo gesto, visto que é retocado. Sobre esse ponto, é preciso salientar que “[...] o gesto, ao tornar-se meu, adquire o seu estilo apenas se é avaliado como uma contribuição para o desenvolvimento do gesto dos outros, estabilizado na história de um coletivo” (CLOT, 2010).

Nessa perspectiva, trabalhar é transformar o mundo, transformando a si mesmo no trabalho. É ainda palco dos dramas dos trabalhadores e remete às escolhas que confrontam a pessoa com ela mesma. Nesse sentido, “a atividade é extremamente complexa e mobiliza a subjetividade dos trabalhadores na criação de normas e meios de ação, envolvendo dimensões individuais e coletivas (criatividade, convivência, implicação subjetiva), não engendradas via prescrição de tarefas e arranjos técnico-organizacionais” (LEÃO, 2002, p. 302). Assim, cabe apresentar os passos seguintes desse percurso metodológico. A seguir, conheceremos o problema e os objetivos desse estudo. Após isso, apresentaremos o recorte empírico; as participantes do estudo; o instrumento de pesquisa, procedimentos de coleta e parâmetros para a análise de dados.

2.1 Recorte Empírico: o Consultório de Rua do CETAD

O Consultório de Rua do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Álcool e Outras Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) foi o escolhido para realizar esse estudo em virtude da sua importância no cenário nacional e da disponibilidade em participar desta pesquisa tanto por parte da então coordenadora quanto por parte das profissionais integrantes da proposta.

Por ocasião da produção dos dados junto ao campo de investigação, se estabeleceu contato também com a coordenadora do Consultório de Rua da cidade de Lauro de Freitas, região metropolitana de Salvador, através de reuniões na Secretaria de Saúde do município e conversas via e-mail no intuito de estabelecer um comparativo entre as equipes. No entanto, segundo a referida coordenadora, este projeto estava paralisado por muito tempo e seus respectivos profissionais inseridos em diversas ocupações o que os impossibilitou de participar desse estudo.

De modo informal, foram realizadas algumas visitas ao CR do CETAD no ano de 2012 e também em 2013 a fim de subsidiar o projeto de pesquisa desse mestrado ao passo que também era construída uma relação com os potenciais campos de investigação e, por sua vez, com os possíveis participantes. Pode-se dizer, nesse sentido, que o campo de investigação estava sendo reconhecido.

Em 2012, foi possível conhecer a equipe à época, sua coordenação e os estagiários que compunham o grupo assim como acompanhar duas descidas ao campo de atuação do CR, vivenciando parcialmente aquela experiência de trabalho. Ainda que de modo informal, após as visitas ao campo de atuação do CR, foram feitos alguns registros concordando que esse contexto de trabalho se diferenciava dos demais no que tange a diversidade de situações e pessoas que demandavam atenção e cuidado das profissionais. Após a segunda visita ao CR – em virtude da saída da coordenação e em decorrência de um problema com o seguro dos veículos, que eram utilizados para o deslocamento da equipe até os campos – as atividades do CR naquele momento foram encerradas e ficaram suspensas até outubro de 2013.

Com o mestrado em curso, no ano de 2013, realizei visitas institucionais, também de modo informal, à supervisora técnica do Consultório de Rua e do projeto De Cara na Rua do CETAD e à coordenação de abordagem de campo da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), um serviço de extensão permanente do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) também pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Na ocasião dessas visitas, segundo a supervisora técnica do CR e do De Cara na Rua, uma nova equipe do CR havia sido selecionada e as profissionais passavam por uma ambientação do trabalho, ao passo que realizavam a abertura de campo[7]. No caso da Aliança

[7] A "abertura do campo" é um momento anterior ao trabalho propriamente dito em que as profissionais visitam locais tipicamente utilizados por pessoas em situação de rua que fazem uso de substâncias psicoativas o que é observado através de experiências anteriores do CR e

de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, as atividades de campo foram interrompidas por falta de financiamento do projeto de Redução de Danos e não havia previsão para o seu retorno, segundo a coordenadora.

Esses encontros se caracterizaram por conversas informais no intuito de conhecer um pouco mais da estratégia de abordagem na rua, principalmente a respeito do trabalho e das trabalhadoras nesse tipo de serviço. Nesses momentos, foi possível abordar, a partir de um roteiro temático aberto, os elementos que compunham o trabalho das profissionais, o perfil das profissionais envolvidas, as peculiaridades do contexto de trabalho, sobre as estratégias e instrumentos implicados no trabalho, sobre o tema da Redução de Danos e da Clínica, entre outros. A despeito de se tratarem de conversas informais, essas visitas forneceram o subsídio necessário para a construção do projeto de pesquisa do mestrado, no que tange a delimitação do objeto e a construção do instrumento de pesquisa, e delinearam, de certa forma, as etapas que se sucedem a partir daí.

Na ocasião da produção de conhecimento sobre o trabalho, em 2014, novo contato foi realizado com a coordenação do CR do CETAD e, como descrito acima, com a coordenação do CR do município de Lauro de Freitas. Nesse momento, sou surpreendida com a notícia de que o CR do CETAD havia suspendido suas atividades visto que passava por um período de transição. Tornar-se-ia Consultório *na* Rua, migrando da saúde mental para a Atenção Básica (AB) o que, por sua vez, alteraria os contratos das profissionais e a direção do serviço que agora estaria mais voltado para AB, incorporando de maneira mais oficial os princípios e diretrizes que regem o SUS assim como se responsabiliza pela porta de entrada da população em situação de rua (BRASIL, 2010a, 2010b).

O Consultório de Rua do CETAD, ao longo dos anos, passou por diferentes versões em função da mudança de equipe, da coordenação e dos campos de atuação decorrente de algumas interrupções, em sua maioria, por falta de financiamento, visto que se sustenta através de projetos. Oliveira (2009) já aponta esse fator em sua dissertação como algo que desfavorecia o desenvolvimento do trabalho, posto que gerava insegurança e, em consequência, desmotivação dos profissionais, pois estes se viam obrigados a romper os vínculos com os usuários e deixar para trás todo o trabalho já realizado. Em virtude disso, a autora constatou a transitoriedade dos técnicos que não tinham segurança para percorrer uma trajetória profissional satisfatória no âmbito do CR.

---

de diagnósticos feitos através de dados provenientes, por exemplo, do mapa da violência do município.

A mudança de nomenclatura implica, sem dúvidas, em mudanças também no contexto de trabalho visto que estariam em comunicação direta com a Atenção Básica. Considera-se, no entanto, nesse estudo que o CR do CETAD e a sua equipe ainda operava no registro anterior, visto que essas alterações, mesmo que previstas, ainda não tinham alcançado concretamente o cotidiano do trabalho das profissionais. Por esse motivo, esse estudo adotou a nomenclatura Consultório *de* Rua ao se referir ao CR do CETAD.

Em virtude dessas mudanças, inclusive do ponto de vista contratual das profissionais, e, associada à ocorrência dos jogos da COPA do Mundo em Salvador, o período da coleta de dados da pesquisa teve que ser prolongado. Após cinco meses de interrupção do serviço, aos poucos as profissionais começaram a retomar as atividades de forma regular e, então, entre os meses de Julho à Setembro de 2014 foi possível encontrá-las para que me concedessem às entrevistas. Essas intercorrências impactaram também no acesso a esses profissionais que teve que ser fragmentado.

2.2 As agentes do Ofício: caracterização das participantes

A Clínica da Atividade propõe que para conhecer o ofício, independente dos aspectos concernentes investigados, deve-se abordar as trabalhadoras que o realizam (as agentes) de modo a experimentar junto a elas um exercício dialógico de confrontação. Nesse sentido, as profissionais dos Consultórios de Rua (do CETAD e, como mencionado, de Lauro de Freitas) seriam as únicas capazes de refletir sobre o seu próprio trabalho e, só através delas, é possível ter acesso ao real da atividade. Além disso, presumindo-se que as profissionais com nível superior teriam algo do trabalho compartilhado, elegeu-se nesse estudo apenas profissionais com nível superior de formação e, pelo mesmo motivo, elegeu-se aquelas profissionais que fizessem parte do CR por, no mínimo, seis meses a fim, portanto, de compreender a relação entre o arcabouço teórico, técnico e pessoal com o seu fazer.

Assim, para encontrar comas profissionais, foi realizado contato com a coordenadora do CR e do CETAD e com a coordenadora do CR de Lauro de Freitas. Como observado acima, apesar da coordenação do CR de Lauro de Freitas ter sido receptiva e ter indicado as profissionais, estas não corresponderam aos diversos contatos realizados, o que corrobora a informação passada pela coordenadora que as profissionais, na ocasião do contato, se encontravam inseridas em outras ocupações, o que impossibilitou a participação dessas nesse estudo.

No CR do CETAD, a proposta foi mais bem acolhida e, através de um contato com a coordenadora deste CR, foram indicadas algumas profissionais, ou seja, as profissionais de nível superior integrantes do Consultório de Rua do CETAD que possuíam no mínimo seis meses de inserção. De modo espontâneo e paulatino, as profissionais participantes foram correspondendo aos contatos realizados e, de acordo com a disponibilidade de cada uma, eram marcados os encontros para as entrevistas.

Assim, foram entrevistadas seis profissionais, sendo uma psicóloga, dois psicólogos, duas enfermeiras e uma assistente social, que integram ou já integraram o Consultório de Rua do CETAD por pelo menos seis meses. Essa composição, se deu a partir da disponibilidade das profissionais, ao que não chegamos a esse número propositadamente, visto que, para a pesquisa do tipo qualitativa, principalmente considerando a perspectiva da clínica da atividade, considera-se mais a profundidade e o que revelado no encontro com o trabalhador do que o alcance quantitativo.

Observa-se, dentre as profissionais, a predominância do sexo feminino, o que encontra consonância com o campo da saúde e da saúde mental, em que, de modo geral, as mulheres também são maioria. Nesse estudo optou-se por utilizar o gênero feminino na redação ao se referir as/os participantes, a fim de destacar essa diferença e esse fenômeno, o que não visa, de maneira alguma, excluir os profissionais do sexo masculino nessa discussão.

Considerando que nesse estudo a profissão é um elemento importante para a análise, os nomes foram suprimidos e, em seu lugar, criou-se uma legenda que identifica a categoria profissional (ex. ENF, PSI e ASS) acompanhado de um numeral escolhido aleatoriamente para diferenciar na ocorrência de mais de um representante naquela categoria o que gerou: ENF.ª 01 para a Enfermeira 01, ENF.ª 02 para a Enfermeira 02, PSI.ª 01 para a psicóloga 01, PSI.º 02 para o psicólogo 02, PSI.º 03 para o psicólogo 03 e ASS. ª 01 para a assistente social 01.

Quanto ao período de inserção no Consultório de Rua, a maioria das profissionais teve seis meses de participação no projeto, já na versão atual. Quando as entrevistas foram iniciadas, elas estavam recomeçando um novo período de trabalho, após alguns meses de atividades suspensas. Dentre as seis profissionais entrevistadas, cinco compunham a versão atual do CR, destas, apenas uma não foi recontratada quando o projeto foi renovado, lotado agora na AB, o que alterou também o formato de contratação da equipe. No quadro a seguir,

descrevemos as informações sobre as profissionais no que diz respeito ao ano de graduação, formação complementar[8], experiências anteriores[9] e período de atuação no CR do CETAD.

[8] Entendida aqui como as experiências posteriores à graduação do ponto de vista acadêmico, teórico ou profissional.
[9] O que concerne às experiências práticas anteriores à inserção no CR destacadas pelas profissionais.

Legenda	Formação	Ano de Graduação	Formação Complementar	Experiências Anteriores	Período no CR
ENF.ª 01	Enfermagem	2004	Cursos e Extensões	Doação de Órgãos e Clínica Cirúrgica	4 anos
ENF.ª 02	Enfermagem	2012	Pós Graduação em Saúde Pública	Estágio no Consultório de Rua	6 meses
PSI.ª 01	Psicologia	2013	Não	Estágio no Centro de Convivência	6 meses
PSI.º 02	Psicologia	2009	Cursos e Mestrando em Ciências Sociais	Estágio em internação psiquiátrica, Centro de Convivência, Clínica Psicanalítica e ambulatório do CETAD	6 meses
PSI.º 03	Psicologia	2012	Pós Graduação em AD	Estágio curricular em presídio, Comunidade Terapêutica e CRAS com medida socioeducativa	6 meses
ASS.ª 01	Serviço Social	1988	Especialização em Terapia Familiar e Sistêmica	Secretaria de Desenvolvimento Social desenvolvendo projetos com Alcoolistas, CAPS II	6 meses

Quadro 1 – Caracterização das Participantes

Como pode ser observado, trata-se de um grupo eminentemente jovem, embora já com experiências bastante diversas no campo da saúde mental e outras inserções também nessa direção. No entanto, nenhuma das profissionais participantes tinha experiência anterior em abordagem na rua. É importante destacar também a experiência de algumas profissionais nesse campo de atuação desde a sua graduação, o que revela a presença, ainda que tímida, desse tema nas suas grades curriculares. Isto coincide com a expansão da rede de atenção e conquistas no âmbito dos direitos dos usuários de álcool, crack e outras drogas. Assim, a fim de alcançar os objetivos da pesquisa, segue abaixo a apresentação do instrumento de pesquisa e dos procedimentos para a produção de dados.

2.3 Instrumento de Pesquisa

O principal instrumento dessa pesquisa trata-se de uma entrevista semiestruturada em profundidade (ANEXO I), embora a situação de diálogo criada tenha se utilizado do roteiro muito mais como inspiração do que o seguido rigidamente, respeitando a cada encontro o

curso dialógico de cada profissional em relação ao seu trabalho. Conservou-se, no entanto, os temas centrais que tangenciavam os objetivos específicos dessa pesquisa a fim de alcançar o seu objetivo geral.

O percurso metodológico, principalmente no que concerne ao instrumento e procedimentos para produção de dados, se deu por inspiração na Clínica Atividade e sobre esse tangente especificamente utilizou-se o recurso de "instruções ao sósia" como modelo. Clot (1999) afirma que a experiência do trabalhador precisa ser transformada e não apenas reconhecida. Melhor ainda, a experiência de trabalho só é reconhecida a não ser a partir de sua transformação. Assim, a experiência só é vista quando muda de estatuto: quando ela se torna um meio para viver outras experiências. Dessa forma, para provocar essa transformação é preciso introduzir um dispositivo capaz de confrontar o profissional com o seu próprio trabalho, daí que o método de "instruções ao sósia" serve como modelo nesse estudo, segundo o qual se cria uma situação tal em que o trabalhador explora através da descrição detalhada e refletida do seu trabalho a fim de instruir o seu "sósia-substituto", nesse caso "o pesquisador". Clot (1999), ao descrever o método, afirma que

> [...] as questões que o sósia coloca desenham a situação ordinária do sujeito sob os traços inesperados para o sósia. Para o sósia, a situação é desconhecida e está por descobrir. Ele deve antecipar os obstáculos e os recursos que ele encontrará em função da representação que ele se faz da situação. Ele pede ao sujeito que o guie em sua ação. [...] O instrutor deverá ajuda-lo a se ver numa situação que ele não conhece, indicando a ele não apenas o que ele faz habitualmente, mas também o que ele não deve fazer na situação, o que ele não deveria jamais fazer se for substituído, o que ele poderia fazer, mas não fará, etc. (CLOT, 1999, s/p)

A atividade do sósia, portanto, leva o instrutor a compartilhar sua versão real, sendo convocado a tratar sobre a atividade possível ou impossível, sobre os comportamentos que venceram, mas também aqueles que foram abandonados sem no entanto serem abolidos. "O sujeito, no curso deste exercício, tenta ser aquilo que ele pensa que deveria ser, servindo-se da situação profissional como mediação, como instrumento de ação sobre o sósia" (CLOT, 1999, s/p). Desse modo, essa experiência "recoloca o sujeito frente às escolhas que ele fez, nas contradições que ele sofreu e que o levaram, no melhor dos casos, à saída que ele apresenta". (CLOT, 1999, s/p).

Assim, a pesquisadora do presente trabalhou buscou aproximar-se das trabalhadoras desse estudo tal como o sósia do método de "instruções ao sósia", inspirando-se no espírito daquele que nada sabe sobre o trabalho, confrontando, dessa maneira, as profissionais. Nessa

direção, houve alguns ajustes no que concerne ao instrumento de pesquisa, quanto à flexibilização do roteiro de entrevistas e a utilização de outros recursos como, por exemplo, provocar o diálogo à luz das teorizações propostas por Yves Clot sobre esse tangente. Esses recursos junto aos ajustes na condução das entrevistas compuseram o arranjo metodológico proposto.

2.4 Produção de Conhecimento Sobre o Trabalho

No que tange a produção de conhecimento sobre o trabalho, Clot (2010) recomenda que como pesquisador "somos aquele que nada – ou quase nada – sabe acerca do trabalho, de qualquer modo, o trabalho desse operador, aquele que também nada conhece da linguagem" [10] (CLOT, 2010, p. 136). Dessa forma, o pesquisador deve abordar esse trabalhador como legítimo estrangeiro no que concerne o desenvolvimento do seu trabalho a quem o trabalhador deve ensinar. Clot (2010) adverte ainda que não se deve impor uma ordem segundo as suas necessidades e interesses, visto que do contrário pode-se prejudicar o curso do desenvolvimento e a reelaboração do trabalhador.

Clot (2010, 2007) destaca também a potência do diálogo afirmando que o enunciado, assim como a atividade, sempre é endereçado a algo ou a alguém e supõe ao menos três destinatários nessa situação de pesquisa: o próprio sujeito, o outro (implícito e explícito) e ao pesquisador. Segundo ele, a partir de Bakhtine, "qualquer diálogo inclui uma dramaticidade intrínseca, desenrola-se em um teatro em que se confronta uma pluralidade de vozes, bem além daqueles dos atores" (CLOT, 2010, p. 133). Nesse sentido, o diálogo é sempre polifônico e, em última análise, sempre anunciará a relação que o sujeito tem consigo mesmo e com os outros. Na Clínica da Atividade, quando da experimentação dialógica com os trabalhadores, a última palavra nunca é dita, ou seja, a produção de conhecimento sempre é inacabada, considerando que o desenvolvimento da atividade segue seu curso independente da situação de pesquisa.

A renovação metodológica que Clot propõe se refere ao fato de introduzir uma experiência dialógica, na qual o trabalhador é confrontado com a própria imagem em vídeo, em que se mostra sua atividade na presença do pesquisador. A partir disso, o profissional é impelido a discorrer sobre o seu trabalho ao mesmo tempo em que o assiste. Esse é o primeiro

[10] No sentido de "linguagem do trabalhador", ou seja, "linguagem dos ferroviários", "linguagem da cimenteira" e, no caso em tela, "linguagem das profissionais do CR" .

momento, denominado de **autoconfrontação simples**. No segundo momento, o mesmo trabalhador assiste ao mesmo vídeo na presença de um colega-par, que já se confrontou antes, e do pesquisador, ao que se chama de **autoconfrontação cruzada**. Essas estratégias buscam levar o trabalhador a se interrogar sobre o que eles fazem e como fazem. Ao começar a descrever de modo detalhado os gestos, os modos e os procedimentos, em um dado momento, são manifestadas outras dimensões da atividade que transbordam as descrições, visto que há operações na atividade que a mera descrição não alcança (CLOT, 2010).

> [...] a autoconfrontação cruzada visa, sobretudo, contaminar a atividade comum, não para submetê-la a cânones que não são os seus, mas para liberá-la de tudo que é convencional, necrosado, amaneirado, amorfo, de tudo que freia sua evolução. De fato, 'sobra sempre um excedente de humanidade não realizado', escreve Bakhtine. Um diálogo a desenvolver. (CLOT, 2010, p. 258).

Essas estratégias conduzem o trabalhador a ir além de uma mera reflexão ou descrição sobre a sua atividade, visa transformar, portanto, as situações de trabalho, alterando o seu *status* para que o trabalhador possa ampliar o seu poder de agir. Daí decorre a inovação metodológica da Clínica da Atividade que mais do que um método de investigação, torna-se meio para agir, produzindo um instrumento para ação dos trabalhadores.

Como mencionado anteriormente, as inúmeras intercorrências no campo de investigação impossibilitaram o uso da metodologia nos moldes propostos pela Clínica da Atividade no que tange a utilização da autoconfrontação cruzada e se aproxima mais do método de "instruções ao sósia". Além disso, o estudo se apropriou dos temas, conceitos e atitudes centrais[11] da perspectiva da Clínica da Atividade, tanto do ponto de vista da condução da produção de dados quanto do ponto de vista das análises, propondo um arranjo metodológico que visa dar conta do problema e dos objetivos de pesquisa.

Foram realizados encontros de modo individual com as profissionais nos quais era proposta uma conversa, inicialmente, sem um itinerário previsto, nem esboços de conversa, embora inspirada pelo roteiro de entrevistas no que concernem os temas centrais dessa pesquisa. Além disso, foram introduzidos alguns recursos à luz da Clínica da Atividade, a exemplo de conduzir as profissionais, através do diálogo, a uma, confrontação com o seu trabalho. Tratou-se principalmente de suas respectivas abordagem na rua, a relação com a equipe, a estratégia da Redução de Danos, a relação com os usuários e com os campos de atuação, sobre a clínica etc., a fim de impulsionar o encontro das profissionais com os limites

[11] No sentido de valores, crenças e posturas que direcionam para a ação.

dessa descrição, o que as obrigaria a desvendar os enigmas do gênero e, por sua vez, o real da atividade.

Além disso, no que tange a postura do pesquisador, buscou se posicionar como estrangeira da atividade tal como recomendado por Clot (2010), criando uma situação similar à experiência de "instruções ao sósia" como descrito anteriormente.. Cabe ressaltar ainda que, no decorrer na conversa dialogada, cada profissional perseguiu um percurso muito particular quanto à análise da atividade, envolvendo-se a partir daí com as próprias histórias, revelando os embaraços e percepções inéditas sobre a própria atividade em que, muitas vezes, se surpreendiam com os próprios *insights*. Essas impressões na ocasião das entrevistas, depois confirmados com a análise das narrativas, indicam um alcance do arranjo metodológico proposto nesse estudo, propiciando, dessa forma, as condições de análise.

Nessa direção, afirma Clot (2010), a autoconfrontação cruzada na clínica da atividade instala os sujeitos em um paradoxo: sua atividade deve ser compreendida olhando para trás, mas só pode ser vivida olhando para frente. O vivido é nesse caso, vivo. Pode-se pensar que, também, nessa sequência, esse paradoxo é a mola propulsora da alternância funcional entre a atividade conversacional propriamente dita e a atividade de análise, cuja função se modifica no decorrer da interação (CLOT, 2010, p. 71-72).

As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade e preferência de local para cada profissional. Ou seja, algumas ocorreram no próprio CETAD, outras na UFBA ou ainda nas proximidades da residência da profissional, o que não parece ter produzido grandes diferenças no que tange a análise. Foi realizado um encontro com cada uma das profissionais, totalizando 663 minutos de entrevistas. Essas entrevistas foram, portanto, gravadas e posteriormente transcritas para fins de análise.

O uso de recursos como o gravador foi informado às participantes, bem como sobre o termo de consentimento livre e esclarecido e os respectivos cuidados éticos. Considera-se que a presente pesquisa investiga uma dimensão da externalidade pública da vida das pessoas no que concerne a sua conduta profissional, não existindo elementos que invadissem a sua intimidade pessoal ou outros ainda que as constrangessem em sua dignidade humana ao que as profissionais demonstraram, durante as entrevistas, tranquilidade e não hesitaram a responder nenhuma das perguntas. As profissionais são reguladas ainda pelos códigos de ética das suas respectivas categorias profissionais, o que também assegura o sigilo e conduta ética das profissionais. Analisa-se, nesse sentido, que foram extintas, no percurso dessa pesquisa, as potenciais questões éticas.

2.5 Análise de Dados

A partir da condução durante a produção de conhecimento sobre o trabalho das profissionais, torna-se possível, portanto, as condições de análise à luz da Clínica da Atividade. Repreende-se novamente que o presente estudo, no que concerne ao método, trata-se, enfim, de um arranjo metodológico inspirado na proposta de Yves Clot, visto que, para ele, o material de análise só se faz presente quando da mudança de estatuto da atividade. Nesse sentido, pressupõe-se, desde já, que em alguma medida esse trabalho tenha deixado escapar algo, no que concernem os dados. Por outro lado, o potencial da perspectiva utilizada pôde ser usufruído, ainda que não em sua plenitude, para alcançar o problema e objetivos de pesquisa.

Cabe resgatar aqui o conceito de real da atividade (que se contrapõe ao de atividade realizada) comporta não só aquilo que o trabalhador faz, mas também o que não se faz, o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito, o que deve ser refeito, a atividade sonhada, as inibições e impedimentos, o que é feito a contragosto etc. (CLOT, 2007, 2010) Desta forma, tanto aquilo que o trabalhador realmente faz quanto às atividades improvisadas, suspensas, contrariadas, removidas, ocultas ou paralisadas, e mesmo as impedidas devem ser admitidas na análise, considerando que os trabalhadores sofrem tanto pelo que se lhe impõe, quanto pelo que lhe é impedido fazer.

As entrevistas transcritas foram colocadas em diálogo através do entrelaçamento dos temas recorrentes, principalmente no que tange o *modus operandi* e a sua relação com o arcabouço teórico, técnico e subjetivo das profissionais, o que produziu um material consistente no qual foi possível tratar e analisar sob a perspectiva da Clínica da Atividade. Clot (2010) formula “que a atividade conversacional pode ser colocada a serviço de uma atividade de análise” (CLOT, 2010, p.267). No caso em questão, a “conversa” se deu entre pesquisador e entrevistado. Nesse contexto, “o objeto de discurso imposto [pelo pesquisador ou pelo entrevistado] pela conversa na interação dialógica é que renovou o objeto de debate que cada sujeito estabelecia consigo mesmo” (CLOT, 2010, p.271). Nesse sentido, considera-se que, por intermédio desse arranjo descrito acima, o real da atividade pode emergir.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do ofício das profissionais do Consultório de Rua decorrente do encontro com as trabalhadoras proporcionou a revelação e reconhecimento de um saber que ao mesmo tempo em que não o sabiam ter, eram as únicas capazes de sabê-lo. Dessa forma, através da reflexão dialógica orientada inspirada pela Clínica da Atividade foi possível entrar em contato, mesmo que parcialmente, com o real da atividade presente no desenvolvimento do trabalho no Consultório de Rua.

No entanto, é preciso reiterar, que isso não significa que esse saber tenha se esgotado nessa situação de pesquisa. Ao contrário, segundo Yves Clot, as investigações no tangente ao contexto de trabalho sempre estão condicionadas ao *vir a ser* posto que seja dinâmico e incontrolável. Nesse sentido, o conhecimento científico produzido a partir do contexto de trabalho não deve ser tomado como uma verdade estanque, considerando o dinamismo das relações de trabalho e do próprio desenvolvimento da atividade.

Destacam-se, considerando os objetivos de pesquisa, nesse sentido, os dados que dizem respeito principalmente ao *modus operandi* das profissionais, bem como os elementos relacionados ao contexto de trabalho e ao seu desenvolvimento. Assim, apresenta-se e discute-se nas páginas seguintes: **4.1** o Universo do Trabalho; **4.2** como o tema da Rua aparece nas narrativas; **4.3** sobre a Abordagem na Rua; **4.4** a respeito dos instrumentos, conteúdos e estratégias que compõe a Caixa de Ferramentas das Profissionais; **4.5** sobre as relações entre As Categorias Profissionais representadas nesse estudo; **4.6** a respeito do tema do Vínculo e as suas reverberações no campo; **4.7** sobre as dificuldades enfrentadas no Ofício; **4.8** como o tema do Medo tem aparecido nesse contexto de trabalho e como as profissionais têm lidado com essa dimensão; **4.9** como a estratégia de Redução de Danos tem sido utilizada no desenvolvimento do trabalho e **4.10** sobre a Clínica do Consultório de Rua e as concepções das profissionais a respeito.

3.1 O Universo do Trabalho

Esse tópico diz respeito às narrativas que descrevem a atividade ; que abordam as concepções em torno do que fazem e do que não fazem, do que gostariam de fazer e do que são impedidas etc.; que tratam das prescrições da atividade sejam elas oficiais ou extraoficiais e das suas diretrizes gerais; quando as entrevistadas tratam da equipe de trabalho e o seu modo de funcionamento e, por fim, a respeito dos aspectos físicos, ambientais e organizacionais da atividade.

O trabalho do Consultório de Rua consiste na abordagem, acolhimento e acompanhamento de jovens usuários de substâncias psicoativas em situação de rua como está disposto nos manuais, guias e outros documentos oficiais já referenciados. Nesse sentido, a equipe multiprofissional – que já deve estar devidamente fardada e com os materiais (formulários de encaminhamento, preservativos, álbum seriado[13], lista de atendimento, cartilhas, panfletos, materiais para oficina, entre outros) de prontidão no carro, caso seja necessário o seu uso – se desloca cotidianamente, através de um veículo adaptado, às chamadas "cenas de uso" que foram previamente selecionadas na ocasião da "abertura do campo".

A "abertura do campo" é um momento anterior ao trabalho propriamente dito em que as profissionais visitam locais tipicamente utilizados por pessoas em situação de rua que fazem uso de substâncias psicoativas. Estes locais são definidos através de versões anteriores do CR e de diagnósticos feitos através de dados provenientes, por exemplo, do mapa da violência do município. Nesses locais em potencial, as profissionais conversam com os transeuntes, com os moradores, com a rede de apoio (Unidade Básica de Saúde – UBS, Agentes Comunitários de Saúde – ACS, Centro de Referência da População em Situação de Rua – CENTRO POP, etc.), com as autoridades sejam elas formais (polícia civil, guarda municipal, donos de lojas, de mercearias, etc.) ou informais (donos de boca de fumo, pequenos e médios traficantes, donos de bordel etc.) para, a partir daí, estabelecer os critérios de escolha e dar início ao trabalho definitivamente.

Na ocasião das entrevistas, as profissionais já tinham atravessado a etapa da "abertura de campo" e já circulavam pelos campos com certa familiaridade a ponto de construírem um mapa afetivo-descritivo sobre cada um desses campos, o que será mais detalhadamente discutido em outro momento adiante.

No que se refere às prescrições formais da atividade, as profissionais relatam que, de maneira geral, não havia um regimento, regras de atuação socializadas, tarefas pré-estabelecidas para cada profissional ou orientações dessa natureza por parte da chefia ou das colegas. Desse modo, a despeito do discurso das profissionais, em certa medida, estar alinhado aos princípios e diretrizes do CR tais como a estratégia de Redução de Danos, respeito à diversidade entre outros, não se vislumbrava ou compreendia, ao menos não na ocasião do início do trabalho, como isso se desenrolava na prática.

[13] Recurso visual formado por páginas em sequência lógica, usado para auxiliar no processo de ensino a pequenos grupos sobre um assunto específico. No caso do CR o tema abordado eram as DST/AIDS e Redução de Danos.

De modo geral, quando se chega a um trabalho novo, é natural que se sinta um tanto "desenturmado" e perdido quanto aos direcionamentos da ação. Clot (2010) compara esse momento com uma peça teatral em que a sua representação já estivesse dado o início, no qual a relação dramática já estivesse instituída, determinando, dessa forma, o seu papel nessa trama e o seu direcionamento. Aqueles que já estavam presentes no palco já sabem o *script* e tem uma ideia da peça que está sendo representada, de modo a ser possível negociar com o recém-chegado, conclui Y. Clot. Esse subentendido da ação, ou como escreve Clot, "esse intermediário sociosimbólico, esse corpo de avaliações comuns, que intercede na atividade pessoal e opera de maneira tácita, é que foi designado pelo conceito de *gênero profissional"* (CLOT, 2010, p. 169 – grifo do autor).

No entanto, o gênero profissional implica em uma memória social acumulada através da contribuição dos agentes da ação (e suas respectivas estilizações) ao longo de um período de modo a sustentar a sobrevivência do gênero. Considerando, nessa direção, que a equipe do Consultório de Rua ainda não se apropriou do seu gênero em vista de ser uma versão recente[14] que as profissionais, por sua vez, ainda não o dominaram completamente e não acomodaram o seu estilo de modo pleno, essa realidade exprime uma peculiaridade diversa a qual nos deteremos mais adiante.

Ressalta-se que essa percepção da "falta" de prescrições formais, direcionamentos oficiais e obrigações compartilhadas persistia, ainda que pese a existência de um guia do consultório de rua, de manuais de capacitação e outras publicações que também iam nessa direção e que poderiam, pela importância e lugar que ocupam no âmbito do CR, compor essas orientações oficiais da atividade. Essas referências e publicações citadas, no entanto, parece não ter sido suficiente para nortearem a ação das profissionais novatas no momento de sua inserção. Entretanto, de algum modo, os gêneros da atividade - tanto os gêneros técnicos, que dizem respeito às proto-operações, quanto os gêneros do discurso com as proto-significações – foram incorporados pelas profissionais no desenvolvimento de sua atividade, o que denota que encontraram outra via para se fazerem presentes e habitarem o seu imaginário.

O que ficou patente, ao longo das entrevistas, no entanto, é que mesmo depois desse período de maior atuação nesse contexto de trabalho, as profissionais ainda não tinham clareza do que compunha especificamente as suas atribuições. Elas destacam, inclusive, que não havia uma organização prevista no que tange o desenvolvimento das tarefas ou sobre o seu conteúdo ou até mesmo o que cabe a cada profissional fazer não só em relação às tarefas

[14] Recordo que nessa nova versão, a equipe é eminentemente jovem e não possuíam experiência anterior com abordagem na rua o que pode ter dificultado na formação do gênero profissional dessa atividade.

que eram desenvolvidas especificamente, mas, como também, em relação à atividade como um todo.

Apesar da atividade (trabalho real) sempre exceder a noção de "execução da prescrição" para o recém-chegado, as prescrições e orientações socializadas no coletivo de trabalho assumem uma função importante com relação às angústias e expectativas com o novo trabalho. Porém, no contexto do CR tanto as prescrições quanto as socializações no grupo parecem não prosperar, considerando que minimamente elas existem e se fazem presentes no cotidiano de trabalho.

Segundo alguns estudos (OLIVEIRA, 2009; TONDIN, 2011; LIMA, 2013; ABREU, 2013) e as próprias entrevistadas, esse modo de funcionamento do CR e, por conseguinte, a percepção por parte dos profissionais, se deve muito em função do público-alvo assistido, que apresenta inconstância, irregularidade e surpresas tanto no sentido da presença/ausência nos campos visitados quanto no sentido das suas demandas. Pelo seu dinamismo, a população em situação de rua não se deixa "enquadrar" o que leva também ao dinamismo da proposta do CR.

A ausência de tarefas claras e rígidas, regras oficiais de atuação e prescrições formais pré-estabelecidas acabam por provocar certa insegurança por parte das profissionais o que, por sua vez, forçosamente deixa o agente sempre em alerta, vigilante dos seus atos e do ambiente e essas características são primordiais para se adaptar à configuração encontrada na rua. Desse modo, ao incorporar uma postura mais "flexível" e, por conseguinte, atenta e sensível às mudanças do ambiente, o modo de operar do agente se molda àquilo que é encontrado na rua e, de certo modo, facilita a aproximação bem como a aceitação dos usuários no que concerne a permanência e desenvolvimento do trabalho com eles nos campos, como se houvesse um consentimento tácito entre àqueles potenciais "clientes" para com as profissionais. Sem isso, não haveria trabalho possível, o que leva a crer que a flexibilidade é uma característica que compõe o gênero dessa atividade.

Na ocasião das entrevistas, essa realidade era um dado que não parecia trazer mais questões ou aflições para as profissionais na condução da atividade, o que não acontecia no início de sua inserção. Segundo as profissionais, nesse período, era difícil operar sem uma rotina pré-estabelecida. Como avaliar se cumpriu com as propostas de trabalho? Por onde deveria começar? Quais tarefas devem ser realizadas e como devo operar? Qual o meu papel nesse trabalho e o que me cabe? Estou desenvolvendo as tarefas corretamente? Onde estou errando? Esses e outros questionamentos rondavam o início do trabalho das profissionais

constantemente. À medida que iam desenvolvendo a atividade, entre erros e acertos, encontraram uma maneira, ao seu modo, de realizar as tarefas.

> Aí, no início também tava (SIC) super incomodada porque eu não sabia o que fazer, não tinha assim, não tinha atividades estruturadas. (...) Aí, eu ficava lá, e inicialmente eu esperava que tivesse alguma atividade, e quando eu via que não tinha nenhuma atividade, eu ia procurar as pessoas. Aí, eu comecei a entender que meu papel lá era procurar as pessoas (PSI01)

Clot (2010) afirma que na medida em que as obrigações oficiais não são compartilhadas pelo coletivo de trabalho e não há uma prescrição formal estabelecida, cada recém-chegado é levado a transitar sozinho no embaraço das suas funções correndo o risco de errar diante da amplitude de tolices possíveis. Assim, o novato é convocado a transgredir, quer seja contornando o regulamento e ficando à mercê do inesperado nos campos, quer seja por criar as suas próprias prescrições como destacam as profissionais nos trechos a seguir:

> Quando eu via a quantidade de pessoas e foi uma escuta, foi um encaminhamento, aquilo pra mim era algo que me dava uma sensação assim de que o trabalho foi feito, que as pessoas chegavam e tavam reconhecendo (PSI01).

> É, pelo menos eu tinha que ouvir alguém no dia. Pra mim, eu tinha que... (...) É. Eu tinha que escutar, eu tinha que... (ENF02)

No que diz respeito à equipe de trabalho, em termos gerais, as profissionais a retratam de modo positivo, considerando principalmente as potências da multidisciplinaridade na assistência à população em situação de rua no que se refere às suas problemáticas vividas. Como já apontado acima, as complexidades que essa clientela apresenta demandam, em muitos dos casos, a presença de especialidades diversas. Na prática, as profissionais se solidarizam umas com as outras ou são convocadas pelas colegas na ocasião do atendimento ou nas reuniões de equipe, contribuindo assim para a compreensão dos casos ao compartilhar o seu saber especializado de modo contingente.

Dessa forma, os diferentes campos do conhecimento se complementam obrigatoriamente em ato o que vai levar consequentemente a expansão dos limites dos seus campos disciplinares. Compreende-se dessa forma, que nesse contexto não há um conhecimento único que se destaque ou que prevaleça, mas sim a inter-relação entre os mais diversos campos. Isso leva a crer que quanto maior a diversidade no que concernem as origens (sejam elas profissionais ou pessoais), campos de atuação e experiências anteriores das profissionais, maiores serão as possibilidades de intervenção da equipe.

Entretanto, segundo as profissionais, a diversidade de campos disciplinares não se basta por si só para garantir a capacidade de intervenção e sua efetividade. Para as profissionais, há outros aspectos que precisam ainda ser considerados no que concerne à equipe, a exemplo da necessidade do grupo estar norteado a partir dos princípios e diretrizes oficiais do Consultório de Rua, seja pela compreensão dos objetivos do trabalho ou quanto ainda ao modo de atuação. Algumas profissionais queixaram-se do fato da equipe ter demorado a trabalhar de forma integrada ao longo desse processo, o que pode ter dificultado o desenvolvimento de algumas ações, a exemplo das oficinas. Relataram inclusive que nesse período ocorreram alguns tensionamentos em virtude das diferenças de perspectivas quanto à condução dos casos, quanto à compreensão dos objetivos do projeto o que impacta no *modus operandi* da equipe etc.

Em um dado momento da entrevista, inclusive, um dos profissionais aponta a necessidade da equipe ter passado por uma capacitação antes do início do trabalho, o que, para ele, contribuiria para o nivelamento das profissionais seja do ponto de vista cultural ou ideológico, seja do ponto de vista do desenvolvimento da atividade em geral. Segundo ele, "[...] há diversos consultórios de rua, na cabeça de cada um tem um consultório de rua [...]" PSI02 e que isso dificultaria, de certo modo, a condução dos casos, ao *modus operandi* da equipe como um todo e, por fim, a recepção do usuário.

Entretanto, cabe advertir que - embora a expectativa em torno da homogeneidade das crenças e perspectivas no processo de trabalho por parte das profissionais seja uma realidade e até certo ponto preferível – essas diferenças tal como aponta PSI02 não são um problema em si mesmas, mas talvez a impossibilidade de coloca-las em confrontação gerem esses tipos de dificuldade e até sensação de insatisfação em torno da equipe.

PSI02 refere ainda importância da coesão grupal[15] para alinhar a equipe. Segundo ele, um fator externo, que foi a mudança de contratação das profissionais e a demissão de dois integrantes do grupo, fez com que a equipe se sentisse mais identificada entre si e, portanto, mais coesa, o que impactou sobremaneira no desenvolvimento do trabalho. Ou seja, um interveniente externo alterou a dinâmica do grupo e a relação que os entes mantinham com a equipe quer seja coletivamente, quer seja individualmente. Houve, nesse sentido, um rebaixamento das necessidades e das vaidades individuais no que concernem os campos profissionais, bem como as concepções pessoais e artigos de crença em prol de um objetivo

[15] Entende-se por coesão grupal a força de atração entre os membros, que é diretamente proporcional à unidade do grupo.

em comum e esse fator favoreceu o senso de coletividade da equipe e, por sua vez, reverberou na atividade como um todo.

Para Clot (2007,2010), o trabalho coletivo nem sempre implica em coletivo de trabalho. Ou seja, para que um grupo de trabalhadores seja mais que pessoas reunidas realizando uma tarefa, é preciso que se valham da experiência de uma história comum a qual atravessa a cada e a qual cada um também é responsável, caso contrário, a atividade individual se desregula, evidenciando a função psicológica do coletivo.

No que diz respeito aos aspectos físicos, ambientais e organizacionais da atividade, percebe-se principalmente um desconforto quanto às situações degradantes e vulneráveis em que se encontram, por vezes, a população em situação de rua. As profissionais relatam, por exemplo, a presença da violência policial contra os usuários, o incômodo do mau cheiro, de trabalhar ao lado de lixeiras e córregos, de perceber os movimentos do tráfico e prostituição, de presenciar os usuários se alimentando do lixo ou fazendo uso intenso de alguma substância ou quando os usuários estavam com alguma ferida ou problema de saúde evidente etc.

As profissionais enfermeiras afirmam o desejo de cuidarem imediatamente dessas feridas dos usuários, mas que eram impedidas primeiramente pelas limitações óbvias, visto que não possuíam os materiais necessários para realizar os primeiros cuidados e pelo próprio limite do escopo do projeto – não era o seu objetivo. Se deparar com isso e não poder ser capaz de ali mesmo resolver o problema dos usuários era, em especial para as enfermeiras nesse último caso, um desafio torturante. Restava apenas escutar outras dores, conversar e encaminhar a um serviço que os atendesse, correndo o risco ou do serviço não receber os usuários (o que acontece muito) ou do usuário não comparecer a consulta (o que é também bastante comum), o que alimentava a sensação por parte das profissionais de "não estar fazendo nada", do trabalho "não estar dando certo" e de "não obter resultados" observáveis.

Sobre esse ponto, é importante resgatar aqui o conceito de atividade que compreende "não apenas aquilo que o trabalhador faz, mas também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento. É necessário acrescentar aqui – um paradoxo frequente – a atividade é aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito ou ainda o que se faz sem desejar fazer. Sem contar o que deve ser refeito" (CLOT, 2001, p.). Isso quer dizer que ainda que não seja algo claramente externado (o que de fato não é), todos esses aspectos se fazem presentes na atividade e vão impactar por uma via ou por outra sobre o desenvolvimento do trabalho.

Essa questão se evidencia também no relato da assistente social que diz se arvorar a toda e qualquer oportunidade de ajudar os usuários, no sentido de garantir os seus direitos tais como: benefícios diversos, carteira de identidade, atendimentos, acionar a rede de proteção etc. Nesse sentido, a profissional acaba pautando o seu trabalho muito a partir desse seu desejo de ajudar imediatamente os usuários ou como ela mesma diz:

> O olhar do assistente social, ele enxerga tudo que está a volta do sujeito. Então isso indigna muito mais fácil, por isso, acho que é mais pelo olhar que a gente direciona, do que pela própria habilidade de qualquer um de vocês fazerem (AS01)

No entanto, a profissional esbarra na condução da equipe que não prescinde de discussão e reflexão sobre o caso antes de qualquer encaminhamento, considerando que *"(...) numa equipe multidisciplinar, de consultório de rua, o paciente é da equipe, não é de a, b, c, d e e"* (AS01) o que acaba por postergar a sua resposta aos casos que acompanha, deixando-a angustiada. Dessa forma, aquilo que ela gostaria de fazer, aquilo que ela é impedida de fazer, aquilo que ela faz para não fazer etc., nesse caso, também compõe o real da atividade. No entanto, – a despeito da assistente social considerar que esse funcionamento por vezes atrapalha a condução do caso ainda que se pese a importância desses momentos – a equipe oferece, desse modo, o contraponto necessário para dar borda e limite à profissional no sentido do seu envolvimento pessoal com os casos que acompanha, a protegendo de possíveis danos à sua saúde psíquica. De outra maneira, é possível dizer que é na equipe, no coletivo de trabalho, entre o entrelaçamento dos conflitos e soluções encontradas pelos próprios trabalhadores que a atividade encontra pousa. Nesse sentido, a atividade individual reporta ao coletivo de trabalho, ainda que de modo implícito.

O Consultório de Rua oferece ainda outras estruturas organizacionais que também dão suporte às profissionais nesse sentido, a saber: a presença da coordenação, as reuniões pré-campo e pós-campo[16], algumas supervisões clínicas e técnicas com a equipe (o que não era frequente) e algumas parcerias com a rede de atenção etc.

No que tange alguns instrumentos técnicos (como formulários, prontuários etc.) e outros recursos metodológicos (oficinas, rodas de conversas etc.), as profissionais referem que esses últimos são sempre recriados no cotidiano de trabalho, em consonância com a realidade encontrada, apesar da existência de um acúmulo e histórico pregresso das versões antecedentes do CR.

[16] Essas reuniões são definidas nas primeiras versões do Consultório de Rua em que no primeiro caso, reuniões pré-campo, são encontros diários que antecedem às descidas a campo para planejar algumas atividades, discutir casos e estratégias. No segundo caso, reuniões pós-campo, são realizadas após o retorno dos profissionais e têm como objetivo oferecer um relato para equipe do desenvolvimento do trabalho naquele dia, obter algum feedback e encaminhar algo, caso seja necessário.

Em relação a esse último aspecto, um dos profissionais refere que ao longo dessa trajetória do Consultório de Rua do CETAD muito se perdeu, que não havia um registro contínuo das atividades realizadas anteriormente ou dos instrumentos utilizados e nem a sistematização dessas informações em algum lugar, o que ocasionaria um (re)trabalho, muitas vezes, visto que não se aproveitava a contribuição e legado das equipes anteriores. Essa situação o desmotivara em alguns momentos, pois que era preciso "reinventar a roda" para poder trabalhar ainda que esse histórico estivesse documentado de alguma forma como está demonstrado no trecho a seguir.

> Tá, as coisas se perdem. É, eu agora comecei a mexer no computador do consultório de rua pra pesquisar o que tinha lá. E aí, engraçado que descobri várias fichas, né? Porque a gente começava a formular fichas, e C.: "− Não, vamos fazer uma ficha". Aí, eu apresentei uma ficha que tinha no computador pra ela, ela falou: "− Ficou ótima". Aí, eu falei: "− Não, mas eu não fiz isso, tava no computador". Então tem coisas que ninguém sabe que tá lá no computador. Vai se perdendo esses dados. (PSI02)

Essa realidade, inclusive, dificulta a construção de uma organização coletiva do trabalho quando a falta dos instrumentos materiais e os registros deixam de se incorporar aos gêneros o enfraquecendo. Clot (2010), quando trata dos gêneros das atividades, por exemplo, aponta que eles justamente facilitam o desenvolvimento do trabalham na medida em que são pré-fabricados da atividade, ou seja, estoques de "tocares" e "falares" que pré-operam a atividade em outro plano, assentando-se na noção de economia da ação.

Outro aspecto que merece destaque no que concerne o universo do trabalho são os meios de identificação da equipe perante a população atendida. Como mencionado acima, a equipe se desloca devidamente uniformizada em um veículo adaptado plotado com a identidade visual do projeto (ANEXO II). Além desses elementos, há ainda a presença da prancheta com formulários, da sacola com os preservativos entre outros materiais que também as identificam nos campos. Essas características são o cartão de visitas da equipe o que favorece, por um lado, a entrada das profissionais no campo e, por sua vez, o vínculo com os usuários e, por outro, a criação de uma identidade de grupo.

Assim, o veículo plotado com a identidade visual do projeto junto aos outros elementos identifica as profissionais como uma equipe de saúde o que contribui na entrada no campo no sentido de que os usuários não se sentem ameaçados ao reconhecê-las como um serviço e, dessa forma, o tráfico também não as impede que realizem o seu trabalho, por exemplo. Nessa direção, ao facilitar a identificação e reconhecimento por parte dos usuários, essas características contribuem para aproximação e abordagem das profissionais na rua o que possibilita o vínculo.

Cabe ressaltar que a população atendida (sobre)vive sob uma tensão proveniente tanto do Estado que violenta os seus direitos e, por vezes, os sentencia quanto pelas organizações criminosas que através da ilegalidade fazem valer as suas próprias leis, os deixando duplamente vulneráveis e invisíveis. A partir desse cenário, é possível imaginar quanta delicadeza e sensibilidade se faz necessário no tato com esses usuários, considerando as sucessivas violações que sofrem cotidianamente e os seus laços fragilizados.

Nesse sentido, o cuidado com a identidade do grupo não é mera formalidade e sim uma necessidade imprescindível para a sobrevivência do trabalho. Pode-se afirmar ainda que a farda, os materiais, o carro etc. também compõe a atividade da profissional do CR tanto quanto a escuta, os jogos e oficinas visto que não são recursos apenas da externalidade, mas que também é algo que é internalizado subjetivamente no sentido da construção de uma autoimagem, de se incorporar ao sentido do trabalho e pelo sentimento de pertença. Por mais contraditório que pareça, o trecho a seguir demonstra como esses elementos interagem com a atividade profissional, evidenciando que os aspectos físicos da atividade convivem e se interinfluenciam com os aspectos subjetivos/psíquicos e, por conseguinte, com o modo de atuação propriamente dito.

> Eu não, a gente usava aquela camisa laranja horrível, você já deve ter visto aquela camisa, é insuportável aquela camisa. (...) Faz muito calor. Faz muito calor aquela camisa. (...) Ela é desconfortável de usar, porque é de algodão, então ela faz muito calor, mas independente da camisa, né? Eu não me acostumo. (...) Às vezes eu fico até incomodado com o calor, que não consigo realmente prestar atenção. (PSI02)

Essa padronização do fardamento, dos materiais e de outros elementos identificatórios também realiza, de certa forma, uma homogeneização da equipe no que tange a percepção por parte dos usuários. As profissionais relatam que os usuários, ao menos inicialmente, abordam a equipe sem expectativas quanto às suas possíveis intervenções e/ou profissões de origem. Desse modo, os usuários não demandam atendimento "à psicóloga", ou "à enfermeira", etc., especificamente o que vai diferenciar a natureza dessa relação entre usuário-profissional, visto que o que delimita o atendimento não está demarcado, à priori, nem pelo sujeito que demanda nem pelo profissional que atende.

Assim, a relação que se constrói a partir de um atendimento, ou de uma orientação ou até mesmo de um encaminhamento nesse contexto parece ser mais genuína e espontânea ainda que técnica do que àquela decorrente de um atendimento em consultório, unidade básica de saúde ou hospital geral, por exemplo. Considerando que no contexto do Consultório de Rua a relação é princípio, meio e fim do trabalho dessas profissionais, o manejo dessas

relações é condição e substrato desse trabalho. Sobre esse aspecto, nos deteremos mais adiante.

No que concerne ainda o tema da rua, muito recorrente entre as profissionais, é preciso conhecer tanto os aspectos relacionados ao trabalho quanto ao recorte de desigualdade de classe que incide subjetivamente nessa relação. Assim, no próximo tópico apresentaremos os dados que dizem respeito ao tema da rua.

3.2 A rua como morada e como espaço de trabalho

O tema da rua é recorrente na narrativa das entrevistadas e aparece, na maior parte das vezes, relacionado ao fazer das profissionais – no sentido de um trabalho realizado extramuros o que implica em se dispor ao inusitado do contexto da rua – ou relacionado ao fato da rua ser ao mesmo tempo moradia, cenário para as relações e experiência de humanidade para os usuários. Sobre esse último aspecto, as profissionais são confrontadas, principalmente sob duas perspectivas apresentadas a seguir.

Primeiro, pelo fato da população assistida ter uma relação com a rua que excede e se contrapõe às ideias que as profissionais têm a respeito desse tema. Segundo elas, há usuários, por exemplo, que moram nas ruas "por escolha" e essa é uma realidade de difícil compreensão, o que as impele a pensar em soluções para esse e, em verdade, também para os demais casos de usuários que têm a rua como moradia. Essa parece ser uma expectativa inicial das profissionais, que conseguiriam retirar as pessoas das ruas ou melhorar as condições desse tipo de moradia, mais até do que buscar reduzir o uso das substâncias psicoativas ou se empenhar em fazer com que os sujeitos parem de usar drogas, muito pelo contrário.

Esse achado gerou um contraponto intrigante porque uma das hipóteses iniciais desse presente estudo era que uso de drogas iria suscitar mais concepções moralizantes e de cunho assistencialista por parte das profissionais, do que outros aspectos como o público-alvo, por exemplo. Nessa pesquisa, partia-se do pressuposto que o uso de drogas, sobretudo as ilícitas, ainda é um tema tabu em nossa sociedade e que normalmente tem como resposta terapêutica tratamentos baseados no paradigma da abstinência e com estigma moralizante ou religioso, o que não foi confirmado através das entrevistas. Portanto, nesse contexto do CR "morar na rua" e suas repercussões emergem como uma questão aflitiva, que mobiliza e comove as profissionais mais por seu lado pessoal e humanitário e menos por seu lado técnico, o que vai criar alguns embaraços no âmbito da atividade como destacado nos trechos a seguir:

> Minhas teorias, meus teóricos, meus, meus gurus vieram todos terra a baixo. Vieram todos terra a baixo. Ele tem direito de estar na rua, mesmo tendo uma família que quer recebe-lo. Entende?(...) Alguém optar por estar naquele lugar, tendo a possibilidade estar em outro, para ele eu acho que é uma significação intensa. Assim, a representatividade que ele tem pra o mundo, pra mim foi, foi surpreendente, poxa, prefere estar ali, do lado de um córrego, dormir ao lado de um córrego de esgoto, por opção?! Tendo uma casa pra dormir, uma cama pra dormir, uma casa pra morar, um abrigo, o calor, o amor, o afeto dos familiares, mesmo assim opta por estar ali, não é fácil de aceitar não. Não vou mentir não. Temos o dever de respeitar, mas não é fácil. É bem difícil (ASS 01).

> Depois não tanto, apesar de que eu ainda, pra mim, não é tão natural assim, é, acreditar que alguém more na rua porque quer morar na rua. Eu ainda não, eu não consigo, assim, naturalizar. Acho que preciso ainda estudar um pouco mais pra poder procurar entender e tal. Mas eu não consigo naturalizar porque eu vejo muitas situações assim, difíceis, de você tá se sujeitando a aquilo todos os dias, e dizer que gosta daquilo, pra mim não é, não aceito assim tão fácil, mas eu aprendi a respeitar (PSI 01).

> Às vezes eu tinha umas ideias. Umas ideias assim, eu fantasiava e dizia assim: "− Não, bora fazer uma operação limpeza, né? Pra ver como eles vão se sentir. Bora ver, fazer uma parceria com a prefeitura pra ir lá, lavar aquele lugar". (...) Mas pensando na possibilidade de ofertar um conforto, né? Depois eu disse assim: "− Meu Deus, tudo bem, mas a pessoa não pode se acomodar a viver em meio às fezes. Não pode. Isso aí é sub-humano". Então, às vezes, eu tinha essa, esses olhares. Quantas vermes eles devem ter, né? (...) (ENF 01)

Além desse aspecto, o estar em situação de rua forja subjetivamente os usuários a partir de referências culturais e experiências, por vezes, diametralmente opostas ao *ethos*[17] humano das profissionais o que extrapola inclusive a experiência da desigualdade de classe, considerando que nesse caso essa experiência é acirrada. Dessa forma, atender pessoas em situação de rua incide não apenas sobre o seu saber técnico, mas sobretudo sobre a experiência de humanidade das profissionais, as confrontando nos atendimentos com os sujeitos – que têm uma relação com o corpo, com a cidade, com as pessoas, com a sua própria vida e, por sua vez, com as drogas totalmente diverso – o que faz emergir no CR um arranjo tecnológico sem precedentes.

Desse modo, o trabalho as convoca a responder a partir de um duplo lugar (como pessoa e como profissional) de forma primordial o que inevitavelmente ultrapassa os limites profissionais conhecidos tais como a postura da imparcialidade, neutralidade e técnico-científica. Para conhecer o público atendido, a sua história e problemáticas, no âmbito do CR,

[17] "Ethos é uma das raízes da palavra ética e diz respeito à morada dos homens (SAFRA citado por NERY, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011). Morada entendida não apenas como o lugar onde alguém vive, mas também aos valores e significações dos costumes e hábitos de alguém ou algum grupo". (NERY, VALÉRIO & MONTEIRO, 2011, p. 36).

e prosseguir com um trabalho efetivo é preciso se implicar subjetivamente. Isso não significa que essas respostas às demandas do objeto de trabalho devam se enveredar ao assistencialismo ou soluções superficiais, visto que dessa forma resolverão mais as angústias e aflições das próprias profissionais quanto ao seu papel nesse contexto de trabalho do que propriamente a problemática vivida pelos usuários. No entanto, cabe constar a importância da função empática e da experiência da alteridade nessa atividade, na medida em que permite implicar-se sem comprometer o desenvolvimento do trabalho e, principalmente, a saúde mental das trabalhadoras.

Outro aspecto concernente ao tema da rua abordado nas entrevistas é o fato desse contexto se constituir como o "consultório" das profissionais, ou seja, o seu ambiente de trabalho onde são realizados os atendimentos, oficinas, jogos, etc. Dessa forma, as profissionais precisam lidar com os tensionamentos provenientes da presença do tráfico e/ou da polícia; elas detêm pouco controle sobre as possíveis intercorrências, seja no nível da relação com os usuários, seja pelos fatores externos. Afinal, elas não estão amparadas por uma estrutura física que garanta a sua segurança, tanto no sentido dos riscos à sua vida quanto no sentido de uma segurança institucional.

O enquadre clínico e os limites profissionais estão recategorizados; não está resguardado o sigilo profissional e não há um anteparo no nível concreto que assegure a relação técnica-profissional. Essas características decorrentes do espaço da rua possibilitam, por um lado, a emergência de uma prática baseada no improviso, na criatividade e na diversidade, mas por outro suscita a permanente dúvida sobre o seu fazer.

Nessa direção, as profissionais relatam a dificuldade de realizar o acompanhamento adequado dos casos, tanto pela inconstância da presença dos usuários nos campos, tanto pela inexistência de uma rede efetiva que atenda os casos encaminhados, que gera um fluxo de atendimento, ou ainda pela inospitalidade dos campos visitados. O intrigante é que para algumas profissionais essa realidade era percebida de modo natural e não se produziu muitas questões aflitivas, ao que para outras restava lamentar e se frustrar com a impossibilidade de dar continuidade ao atendimento ou oferecer um serviço que respondesse de forma mais imediata às demandas.

No final, as profissionais, em ambos os casos, compreendiam que esses aspectos faziam parte do trabalho e cada uma, ao seu modo, buscava outras formas de operar nesse contexto, alternando a intensidade, nesse sentido, ou dos investimentos (seja nas relações ou nas ações), ou das expectativas e das prioridades como evidenciado nos trechos a seguir.

> Aí foi uma outra coisa também, que pra mim foi importante. Esperar pelo momento do outro. Foi algo que eu levei pro consultório de rua. Porque no consultório de rua, também é assim, não tem fórmula, você chega, você às vezes vai com a expectativa de fazer uma atividade, e aí você leva tudo, que a gente ia fazer uma vez uma oficina de, de autocuidado pra mulheres na Baixa do Fiscal, porque lá a maior parte da população é de mulheres, e ninguém apareceu. A gente ficou com as coisas no carro, aí da primeira vez eu fiquei frustrada também, mas aí depois, eu já entendi que ali você tinha que tá preparada pra as coisas, é, vamos supor, que as coisas podem acontecer e podem não acontecer. Tipo assim, você tem que tá com material. Dentro do carro. Se acontecer naquele dia, ótimo. Se não, deixa lá, que uma hora, não dá pra ter uma agenda, não dá pra ter algo marcado (PSI 01)

> Esse atendimento em locus é realmente um choque, você tá na rua, exposto a todo um ambiente da rua, ter que lidar com a pessoa naquele ambiente que ela tá, que aí foi, foi assim o momento de maior choque. Mas, sem dúvida, minhas experiências anteriores, especial o Juliano, que trabalha internação, na emergência. Então, o circuito do hospital, na verdade, me ajudou muito a conseguir lidar com, é, a questão subjetiva, né? Me ajudou muito essas experiências. Eu consegui lidar com todas situações mais extremas que a gente vivenciou lá, na rua. (PSI 02)

> Claro que uma escuta mais apurada, é mais complicada na rua, porque você lida com vários elementos detratores. É um carro que sobe, uma sirene de uma polícia, é o próprio pavor, a depender do campo, o próprio pavor desse usuário, né? Uma troca, pode ser uma troca, uma disputa por causa de uma boca, pode ser a própria polícia por causa de uma abordagem disfarçada (...) É, é, o próprio local, né? Em que está insalubre, você também tem que se resguardar, não pode pisar numa poça, você pode... Então você tem que se resguardar, né? (...) Porém, eu diria que você, com toda essa expertise, você faz o manejo, né? (PSI 03)

Assim, as profissionais ao recriarem e reposicionarem o seu *modus operandi* a partir da configuração da rua e da população atendida, em concomitância se recria subjetivamente, evidenciando que o trabalho exerce, portanto, uma função psicológica específica sobretudo o trabalho no Consultório de Rua. A partir disso, é salutar conhecer o modo como as profissionais circulam nos campos, as estratégias que utilizam para se aproximar dos usuários, o que dizem para abordar as pessoas na rua, o que acontece nessa abordagem, como são acolhidos pelos usuários, como se preparam para o trabalho, ou seja, qual o *modus operandi* dessas profissionais. Sobre esses e os demais aspectos relacionados à abordagem na rua, trataremos a seguir, além das preferências e prioridades nos campos e os mapas afetivo-descritivos das profissionais.

3.3 Sobre a Abordagem na Rua

Ao serem interpeladas diretamente sobre a sua abordagem na rua, as entrevistadas, em sua maioria, ensaiavam primeiramente uma generalização dessa atuação com uma descrição

sucinta e superficial do seu *modus operandi*. Quando da minha insistência sobre esse ponto, as profissionais começavam a revelar as suas preferências na rua tanto com relação aos campos, o que denominamos aqui de mapas afetivo-descritivos, quanto com relação ao perfil de usuário; tratam também do modo como circulavam nos campos; relatam como se preparam para as descidas a campo e descrevem em mais detalhe como se aproximam dos usuários, o que dizem a eles, o que se passa entre a abordagem e a construção da relação-vínculo, sobre o que as caracteriza e como se destacam no contexto de trabalho etc.

Sobre esse ponto, cabe ressaltar a estratégia da confrontação como provocadora desses encadeamentos e reelaborações da atividade realizadas pelas profissionais. Na medida em que tentam descrever a sua abordagem, por repetidas vezes (sem repetir) acaba por revelar o real da atividade, o não dito, o subentendido e os invariantes da atividade. Como afirma Clot (2010), a autoconfrontação faz reviver o gênero nesse sentido.

No que tange a preparação para o trabalho, as profissionais referem de modo geral que não havia muito a ser organizado previamente por dois motivos, principalmente: 1. As ações planejadas nem sempre conseguiam ser realizadas pelos motivos já apontados acima, a saber: era preciso sempre se moldar a configuração da rua o que por sua vez estavam submetidas ao inesperado e 2. As oficinas e outras ações afins ainda estavam em fase de planejamento, mas as entrevistadas ressaltam que pretendiam organizar um calendário o que era percebido pela maioria como uma necessidade. No entanto, alguns materiais tais como álbum seriado, informativos, formulários, insumos entre outros sempre estavam à disposição no veículo, apesar de não terem sido citados quando da pergunta a respeito da preparação para o campo.

As profissionais relatam também que não havia nenhuma ritualística ou era utilizado algum recurso mesmo que individualmente, ainda que esporadicamente, para se preparar para o trabalho. No entanto, as reuniões pré e pós-campo, descritas acima, ocupam uma função importante, a partir dos relatos, quando orientam minimamente a equipe tanto no momento anterior à descida a campo, assim como após o retorno das profissionais. Esses momentos parecem amparar as profissionais no sentido técnico, organizacional e também pessoal (afetivo, emocional, regulação etc.) na medida em que refletem e discutem sobre os casos, instruem as profissionais, orientam coletivamente, tomam as decisões de modo horizontal e acolhem as angústias e expectativas. Diante disso, é possível supor que esses momentos são eminentemente de construção coletiva do trabalho, em que o trabalho é refletido duplamente (para si e para os outros).

Com relação ao cenário que encontrariam na rua quanto ao atendimento, configuração e perfil de usuários, as profissionais relatam expectativas diversas quando do início de sua

inserção. Algumas contam que imaginavam maior resistência por parte dos usuários, que a rua se apresentaria mais perigosa e insalubre, que se sentiriam mais expostas, que os usuários acolheriam de bom grado o atendimento e a "ajuda" que as profissionais ofertariam, que o desejo maior daquelas pessoas em situação de rua seria justamente sair daquela condição etc. Outras ainda revelam que acreditavam que tudo seria muito fácil tanto com relação à aproximação, a distribuição de insumos etc. quanto o trabalho como um todo ou, por outro lado, que não conseguiriam dar conta do recado, que sentiriam muito medo e recuariam nessa empreitada ou que conseguiriam reproduzir a lógica de assistência a partir de experiências anteriores como num ambulatório, por exemplo.

Entretanto, a rua surpreende a todas as profissionais ao longo do desenvolvimento do trabalho e faz com que refaçam as suas expectativas cotidianamente, ou melhor, se desfaçam dessas expectativas, considerando que o contexto da rua guarda um tanto do imprevisível, o que, por sua vez, raramente irá coincidir com o que se imagina a respeito ou com o que é esperado como destacado no trecho abaixo:

> E na rua você pode chegar um dia num lugar que geralmente é cheio e não ter ninguém. E você não distribuir preservativo pra quase ninguém, você chegar e ficar lá esperando, esperando, esperando, esperando. A pessoa passa rápido, fala com você assim, mas segue. Tem outros dias não, vem mais de sei lá, duas pessoas pra vim conversar com você e você vai, fica se dividindo (...) Cada área que a gente ia era diferente. É, tinha um público especifico, a vinculação era diferente, a demanda que aparecia. (PSI 01)

Dessa forma, cada dia no campo era uma descoberta e um novo desafio que se colocava para as profissionais, o que torna o cotidiano de trabalho instigante para algumas, mas, por outro lado, demasiado desgastante, considerando a necessidade de se remodelarem constantemente à realidade encontrada na rua. Para isso, a profissional que se predisponha a atender a população em situação de rua deve possuir uma ampla e diversa bagagem de repertórios, ferramentas teórico-práticas e experiências pessoais e profissionais precedentes que as municiem para operar no campo.

Ao serem perguntadas diretamente sobre a forma de abordagem e aproximação, ou seja, o seu *modus operandi* propriamente dito, no primeiro momento, as profissionais relatam em sua maioria a distribuição genérica dos insumos, principalmente o preservativo, como tática de aproximação. No entanto, ao longo das entrevistas, cada profissional vai descrever um percurso diverso com relação à estratégia de abordagem e, sobretudo, de formação de vínculo. Essas diferenças decorrem principalmente da diversidade das profissões de origem, das trajetórias pessoais e técnico-profissionais e de características pessoais e subjetivas.

De modo geral, as profissionais abordam em dupla ou, no máximo, em trio – considerando que os grupos de usuários em situação de rua diminuíram em virtude principalmente da ocorrência da Copa do Mundo, em decorrência de uma ação higienista da prefeitura de Salvador, que modificou as cenas de uso – para não afastar os usuários e facilitar a aproximação. De fato, o preservativo acaba se tornando um pretexto para dar início a uma conversa, mas não se encerra em si mesmo. Algumas profissionais partem do uso do método contraceptivo para tratar sobre o tema das Doenças Sexualmente Transmissíveis/HIV, ou outros aspectos do uso de drogas, ou ainda enveredam para falar de amenidades ("*Ah, tá fazendo calor, não é? Será que vai chover*?" ENF 01) ou outros temas mais informais, buscando sempre fisgar de alguma forma os sujeitos seja pelo conteúdo do tema abordado seja pelo modo de aproximação.

Aqui cabe introduzir o tema da transmissão do gesto. Aparentemente, distribuir preservativo para os usuários é uma ação meramente automática, a qual qualquer um está habilitado a realizar e que não implica em maiores explicações e instruções. No entanto, esse gesto carrega muito mais sentido do que possa parecer e está atravessado por uma perspectiva cultural, técnica e política etc. Considera-se como inerente ao gesto (entregar preservativo): pressupõe uma prática sexual desprotegida por parte dos usuários; que esses usuários portam doenças sexualmente transmissíveis, além de fazerem uso de drogas ao que o preservativo reduziria os riscos e danos do uso; que os usuários compreendem o uso do preservativo ou não, ao que para isso, é preciso retocar o gesto; que é preciso respeitar o momento do usuário para realizar a distribuição; que há uma diversidade de práticas sexuais as quais não incluem o uso do preservativo, inclusive, etc.

Apenas a partir dos aspectos apontados, percebe-se que distribuir preservativo vai além do gesto em si mesmo. Assim, presume-se que aquele que entrega o preservativo de modo automático e desapartado do sentido que esse gesto exprime não se apropriou verdadeiramente dele, apenas está imitando o movimento que é observado externamente. Para Clot (2010), para apropriar-se do gênero, tornando-o seu, é preciso dominá-lo em sua plenitude, em todos os sentidos que o gesto carrega, incorporando ao seu *modus operandi* de modo consciente.

Assim, na medida em que se aprende o sentido do gesto, é possível retoca-lo e, desse modo, torna-se um novo gesto. Ao chegar nesse nível, o gesto deixa a consciência e se junta aos subentendidos, individuais e coletivos, sem nem o sujeito perceber essa mudança de estatuto. Ainda sobre esse ponto é preciso considerar que a transmissão do gesto, como trata

Clot (2010), não pode ser equiparada a uma bola que se passa, visto que não é uma construção unilateral, de fora para dentro, mas é, sobretudo um percurso que se faz de dentro para fora.

No que concerne a entrada no campo, as profissionais parecem realizar uma sondagem e um mapeamento como numa realização de um raio-x, utilizando-se de sua sensibilidade, percepção, acúmulo teórico-prático e preferências pessoais para a partir daí se aproximar das pessoas. Segundo elas, há momentos em que os usuários estão em uso ou ocupados demais para conversar, ou às vezes aquele campo está muito movimentado ou muito vazio, ou então naquele dia preferem se resguardar ou esperar que os usuários se aproximem e, dessa forma, aguardam algum sinal de abertura por parte deles. Esses movimentos de recuo e aproximação também se relacionam com os diferentes campos que as profissionais atuam, evidenciando como e por que operam dessa forma bem como os afetos concernentes dessa relação com os campos.

Esses aspectos ficam mais evidentes quando as profissionais retratam nos que são denominados nesse estudo de "mapas afetivo-descritivos" (ANEXO III) que diz respeito ao que as profissionais circunscrevem quanto aos afetos, ao modo de relação, como circulam e para quem se dirigem nos territórios de atuação. Esses mapas também se diferenciam e, muitas vezes, se opõem entre as profissionais. Desse modo, destacaremos alguns territórios referenciados pelas profissionais para daí partir para uma análise mais particularizada.

O Gravatá é o território mais citado entre as profissionais e se localiza no bairro de Nazaré em Salvador, no Centro Histórico. Conhecido como um reduto do tráfico e, por sua vez, violento e perigoso, era temido pela maioria das profissionais que relata não ter acesso aos usuários pela falta de acolhimento deles ou pela recusa mesmo do atendimento. Relatam ainda que o trabalho ficava impossibilitado pela grande circulação de pessoas e pela sua periculosidade, o que provocava, muitas vezes, o recuo das profissionais nesse campo, Muitas profissionais acabavam por circular em proximidade ao veículo do projeto ou aguardavam aproximação por parte dos usuários ou ainda restava apenas a distribuição dos insumos. No entanto, segundo as entrevistadas, para outras profissionais este era um campo rico e frutífero de atuação o que fazia com que se afeiçoassem a esse território e aos usuários que por ali circulavam como descrito pela profissional no trecho abaixo:

> Agora assim, é uma coisa muito pessoal, porque tinha um colega meu que no Gravatá ele se sentia super acolhido. E no Gravatá eu já tive uma grande dificuldade. (...) E lá no Gravatá não. Lá no Gravatá era, a lista sempre a que ficava na minha mão, era menor. (...) Aí tornava as coisas mais difíceis lá. (...) Apesar de eu ter essa coisa assim com Gravatá, de que lá não éramos tão bem recebidos, e quando via aquela produtividade baixa, eu achava que a gente tinha que continuar lá porque era onde os usuários estavam e que cabia

> a equipe inventar alguma forma de poder abordar as pessoas, ou, se contentar mesmo com o número pouco. (PSI 01)

Dessa forma, a despeito de temerem e, por vezes, não gostarem mesmo dessas áreas, isso por si só não gerava desistência ou menosprezo pela área especificamente. Ao que parece, a persistência também é uma característica do trabalho no Consultório de Rua onde os limites técnicos e profissionais são reconhecidos para serem ultrapassados e há sempre que inventar um novo modo de operar em campo para conquistar esses usuários.

O Mercado de São Miguel, localizado na Baixa de Sapateiros, é também uma área que aparece recorrentemente nas entrevistas em especial por parte de um dos profissionais que construiu uma relação particular com esse território. Segundo ele, nenhum serviço havia acessado essa área até então o que demandou um trabalho mais próximo e de longo prazo com as autoridades locais, leia-se, os traficantes e donos de boca. De toda equipe, apenas ele e mais um colega realizavam efetivamente as visitas nessa área visto que as profissionais mulheres não eram bem-vindas pelas usuárias. Na verdade, nem os próprios usuários gostavam desse território em virtude da presença do tráfico, do uso intenso de crack e da violência explícita.

Quando questionado sobre a preferência tão pitoresca por essa área, o profissional relata que nesse local, onde os invisíveis sociais eram ainda mais invisíveis, era percebida uma demanda maior visto que nenhum serviço os acessava ao que o seu trabalho tornava-se mais efetivo e os vínculos mais consistentes. Além disso, o profissional diz sentir-se desafiado tanto na sua condição profissional como na sua condição humanitária. O profissional relata ainda que, apesar do Mercado de São Miguel se constituir como um ambiente hostil e insalubre, era o campo onde se sentia melhor acolhido pelos usuários o que acredita ser em consequência justamente da ausência de qualquer assistência.

Nesse contexto do Mercado de São Miguel, pela própria natureza hostil do ambiente, os usuários não estavam tão disponíveis quanto em outros locais. Há um caso emblemático acompanhado e relatado pelo profissional citado acima em que um jovem de 14 anos que se mostrava arredio e pouco acessível no início e que – ao longo do trabalho e da persistência do profissional, que se utilizou de inúmeros recursos (informalidade, leveza, escuta etc.) – permite aproximação e construção de um vínculo. Esse caso revela, de outro modo, que não há lugar ou uma pessoa em que seja impossível a realização de um trabalho, principalmente quando este envolve o manejo das relações e das redes. Revela, por outro lado, também a importância do investimento pessoal e envolvimento do profissional com o caso para que ele prospere o que, sem isso, não haveria trabalho possível.

Outro território bastante comentado pelas profissionais é a Baixa do Fiscal em que a presença de mulheres era abundante em virtude do contexto da prostituição. As profissionais relatam que na percepção delas a inserção do CR nesse campo se deu de modo mais tranquilo e que, por esse motivo, algumas profissionais se sentiam mais à vontade para se aproximar, conversar com as usuárias e onde foi possível, inclusive, a realização de uma Oficina da Beleza que contou com o suporte de um dono de uma recicladora na localidade que cedeu o espaço para utilizar a água e demais recursos. Havia ainda nesse local um movimento por parte das próprias usuárias de procurar o CR tanto por conta do insumo como para serem orientadas quanto às DST's/AIDS. Desse modo, as profissionais abordavam os usuários sem muitas questões visto que era uma demanda mais direcionada e prevista.

Por último, há a Ladeira da Preguiça, que conjuga inúmeros movimentos culturais, projetos sociais e públicos diferenciados o que amplia as possibilidades de intervenção do Consultório de Rua. No entanto, aparentemente a Ladeira da Preguiça é um território bastante assistido pela multiplicidade de projetos existentes, talvez por isso tenha conquistado a predileção por parte de algumas profissionais do CR. Nesse contexto, uma das profissionais refere abordar as meninas jovens a quem, segundo ela, tinha esperança de mudanças em comparação com as mulheres adultas. Outra ação existente nessa área era a parceria com as redes e com os outros projetos que atuavam na região o que também passam pelos objetivos do CR e, por sua vez, compunha o trabalho das profissionais.

Diante da exposição dos mapas afetivo-descritivos, é possível perceber que a noção de território nesse contexto excede sobremaneira a noção de localização geográfica, que a relação que as profissionais mantêm com esses campos revela mais sobre si mesmas do que dos próprios campos descritos porque evidencia os seus afetos, as paixões e predileções correspondentes a sua trajetória precedente (pessoal, profissional e técnica) e atual, que acontece em ato na relação com as pessoas e com os lugares.

É preciso ainda ressaltar alguns pontos no que concerne a abordagem de rua que foram apontados nas entrevistas. Primeiramente, as profissionais consentem que o seu papel consistia em procurar os usuários, ir atrás, abordar e buscar aproximação deles na rua, numa lógica que Oliveira (2009) vai denominar de Oferta Programada. Ou seja, se "Maomé não vem à montanha, a montanha vai a Maomé" propositivamente, com receptividade e abertura para aquela experiência, considerando que os sujeitos atendidos possuem uma demanda que emerge na medida em que se oferta uma escuta, ao dar início a uma conversa, ao realizar uma oficina ou uma orientação etc. Esses aspectos estão muito presentes no discurso das

profissionais o que leva crer que também componham o seu *modus operandi* na rua e, para usar a nomenclatura da clínica da atividade, o seu gênero profissional.

Contudo, algumas profissionais revelam nas entrevistas as suas preferências quanto ao público-alvo o que pode acabar enviesando o seu modo de operar no campo. Por exemplo, algumas profissionais dizem gostar muito do trabalho com as meninas adolescentes. Sendo assim, as suas atenções e ações se voltam um pouco mais para esse grupo de usuárias. Esse aspecto não se constitui como um problema na medida em que não se exclui a possibilidade de abordar e realizar um trabalho com os demais públicos o que não pôde ser verificado nesse estudo.

Outro ponto que chama atenção no que diz respeito à abordagem é a percepção por parte das profissionais de que algumas estratégias não funcionam mesmo que imbuídas, teoricamente, dos princípios e diretrizes do CR e da Redução de Danos, a exemplo de orientações sobre o uso de drogas ou garantia de direitos sem qualquer contextualização ou adequação ao linguajar daquele público, ou ainda quando a profissional acredita portar todo o conhecimento sobre o uso de drogas e deter toda a compreensão sobre as necessidades dos usuários. Em ambos os casos, as profissionais não permitiriam, caso atuassem dessa maneira, que os sujeitos protagonizassem e refletissem sobre o seu modo de uso, sobre a sua relação com a droga e com a vida de modo geral. Essa é uma postura que em última instância não propõe diálogo e, por sua vez, não contribui para acessar os usuários e construir um vínculo.

As profissionais partem do pressuposto, com relação à estratégia de abordagem, que cada encontro pode ser o único ou o último dada a realidade que os usuários se encontram nas ruas. Dessa forma, a toda abordagem e escuta realizada, a profissional deve estar inspirada pela alteridade e a sua disposição deve ser sempre a mesma ainda que seja por pouco tempo, ainda que seja o primeiro encontro ou o décimo encontro. No trabalho do CR, portanto, é preciso ter sempre no horizonte a importância da intervenção seja ela qual for, da mais simples a mais complexa, considerando que esta pode fazer toda a diferença, para o bem e para o mal.

Algumas profissionais relatam que por vezes atenderam uma única vez determinado usuário ao ponto de não se recordarem nem do nome nem do propósito do atendimento ao que o usuário responde com naturalidade chamando a profissional pelo seu nome e dando continuidade a conversa do encontro anterior. Por outro lado, há também os casos em que se aborda, acolhe, cria-se o vínculo e acompanha o usuário por um período e ele acaba vindo a óbito e, apesar de esse ser um percurso possível e bastante comum no contexto da rua, ainda é para as profissionais de difícil manejo. Nesse sentido, as profissionais precisam operar a partir

de dois registros na abordagem e acompanhamento dos usuários: 1. O encontro é sempre único e indivisível e 2. O encontro é sempre o último e impreterível.

A abordagem raramente acontece solitariamente e essa é uma estratégia também muito importante: o atendimento em par/trio multiprofissional. Segundo as profissionais, não havia uma organização prévia e fixa quanto à formação desses minigrupos e nem era direcionado quem ia atender quem nos campos, exceto nos casos em que a profissional já vinha realizando acompanhamento. No entanto, percebiam a importância de preservar a diversidade, considerando que as demandas dos usuários também são diversas.

Em alguns casos, as demandas observadas tornavam-se tema para abordagem tais como: ferimentos no lábio dos usuários, questões relacionadas à documentação e registros ou a percepção de irritabilidade ou depressão dos usuários. Assim, ao abordar os sujeitos conjuntamente se percebiam quais demandas cabiam à cada profissional responder e, em certa medida, a demanda era direcionada ou para à assistente social, para a enfermeira ou para psicóloga caso considerassem necessário como nos trechos destacados a seguir:

> Compartilhando o mesmo caso, você faz escuta junto com outra pessoa. Vai você, assistente social, enfermeiro, né? Então são três pessoas ouvindo uma. No consultório (do ambulatório) você não faz isso. (...) Na rua geralmente é você e a equipe. A equipe tá ali próxima, dando suporte, então, essa é a grande diferença. Você ter que lidar com, não só com a rua, mas também com sua equipe próxima (PSI 02, grifo nosso)

> Então, essa menina tava fumando, que tava com a boca ferida, aí eu ia lá e: "− Oi, tudo bom? Feriu a boca?"(...) "− Ah, foi!". Aí eles sempre abriam. "− Ah, foi cachimbo". (...) Mas sempre a gente ia: "Você tá botando alguma coisa?". "− Não!" (ENF 01)

> Não, fulano perdeu a documentação, tem que tirar documentação, aí o colega, inclusive, um deles psicólogo, diz: "ASS 01, tem um caso aqui que talvez você possa orientar (...) melhor do que eu por ser sua área". Ou então quando eu tiver abordando alguém que tiver fazendo uma catarse, que esteja trazendo elementos subjetivos, eu digo: "− Ó, fulaninho tá precisando de uma escuta do psicólogo" (ASS 01)

Diante do exposto, pode-se afirmar que a abordagem na rua implica, em amplo espectro, num envolvimento profissional, técnico e também subjetivo. Ao contrário de apenas uma distribuição despersonalizada e genérica de preservativos a fim de se aproximar dos usuários, percebe-se uma personificação do *modus operandi* tanto no que concerne abordagem quanto no que se refere a formação do vínculo Nesse sentido, cabe questionar se as profissionais não estariam criando o gênero a medida que trabalham. No próximo tópico, conheceremos as principais ferramentas que compõe a Caixa de Ferramentas das Profissionais, sobretudo, ao que elas referem como principal instrumento de trabalho.

3.4 Caixa de Ferramentas das Profissionais

As profissionais referem em suas entrevistas a utilização de diversos recursos tecnológicos para prestar atendimento à população, desde o uso de ferramentas teórico-práticas provenientes das suas formações de origem até o uso de recursos subjetivos o que, dentre outros recursos, irão compor o que estamos denominando de Caixa de Ferramentas das profissionais.

Em termos de ferramentas teórico-práticas, de maneira geral, as profissionais tiveram dificuldade de localizar ao longo da sua graduação quais das experiências curriculares contribuíram para o seu desenvolvimento de trabalho no Consultório de Rua. Na sua maioria, não tiveram disciplinas que abordassem o tema do consumo de drogas, Redução de Danos ou ainda sobre a população em situação de rua entre outros temas correlacionados (Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica das Toxomanias, etc.). Quando referem alguma aproximação ainda no âmbito das disciplinas curriculares, sempre está circunscrito ao campo da saúde mental quanto ao tema dos transtornos mentais, propriamente.

Já com relação aos estágios curriculares e experiências extracurriculares, as profissionais conseguem fazer mais facilmente essa associação com o contexto do CR. No caso das enfermeiras, por exemplo, ambas enveredaram para áreas que elas conseguem encontrar pontos de convergência com o que realizam no CR hoje, tais como: clínica cirúrgica no caso de ENF 01 e saúde pública no caso de ENF 02. No primeiro campo, segundo ENF 01, se assemelhava com o que desenvolvia no CR pelo perfil de usuário o qual não persistia muito tempo em tratamento e internado o que ocasionava uma rotatividade muito grande no serviço.

Essa característica era avaliada por ela positivamente visto que era um perfil de paciente que demandava pouco envolvimento assim como, na visão dela, o é também com a população em situação de rua por sua rotatividade e inconstância nos campos. De certo modo, a descontinuidade do tratamento em virtude da presença/ausência dos usuários nos campos tornava-se um fator de proteção para as profissionais na medida em que não era preciso sustentar o vínculo e, por sua vez, o envolvimento com o caso. Detalharemos essa discussão no tópico sobre o vínculo mais adiante.

Cabe apenas salientar que as profissionais, pelo que foi observado durante as entrevistas, parecem se acomodar à proposta do CR, inclusive encontrando ressonâncias nas suas experiências formativas para dar conta da presente realidade de trabalho. No entanto, isso não aconteceu sem antes reconstruir e reformular as suas ferramentas. Em especial para a atuação das enfermeiras, a inserção no CR, decorreu de muitas adaptações visto que

concretamente não realizam aquilo ao qual foram formadas rigorosamente. No lugar de administrar medicações e limpar as feridas dos usuários, elas identificam e orientam sobre as suas enfermidades, por exemplo. Ao invés de protocolos rígidos tal como no contexto de hospital, higienização e controle, tem-se a flexibilização da rotina e procedimentos, insalubridade e dispersão.

Há, portanto, ao menos no que tange as referências teórico-práticas uma recriação da caixa de ferramentas, ou seja, as ferramentas ainda estão ali disponíveis, porém ocupando outras funções no desenvolvimento do trabalho dessas profissionais o que evidencia o caráter de ofício do trabalho no Consultório de Rua. Utilizando-se como metáfora a caixa de ferramentas de um marceneiro onde a chave de fenda possui as qualidades e propriedades para apertar um parafuso, porém pode ser facilmente utilizada para abrir uma garrafa se preciso for. Dessa forma, apesar da chave de fenda ter todas as potencialidades, características e funcionalidades para apertar um parafuso, ela será utilizada nesse contexto para abrir uma garrafa, recriando o uso dessa ferramenta. Assim também acontece no Consultório de Rua, em certa medida, no desenvolvimento do trabalho de todas as profissões com as suas devidas proporções.

A psicóloga e os psicólogos, por exemplo, referem ter realizado adaptações do ponto de vista da postura, da linguagem, dos gestos e do manejo, porém o recurso tecnológico, o raciocínio clínico, não se modificou em sua essência, apenas foi adaptado à nova realidade. Assim como as enfermeiras, eles também destacam sem sombras de dúvidas as experiências extracurriculares as quais propiciaram, inclusive, essa maleabilidade no uso das ferramentas.

A psicóloga e os psicólogos referem experiência com população em situação de rua em contexto de ambulatório e num centro de convivência, referem ainda experiência em Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) com jovens cumprindo medida socioeducativa, experiência em emergência e internação em hospital psiquiátrico etc. Reunidas, essas experiências parecem contribuir para o desenvolvimento do trabalho no Consultório de Rua na medida em que municiam de ferramentas práticas as profissionais afim de que possam lidar com a realidade em questão como demonstrado a seguir:

> A questão da leitura, agora assim, em termos de formação, como eu falei, acho que eu só consigo pensar, realmente, nas minhas diferenças de estágio. Que foram as práticas que me ajudaram a conseguir lidar. Acho que se eu tivesse só a faculdade, não conseguiria realmente lidar com a situação. Não conseguiria trabalhar no consultório de rua. Eu ficaria travado. Talvez com o tempo, conseguisse o perfil assim, ser mais, como falei, ser menos formal, ser menos formal, conseguiria lidar, mas seria um processo muito dramático, acho que até lá desistiria ou quando eu conseguisse já teria sido demitido. (PSI 02)

Nesse sentido, apesar das disciplinas curriculares, das leituras, teorias e formação acadêmica facilitarem a entrada no campo na medida em que tentam traduzir a realidade e fornecer ferramentas teóricas, é a experiência do cotidiano de trabalho na rua e a relação com os sujeitos atendidos, ou seja, com a prática que se desenvolve a *expertise* necessária. No entanto, a formação e a experiência da prática profissional (técnica) nesse contexto de trabalho ainda não são suficientes para compor os recursos tecnológicos das profissionais do Consultório de Rua.

Quando perguntadas diretamente sobre o seu principal instrumento de trabalho, as profissionais referem características que remetem ao uso da subjetividade como recurso tecnológico, a exemplo da "escuta", "persistência", "abertura para o novo", "desejo de estar querendo fazer esse trabalho", "entrega", "vínculo", "empatia", "disponibilidade", "estar aberta" etc. como descrito no trecho abaixo:

> Estar disponível (...) Não, porque quando, se a gente não se mobilizasse, que já foi no final, nesse período, pra poder buscar estratégias ou até mesmo, assim, buscar estratégias mais, enquanto equipe. Mas durante o percurso fui buscando estratégias pessoais pra poder desenvolver meu trabalho. Então eu via que estar disponível, porque se não eles não iam. (...) Então, eu vejo assim, que é mais disponibilidade pra poder quebrar essas barreiras assim, esses obstáculos. (PSI 01)

Assim, pode-se afirmar que a subjetividade que compreende também uma dimensão técnica junto à trajetória profissional e ferramentas teórico-práticas compõe a Caixa de Ferramentas das profissionais do Consultório de Rua, produzindo, dessa forma, um arranjo tecnológico que instrumentaliza a profissional, inclusive subjetivamente. O trecho destacado a seguir evidencia, de outro modo, como a profissional, com o seu corpo biológico, seus instrumentos técnicos e profissionais e, sobretudo a sua subjetividade são utilizados como recurso tecnológico especialmente no contexto do CR.

> Eu diria que o meu maior instrumento sou eu mesmo. Que eu sou patrimônio imaterial do consultório de rua. Mas seria mesmo. Porque, é, eu, eu me formei ouvindo isso. Enquanto o médico tem recursos, uma parafernália de recursos, o odontólogo é, nós temos essa, esse patrimônio que somos nós mesmo. Então você, é, poder estar bem consigo, poder gostar do que faz, ser ético, ter uma condução desse processo mais, uma manejo mais, numa perspectiva mais decente possível, eu diria assim, é, eu acho que seria a resposta. (PSI 03)

O patrimônio imaterial, em última instância, é a subjetividade das profissionais que através das suas trajetórias pessoais e profissionais e da experiência de trabalho as instrumentaliza tecnicamente, tornando-se o seu principal recurso tecnológico especialmente

no contexto do Consultório de Rua. Nessa direção, as profissionais são mais do que executoras de tarefas, são atrizes engajadas, com o seu corpo biológico, com seu aparelho cognitivo, sua intelectualidade e o seu psiquismo.

A seguir, trataremos de como o uso desse recurso tecnológico por parte das entrevistadas vai se diferenciar a partir das suas profissões de origem e nos debruçaremos também sobre as dissonâncias, consonâncias e transversalidades das profissões em relação ao Consultório de Rua.

3.5 As categorias profissionais

Esse tópico diz respeito às diferenças entre as profissões no que concerne ao modo de atuação e o seu papel na equipe multiprofissional, as contribuições dos campos disciplinares representados no trabalho e a diversidade da escuta e da abordagem, destacando o âmbito das categorias profissionais. Pretende-se ainda identificar às dissonâncias, consonâncias e transversalidades que se apresentam entre o contexto de trabalho do Consultório de Rua e as profissões representadas nesse estudo, a saber: enfermagem, psicologia e serviço social.

As profissionais revelam, de modo geral, que o trabalho no Consultório de Rua implica em uma adaptação e remodelagem do modelo tradicional de atuação de suas formações de origem o que denota uma dissonância. A necessidade de adaptação requer, portanto, a reconstrução de alguns dos cânones da prática profissional, inclusive, aquilo que as identifica a exemplo do *setting* terapêutico para a psicologia ou insumos materiais para cuidados clínicos básicos para a enfermagem. No entanto, para as profissionais, os ajustes e arranjos tecnológicos realizados para se adequar ao campo de atuação não parece ter sido uma experiência dramática, apesar de levantar algumas questões quanto ao seu fazer, considerando que muito do que se faz no consultório de rua é compartilhado pelos demais integrantes da equipe.

Nesse estudo, entretanto, depreende-se que cada profissional a partir da sua formação, da sua trajetória pessoal e profissional e a sua subjetividade empresta algo de si ao modo de atuação, personalizando a atividade como um todo. No entanto, ainda que pese o caráter coletivo das ações desenvolvidas – considerando que concretamente não há nada que impeça ou inviabilize a realização das ações por qualquer uma das profissionais no CR – cada categoria profissional ocupa um papel diferenciado e essencial para o desenvolvimento do trabalho.

No que tange as especialidades especificamente, para as profissionais, a contribuição da enfermeira é o olhar mais atento para as enfermidades físicas, orientações no nível dos cuidados básicos e encaminhamentos mais direcionados à rede. Apesar da enfermagem ser um caso emblemático quanto às dissonâncias no contexto de trabalho, as profissionais não referem sentirem-se menos enfermeiras no CR. Pelo contrário, reconhecem que há uma demanda de trabalho e que sem o conhecimento e sensibilidade da enfermagem para essas demandas seria mais difícil de se notar.

No caso da assistente social, segundo as profissionais, o seu papel no CR consiste em provocar as redes, fazendo articulação entre os serviços de modo a garantir os direitos dos usuários. Para ASS 01, esse é o perfil do serviço social, o de ser mais provocador do que as demais profissões por *"se indignar muito mais fácil"* com as situações que as cerca. No contexto do CR, a equipe reconhece que há uma demanda social maior em decorrência das carências dessa população o que faz com que a assistente social seja também mais demandada. Nesse sentido, pode-se afirmar que há uma consonância maior entre o trabalho da assistente social e a proposta do Consultório de Rua.

A profissional psicóloga e os psicólogos referem que a contribuição da psicologia é justamente uma escuta diferenciada, voltada para emergência do sujeito e, por sua vez, de sua subjetividade, como também o manejo das relações nesse contexto. No início da inserção no trabalho, no entanto, havia uma dificuldade de diferenciar a atuação das psicólogas das demais profissionais, considerando que a escuta é uma ação transversal entre as categorias. Entretanto, ao longo do desenvolvimento do trabalho, percebe-se que há uma diferença nessa escuta e nos encaminhamentos dessas demandas a depender da categoria profissional. A psicologia ocupa, nessa direção, o lugar do contraponto na equipe, plantando a dúvida e provocando na equipe a espera pelo desejo do outro, segundo a PSI01.

Pode-se afirmar, nesse sentido, que a escuta terá rumos diferentes assim como os relatos terão acolhimento diverso de acordo com a especialidade. A enfermeira, certamente, ficará mais atenta às condições físicas dos usuários e aos relatos concernentes às enfermidades. Inclusive, esses costumam serem os temas investigados por elas na abordagem com os usuários. Os casos com esse tipo de demanda também são direcionados a essa profissional ou elas são convocadas pela a equipe para contribuir a partir desse ponto de vista. No que tange a assistente social, o discurso das carências sociais, violação de direitos e benefícios são os temas pelos quais ela é capturada ao que imediatamente busca responder essas demandas, acionando a rede ou dando algum encaminhamento. Esses aspectos

impactam sob o *modus operandi* das profissionais e a criação do vínculo que se balizam muito mais pelos resultados da ação do que o vínculo em si mesmo.

No caso da psicologia, aparentemente, todos os casos podem ser direcionados às profissionais, considerando que os aspectos subjetivos sempre serão relevantes na escuta psicológica para as profissionais. Ainda segundo as psicólogas, a escuta sempre deixa margem para o *vir a ser* no sentido de nunca ser conclusiva quanto às demandas dos usuários e permitir que eles se impliquem nesse processo. Os trechos a seguir destacam desde o reconhecimento das diferenças na escuta à constatação que esse é um recurso tecnológico da seara da psicologia:

> Então é uma coisa que a gente passou, acho que no início, de saber o que o psicólogo faz na rua. A gente escuta, né? Mas escuta de outra forma, a gente tá focado mais em aspectos mais subjetivos, né? Então acho que hoje em dia me sinto mais psicólogo nas questões, no saber, de orientar minha escuta, né? (PSI 02)

> E já pra os psicólogos sabiam que a gente tinha que esperar um pouco. E tinha que ter paciência. (...) Porque a gente sabe que tem que partir do outro. A gente tá ali como instrumento (...) todo profissional tem que ter paciência. O psicólogo porque ele aprende a reconhecer isso, é , um pouco mais cedo (PSI 01)

> De escutar, de entender, mas você percebe um manejo da escuta no profissional de psicologia, que eu acredito que nós fomos treinados, bem melhor, pra lidar com essa questão (...) E o psicólogo busca entender a posição desse sujeito, que posição ele marca aí nesse, é, porque é uma queixa ou uma demanda? Então a gente procura ainda tá nesse, nesse, nessa seara. (PSI 03)

Nesse contexto, a escuta psicológica parece estar dotada de um raciocínio clínico (técnico) o que também direciona o modo de operar em campo e, por fim, a formação do vínculo o que no caso da psicologia, para as profissionais psicólogas, tem um caráter muito mais voltado para a relação em si do que para o encaminhamento, ou ao comprometimento do usuário com o serviço ou a necessidade de acompanhamento. Além disso, a psicologia parece estar mais amparada, em que pese ainda o aparato técnico-científico do fazer psicológico, no que se refere o uso da sua subjetividade como recurso tecnológico no desenvolvimento do trabalho.

Nesse sentido, a psicologia parece estar mais confortável em relação às outras especialidades no contexto do CR no que concerne ao uso instrumental da subjetividade no manejo das relações o que facilita na sua aproximação e relação com os usuários assim como a formação do vínculo. Esse último aspecto será mais bem discutido no próximo tópico.

3.6 O Vínculo Primordial

A recorrência do tema do Vínculo revela a sua importância nesse contexto de trabalho. É preciso, primeiramente, destacar as diversas formas em que ele aparece no discurso das profissionais: seja para ressaltar a relação entre usuário e profissional, considerando que uma relação vincular tem maior intensidade e relevância, seja para definir o seu trabalho ou até mesmo como forma de sintetizar uma operação (vincular). Em segundo lugar, se faz necessário demonstrar como o vínculo é usado como recurso tecnológico pelas profissionais, revelando a sua amplitude no que tange a intervenção. Ou seja, o vínculo compreende tanto um aparato técnico-científico quanto o envolvimento subjetivo, pessoal das profissionais.

Cabe ainda discriminar a relação vincular dentre os demais modos de relação. Ao afirmar isso, parte-se do pressuposto que o vinculo não diz respeito a qualquer tipo de relação, ou seja, no contexto de trabalho o vínculo consiste em uma estratégia técnica ou pode ser definida também como uma ferramenta técnica, embora envolva sobremaneira a dimensão dos afetos, das emoções e outros aspectos concernentes à subjetividade (ZYGOURIS, 2002). No entanto, trata-se de um anteparo abstrato, um recurso tecnológico o qual a profissional se utiliza para manejar as relações e realizar as intervenções, preservando, desse modo, outras dimensões da sua vida.

Para utilizar a terminologia de Merhy, o manejo das relações vinculares no Consultório de Rua nada mais é que uma tecnologia leve em que o princípio, meio e fim do trabalho são as relações, definindo-se como um trabalho vivo em ato. Sendo assim, a profissional do Consultório de Rua na medida em que produz cuidado, através do vínculo, ela também é objeto da ação. O vínculo, por sua vez, é uma tecnologia de cuidado que compreende desde a disposição subjetiva das profissionais à sua capacidade técnica.

Não é possível afirmar se as profissionais desse estudo têm clareza desses conceitos visto que o uso do termo em seus discursos parece ser indiscriminado, em sua maioria, o que denota ignorância ou negligência frente às potencialidades do uso desse recurso. No entanto, quando a estratégia é compreendida, a inserção e atuação no campo se dão com maior facilidade.

No contexto do Mercado de São Miguel foi percebida, através de um relato de caso, a necessidade de se comunicar da maneira mais próxima possível daqueles jovens, utilizando-se inclusive de um linguajar e de uma postura mais informal para conseguir intervir. Nesse caso citado, o profissional relata que um jovem que estava sendo acompanhado por ele chegou ao local com um hematoma grave no olho em decorrência de uma briga. A profissional

enfermeira já havia abordado o orientando a procurar um serviço de saúde e dando explicações técnicas a respeito do ferimento o que parece não ter surtido efeito.

Num segundo momento, percebe-se que o jovem não só não tinha procurado atendimento como o seu quadro tinha se agravado com riscos de perder o olho. Dessa forma, o profissional usou da sua relação vincular com o jovem para intervir de modo mais firme e contundente, mas ao mesmo tempo consternado e preocupado com a situação. Assim, o profissional diz ao jovem: "Rapaz, o que é isso aí? Você vai ficar vacilando?" (...) "Vai perder o olho? 14 anos e ficar cego? Você é maluco é?" PSI 02. De outra forma, o jovem não buscaria por ajuda, mas como há alguém que se importa, há alguém preocupado e com quem se pode contar, ou seja, como há vínculo o jovem acolhe essa intervenção e realiza tal como foi orientado. Essa, talvez, é uma das mais poderosas armas do vínculo. O trecho a seguir evidencia ainda a importância do vínculo no trabalho do CR:

> É, uma ferramenta, o meio principal do seu trabalho. Sem vínculo não vai dar nada. Você vai cair realmente, num trabalho que, não tem utilidade ou então vai tá lá pra mostrar que a prefeitura vai tá realmente distribuindo camisinhas, tá lá fazendo alguma coisa, mas não vai ter nenhum efeito. Você vai ter dados, que talvez sirvam pra quem tá lá avaliando o seu trabalho, vai ter dados. Porém, não vai ter nenhum efeito, como falei, não sabe a causa, depende de sua causa, de reduzir o mal estar ou de salvar o mundo, como alguns têm, né? (PSI 02)

O vínculo, nesse sentido, não é o fim em si mesmo, mas ajuda a prosseguir seja com as práticas de saúde, seja com a estratégia da Redução de Danos, seja para melhorar a situação de rua etc. No entanto, por seu comprometimento afetivo-subjetivo, sustentar o vínculo nas relações de trabalho, sobretudo no contexto do CR, pode se tornar insuportável para as profissionais. As profissionais enfermeiras referem, cada uma ao seu modo, como realizar os manejos das relações vinculares – considerando todas as condições que podem decorrer a partir daí, a exemplo de distanciamento dos usuários, infelicidades ou mazelas na vida desses usuários ou até mesmo seu óbito – ainda se coloca como uma dificuldade no trabalho da equipe, ao ponto de ser uma estratégia evitada como evidenciado abaixo:

> Então, eu acho que eu gosto muito disso. Dessa, dessa mudança, né? De tá refazendo as relações, conhecendo outras pessoas, tratando de novas patologias, pessoas diferentes, pessoas com família, pessoas sem família. (...) Eu acho que me identifico muito com essa rotatividade. (...) Eu não sei se é um mecanismo de defesa, porque eu me apego muito. Então assim, eu prefiro nem ter tempo, pra não sofrer, não sei se pode ser que seja isso. (ENF 01)

Por outro lado, o vínculo pode trazer leveza e satisfação para o cotidiano de trabalho, por vezes, tão duro e hostil na medida em que você *"(...) faz uma vinculação mais forte e isso ameniza (...) algumas coisas, você acaba fazendo uma troca, acaba se divertindo*" (PSI 03). Porém, isso só é possível quando se utiliza tecnicamente o vínculo, quando se conhece os seus limites profissionais e pessoais para a partir daí poder usá-lo a seu favor.

Outra característica importante do vínculo é o seu caráter espontâneo e genuíno o que no CR se torna mais notório pela ausência ou fragilidade dos laços dos usuários. No entanto, não há como prevê ou ensaiar a formação do vínculo – por mais que se esteja imbuído de uma postura respeitosa, acolhedora e empática – visto que também depende de inúmeros fatores que dizem respeito às contingências, o conteúdo da relação, as interpessoalidades e as subjetividades de cada um. Assim, o vínculo não é algo que facilmente se ensine ou que se aprenda, nesse sentido, ele é pessoal e intrasferível e apenas a vivência refletida com os sujeitos propiciará a emergência e a compreensão do vínculo.

No tópico a seguir, são apresentados os ossos do ofício, ou seja, as dificuldades, impasses e problemas encontrados durante o desenvolvimento do trabalho no Consultório de Rua.

3.7 Os Ossos do Ofício

O ofício das profissionais do CR apresenta algumas dificuldades, impasses e/ou problemas que irão perturbar de certo modo o desenvolvimento da atividade. Dentre as maiores dificuldades enfrentadas por elas, principalmente no início do seu trabalho, se destacam o fato de se depararem com a situação de miséria extrema em que se encontravam os sujeitos atendidos, perceber a ausência completa de assistência aos usuários, à sensação de insegurança e medo causada principalmente pela presença do tráfico e, especialmente, pela polícia e, lidar com a sensação de impotência e inutilidade muitas vezes que acabam por causar sofrimento na equipe.

De maneira geral, as dificuldades apresentadas pelas profissionais não chegam a paralisá-las para o trabalho nem muito menos fazer com que desistam da proposta do CR. Pelo contrário, a equipe encontra-se motivada para realizar as ações, explorar novos desafios e campos de modo a contribuir cada vez mais a despeito das dificuldades. Dessa forma, ainda que haja dificuldades administrativas que impeçam a realização de uma ação, como a compra de materiais ou atendimento de usuários; ainda que a rede não acolha, não atenda o usuário, denotando descrédito e menosprezo; ainda que não tenham respostas para as demandas dos

usuários ou se sintam inseguras e com medo em função da presença do tráfico e da polícia, nenhum desses fatores apontados faz com que as profissionais recuem e desistam da proposta de trabalho como um todo, apesar de haver consequências pontuais como estratégias de proteção em alguns campos, por exemplo.

No entanto, é preciso reconhecer outros aspectos nesse trabalho que parecem afetar a disposição, interesse, investimento e, de outra maneira, o modo de operar dessas profissionais apesar de não ter sido destacado, em especial, por elas. Dentre esses elementos, se reconhece a descontinuidade da proposta em virtude do financiamento por projeto, ou seja, por tempo determinado, e o consequente rompimento dos vínculos com os usuários, à falta de reconhecimento e sensibilidade por parte da rede e, em especial nesse estudo, a mudança no regime de contratação, que antes era no formato CLT – Consolidação das Leis do Trabalho - e passou a ser por contrato de prestação de serviço entre pessoa jurídica.

Nesse último caso, além do profissional perder os seus direitos trabalhistas, ele se responsabiliza por toda e qualquer intercorrência no trabalho, inclusive, assumindo os riscos de periculosidade e insalubridade. Apesar desse aspecto não ter sido um tema tangenciado pelas profissionais, de maneira geral, o que impede uma análise mais aprofundada a respeito, pode-se imaginar o impacto de uma mudança como essa no cotidiano de trabalho das profissionais. Segundo algumas profissionais, nas áreas reconhecidas pelo tráfico intenso e violência, por exemplo, estão serão evitadas ou extinguidas em virtude de sua exposição.

No próximo tópico, discutiremos como o medo aparece nas narrativas e como as profissionais lidam com esse elemento, além de refletir sobre o fato das profissionais prosseguirem ainda que com medo e por que isso acontece.

3.8 O Medo como Recurso

O medo é um tema que aparece com razoável frequência nas entrevistas das profissionais, porém este não será um elemento que as paralisa ou as faz recuar frente ao desenvolvimento do trabalho. A presença do tráfico e a ação da polícia são os aspectos que mais provocam medo nas profissionais. Segundo elas, nunca se sentiram amedrontadas ou ameaçadas em relação aos usuários, ainda que soubessem que alguns deles são realmente perigosos. No entanto, elas percebem que há um respeito e gratidão pelo trabalho que desenvolvem na rua o que faz com que os próprios usuários as protejam de qualquer eventualidade e, inclusive, se contenham mais quanto a sua agressividade, irritabilidade ou até situações de conflito com os demais usuários.

As situações de medo relatadas são, na verdade, para ilustrar como as profissionais o contornaram e aprenderam a conviver com o medo. No caso delas, outros afetos se sobrepõem no desenvolvimento de trabalho, tais como: a sensação de impotência, de inutilidade e frustração, o que demonstra o impacto secundário, do ponto de vista negativo, do medo dentre os diversos afetos implicados nesse trabalho.

Nesse sentido, ao que parece, a sensação de medo é como uma mola propulsora que faz com que as profissionais prossigam com o seu trabalho. Pode-se afirmar, inclusive, que o medo é utilizado como recurso pelas profissionais na medida em que suscita a vigilância de suas intervenções, desenvolve o ágil reconhecimento do clima do ambiente e do estado dos usuários assim como aciona um alerta constante para as mudanças. A presença do medo nesse contexto de trabalho, portanto, é indispensável para a sobrevivência da trabalhadora no nível concreto e também subjetivo.

Correlacionando com outro tipo de atividade, conseguimos compreender melhor a importância da presença do medo. Os bailarinos do Cirque du Soleil, em especial os acrobatas, relatam nunca perder o medo visto que ele é necessário tanto para respeitar os limites dos riscos, se expondo apenas o suficiente para realizar a atividade, quanto para estar vigilante sobre os seus atos e consciente dos movimentos do seu corpo. Nesse sentido, a presença do medo favorece e tenciona positivamente a atividade do acrobata na medida em que não permite que este se exponha a ponto de prejudicar e fracassar nos quadros apresentados, considerando, inclusive, nesse caso, o risco de morte. Assim, o medo é um aspecto que deve, em certa medida, compor a atividade, considerando que sem ele, pode-se comprometer o desenvolvimento da atividade e, em ultima instância, se colocar em risco eminente.

Os dois extremos, dessa forma, são prejudiciais nesse contexto, ou seja, tanto aquela que se sente muito amedrontada a cada situação de trabalho ficará paralisada pelo medo e não conseguirá desenvolver plenamente a atividade quanto àquela que diz não sentir medo nenhum, nesse sentido, pode se colocar em risco concretamente. Nos trechos a seguir estão explicitadas as duas situações:

> Eu nunca consegui me senti insegura no campo. Então, eu chegava lá, ia fazer o meu trabalho. (...) Dizer pra você que eu ficava com medo das pessoas. Nunca tive. Nunca pensei que pudesse ter algum tiroteio. Porque tem pessoas que já ficam procurando as rotas de fuga, então é como eu disse, às vezes eu, eu ia além. (...) Eu não, eu não tinha isso. Isso é característico meu [se expor]. Não só em consultório de rua, em todos os lugares. (ENF 01)

> Olha, é, tinha uma, uma, se você tem medo de tá na rua, não tem como você ir pra rua. Não é que em todos os lugares você vai se sentir confortável e não, mas se você tem que, sei lá, tem que, não sei se é bem coragem a palavra que eu usaria, mas, não tinha medo, assim, de estar na rua. (...) Então você tem que ter uma certa, não sei, não sei explicar assim. (...) E aí nesse dia eu fiquei [com medo]. Mas, não sei lhe dizer, porque eu não tinha medo na maioria das vezes, assim, mas se eu tivesse como tive naquele dia, eu não tinha condições de fazer o trabalho (PSI 01, grifo nosso).

Evitar o medo ou negar a sua existência, nessa direção, não impede que ele persista no contexto de trabalho. Nesse caso, é preciso reconhecer a sua existência, sobretudo a sua importância, para a partir daí utilizar-se como recurso da atividade. Com afirma Clot (2010),

> Os medos vividos não são camadas inertes da sua experiência; melhor ainda, pode-se pensar que eles se tornam objetos da sua relação com o mundo. Os medos sedimentados podem ser habitados de novo e, para além disso, transformarem-se em modo de ação sobre o real: traduzindo-os na nova língua de ação, o sujeito se desfaz desse fardo. O passado serve para exorcizar os riscos do presente. O sujeito previne-se fazendo apelo a proteções instauradas outrora, no decorrer de situações análogas. O individuo defende-se contra o medo, ao defender-se com o medo (p. 108)

Nesse caso, o medo, a sensação de insegurança e os receios são uma estratégia para enfrentar outros "medos" maiores, utilizando-se assim como recurso para a ação.

Trataremos a seguir a respeito da estratégia da Redução de Danos, especificamente sobre como as profissionais se posicionam frente a esse tema, como se utilizam da Redução de Danos no contexto de trabalho e a importância dessa estratégia no âmbito do Consultório de Rua.

3.9 Redução de Danos: uma Estratégia em Construção

A Redução de Danos é uma estratégia de cuidado diretriz das ações do Consultório de Rua e, por conseguinte, da atuação das profissionais. Ela compreende, nesse sentido, desde as diversas relações com o uso de drogas e as terapêuticas possíveis até o modo de operar com os usuários, fazendo prevalecer sempre o protagonismo dos sujeitos assistidos. Faz-se necessário ressaltar ainda que a RD abriga uma ampla gama de intervenções, ações e terapêuticas, considerando que não há apenas um caminho possível no tratamento das pessoas que usam drogas, inclusive a possibilidade do não tratamento. Não de outra forma, o Consultório de Rua estudado, através das ações executadas por sua equipe, persegue esses princípios e diretrizes pautadas pela Redução de Danos, pela Reforma Psiquiátrica e ainda os princípios que regem o SUS (integralidade, equidade e universalidade).

No que tange o conhecimento da estratégia e compreensão, a maioria das profissionais afirma que conheceram e passaram a compreender principalmente através da inserção no CR. A princípio, a maioria não concordava com a proposta de RD ou porque imaginava que era um incentivo ao uso, ou que o vício era consequente ao uso de drogas, ou que era preciso acabar com todas as drogas, partindo especificamente do paradigma da abstinência e de combate às drogas o que é ainda muito disseminado entre a população, de modo geral.

No decorrer da experiência com os usuários no Consultório de Rua, as profissionais perceberam que a Redução de Danos era um caminho possível e, inclusive, mais efetivo do que outras estratégias ao que começam a incorporar essa racionalidade ao seu *modus operandi*. A RD ainda opera uma transformação no nível pessoal das profissionais, quando os seus valores morais e artigos de crença também são modificados a partir dessa experiência, confirmando mais uma vez que o trabalho excede o conhecimento técnico e que envolve, sobretudo no CR, a subjetividade das trabalhadoras.

No entanto, ao questionar diretamente às profissionais sobre como a Redução de Danos aparece no desenvolvimento do seu trabalho, as respostas em sua maioria se associa à distribuição de preservativos, às orientações sobre os riscos e danos causados pelo uso de drogas, às negociações com os usuários quanto ao uso abusivo, às oficinas abordando diversas enfermidades, em especial, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e HIV/AIDS, entre outras ações voltadas aos impactos biológicos e orgânicos do uso de drogas tal como estava presente nas origens da RD historicamente e que marca o seu nascimento.

Isso não quer dizer que as profissionais não transportavam o raciocínio da RD para outras dimensões do seu trabalho, no entanto, encontravam dificuldade em denominá-las de ações de Redução de Danos diretamente. Esse achado revela que as ações dessa natureza tais como a distribuição de preservativos, por exemplo, quando é possível observar mais claramente uma intervenção e, inclusive, qualificá-las, para as profissionais, pode ser mais bem identificado como uma ação de RD. Ou seja, realizo RD quando entrego preservativo, quando oriento diretamente sobre os riscos e danos do uso de drogas, quando realizo oficina a respeito das DST/AIDS etc. e o restante das ações não fazem parte da estratégia de RD, nesse sentido.

Dessa forma, as profissionais deixam de considerar a escuta, o respeito pela diversidade, o empoderamento dos sujeitos, o vínculo e inúmeras outras ações que realizam como RD, subestimando, nesse sentido, as possibilidades dessa estratégia. Na medida em que a estratégia da RD se resume a entrega de preservativo, nesse caso, são excluídas as possibilidades de intervenção e, por sua vez, a sua efetividade visto que ainda que seja

“apenas” uma entrega de preservativo, esta deve estar imbuída de uma postura disponível, comprometida com o vínculo e de forma respeitosa.

Apesar das profissionais não terem realizado essa associação direta entre outras ações que realizam e a estratégia de RD ao serem questionadas a respeito, percebe-se que são preservados os seus princípios na atividade como um todo o que indica que a RD compõe, de modo transversal, todo o trabalho desenvolvido no Consultório de Rua. Pode-se afirmar, desse modo, que a RD compreende desde ações concretas concernentes às práticas de saúde até concepções sociológicas, econômicas e antropológicas, passando também pelo estilo de vida e uma postura ética, respeitosa e acolhedora, não só em relação ao uso de drogas, mas como uma tecnologia de cuidado que tem por objetivo reduzir o mal estar das pessoas em sua singularidade. Assim, a estratégia de RD pode ser considerada um recurso técnico ao arranjo tecnológico do trabalho no Consultório de Rua.

3.10 A Clínica do Consultório de Rua

O dispositivo clínico não é reconhecido pelas profissionais, ao menos não de modo amplo, como uma estratégia que compõe a sua atividade de forma contínua e persistente, assim como acontece também com a estratégia da Redução de Danos. As entrevistadas são unânimes ao afirmar que o Consultório de Rua se constitui como uma estratégia clínica, porém carece de clareza, considerando que elas têm dificuldade de localizar como a clínica aparece no desenvolvimento do seu trabalho e de que modo a clínica do CR se diferencia das demais.

É sabido, a partir dos estudos encontrados (OLIVEIRA, 2009; ABREU, 2013) e de outros autores estudados (AYRES, 2004; LEMKE, 2011) que a clínica nesse contexto se difere da experiência clínica tradicional, ambulatorial, tanto no que concerne a clínica médica e sua abordagem biomédica-intervencionista quanto à clínica tradicional psicológica elitista. A clínica do CR tem os seus limites ampliados na medida em que considera e promove a singularidade dos sujeitos e não busca enquadrá-los; quando prescinde de diagnósticos e nosologia para estabelecer uma relação de cuidado; quando aciona a comunidade e a rede de atenção e proteção a fim de construir laços junto ao sujeito; quando constrói o vínculo e se co-responsabiliza com o cuidado, quando permite adaptações e uso de diversas estratégias; quando não há regras estanques e espaços fixos etc.

Lemke (2011), ao realizar uma vasta revisão a respeito da definição dessa clínica que acontece nos serviços que têm como cenário a rua e a itinerância como estratégia, percebeu

que cada estudo, na verdade, vai destacar uma característica da Clínica Ampliada como, por exemplo, o deslocamento pelo território do usuário na "clinica peripatética" de Lancetti e Araújo, ou o acolhimento radical dos usuários em sua diferença na "clínica aberta" de Petuco e Medeiros, ou uso do território como produção de subjetividade da "clínica a céu aberto" de Souza, ou ainda a "clínica cartográfica" de Lancetti ao que se refere "as práticas de saúde que possuem um *setting* móvel, em contraposição as práticas que utilizam um *setting* fixo, e que, segundo o autor, produzem uma 'clinica arqueológica'" (LEMKE, 2011, p. 986).

No contexto do Consultório de Rua, a princípio, todas essas denominações se encaixam. No entanto, nesse estudo, não se pôde verificar de modo amplo, visto que as profissionais, de modo geral, não tem clareza sobre essa tecnologia, reportando ao saber da clínica médica que consiste, segundo elas, na anamnese dos usuários, realização de diagnóstico e acompanhamento das enfermidades ou a clínica psicológica que implica na escuta, com o foco nas questões psíquicas etc. Ou seja, têm por entendimento que a estratégia clínica diz respeito apenas a essas modalidades.

Algumas profissionais ainda referem algo da clínica ampliada, da clínica comunitária e peripatética, da clínica do social etc. que demonstram um reconhecimento de que o Consultório de Rua trata-se também de uma estratégia clínica, porém não nos moldes ortodoxos e tradicionais, e que considera os demais aspectos da vida do sujeito. Entretanto, parece uma lógica ainda pouco desenvolvida entre as profissionais, pelo menos é o que se apresenta no discurso ao longo das entrevistas, considerando que sobre esses tangente dão respostas enxutas e sem sustentação teórica, na maioria das vezes. Nesse sentido, cabe questionar se as profissionais do Consultório de Rua desenvolvem um raciocínio clínico e se este compõe o *modus operandi* dessas profissionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso travado até aqui se deu senão através de um trabalho intelectual, e em compromisso com a temática, que procurava compreender e analisar o objeto de estudo de modo a contribuir para área de conhecimento, para o trabalho das profissionais do Consultório de Rua e, em última instância, subsidiar políticas públicas voltadas para assistência aos usuários de substâncias psicoativas e para a população em vulnerabilidade e em situação de rua. No início dessa caminhada, eu já sabia que se tratava de uma tarefa árdua, considerando o objeto complexo que decidia abordar naquele momento, a saber: o *modus operandi* das profissionais do Consultório de Rua, mas já havia sido plantado a semente da curiosidade, essa que toda pesquisadora deve ter e, portanto, era caminho sem volta.

Para alcançar esse objeto, foi preciso compreender antes as relações entre os temas da técnica, tecnologia e subjetividade sob a perspectiva do contexto de trabalho, tendo como parâmetro o trabalho em saúde mental, em especial, dos Consultórios de Rua. A síntese desse primeiro momento apontou que o trabalho nos Consultórios de Rua implica em um arranjo tecnológico que reúne o saber técnico-científico, as trajetórias pessoais e profissionais e, sobretudo, o recurso da subjetividade do agente. Além disso, se suspeitava que a noção de técnica nesse contexto se aproximava muito mais do fazer, no sentido das produções práticas, em relação ao saber, no sentido do conhecimento teórico, o que equiparava o trabalho do CR à posição de Ofício.

No segundo momento desse percurso, as rosas já mostravam os seus espinhos quando das escolhas difíceis, embora necessárias, quanto ao método, instrumentos e os seus eternos ajustes de modo a se aproximar concretamente do objeto de pesquisa. Assim, optou-se por uma abordagem do tipo qualitativa inspirada nas contribuições da Clínica da Atividade de Yves Clot, considerando a sua importância no âmbito da Psicologia Social e do Trabalho, tanto com relação à categoria trabalho quanto as suas considerações a respeito do tema da subjetividade nesse contexto. Como aporte teórico, utilizou-se, principalmente as contribuições de Merhy a respeito da teorização das tecnologias do cuidado. Parte-se do pressuposto nesse estudo, através desses referentes teóricos, que as profissionais possuem um saber sobre a sua atividade e que através da reflexão dialógica orientada a partir da Clínica da Atividade na ocasião das entrevistas Consultório de Rua é possível ter acesso ao real da atividade.

Cabe dizer ainda que durante essa trajetória no meu horizonte estava à preocupação por uma inovação tecnológica que pudesse ser usada como recurso no contexto de trabalho,

da contribuição ao saber científico e, sobretudo, do retorno à sociedade. Considero que nenhum trabalho científico é realizado apartado das suas concepções políticas, suas preferências intelectuais e, em última instância, o seu lugar no mundo, que decorre das suas origens, da sua classe social, do seu capital social e cultural e de sua subjetividade. Desse modo, produzir ciência é também, de outra maneira, se posicionar em todos os sentidos que esse termo agrega.

É chegado, portanto, o momento da colheita, ou seja, em que os achados e contribuições desse trabalho alimentam ainda mais o desejo de perseguir o caminho da curiosidade e por onde posso realizar as considerações finais (Ou seriam iniciais?) do presente estudo o que marca, por sua vez, uma posição frente aos demais trabalhos sobre esse tangente. Longe de querer oferecer respostas categóricas ou conclusões gerais a respeito da temática – visto que quando se trata da categoria trabalho, considerando o seu dinamismo, não há verdades estanques ou conclusivas – esse estudo pretendeu refletir, ao se aproximar da realidade de trabalho das profissionais do CR, sobre as possibilidades de ação frente às condições de trabalho apresentadas no Consultório de Rua e evidenciar, nessa direção, um caminho possível no que tange a assistência às pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas.

O Consultório de Rua é uma experiência que conjuga no mínimo três políticas públicas diferentes (as quais podemos correlacionar com mais algumas), a saber: a Politica de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, Política de Atenção à População em Situação de Rua e Política de Atenção Básica. O CR emerge ainda como uma proposta de cuidado contra hegemônica no que concerne o paradigma da assistência a usuários de drogas na medida em que acolhe, como norteador, a estratégia da Redução de Danos, considerando que o contexto cultural e assistencial no Brasil predominantemente se baliza pela lógica da abstinência e guerra às drogas.

Além disso, o CR propõe-se a ser uma ponte entre o usuário e a rede de atenção e proteção, a ser um ponto de ancoragem onde a população em situação de rua possa encontrar porto, a ser um mediador das relações entre usuário-profissional e usuário-rede entre outros. Diante desses aspectos, percebe-se que o CR ocupa um papel estratégico no âmbito da assistência a usuários de substâncias psicoativas em situação de rua ao que a equipe nesse contexto assume grande relevância, considerando que as ações são realizadas através desse capital humano. Nesse sentido, a experiência de trabalho ao passo que é enriquecida pelo amplo leque de possibilidades, torna-se desafiante pelo mesmo motivo.

Os achados apontam que o trabalho no Consultório de Rua possui dimensões com as quais as profissionais terão obrigatoriamente que lidar e a partir daí construir, à sua maneira, o *modus operandi*. Dentre elas, pode-se destacar: 1. A flexibilização da atividade, 2. O trabalho em equipe multiprofissional e 3. O trabalho na rua. A primeira dimensão diz respeito à falta de prescrições formais, regras oficiais e tarefas pré-estabelecidas para cada profissional no trabalho do Consultório de Rua o que leva a flexibilização da atividade, ou seja, a profissional é impelida a recriar permanentemente a sua atividade quando não há uma rotina prévia, fixa ou pré-estabelecida, quando não há parâmetros nas suas profissões para atuar nesse campo e quando o trabalho não fornece as orientações oficiais e extraoficiais para orientar o modo de operar. Essa realidade é justificada pelo ambiente dinâmico e imprevisível da rua, além da inconstância da população atendida tanto no que concerne a ausência/presença nos campos quanto no quesito da disponibilidade.

Como afirma Clot (2010), na medida em que as obrigações oficiais não são compartilhadas pelo coletivo de trabalho e não há uma prescrição formal estabelecida, cada recém-chegado é levado a transitar sozinho no embaraço das suas funções correndo o risco de errar diante da amplitude de tolices possíveis. Assim, nesse contexto, o novato é convocado a transgredir quer seja contornando o regulamento e ficando à mercê do inesperado nos campos quer seja por criar as suas próprias prescrições.

No entanto, é preciso ressaltar que essa percepção de falta de regularidade, rotina e prescrições se faz presente em todo o desenvolvimento do trabalho, embora não suscite mais questões quando do seu início, o que indica que os gêneros da atividade (dos técnicos e do discurso) se fizeram presentes e foram incorporados ao *modus operandi* das profissionais de alguma forma. Nesse sentido, pode-se afirmar que a flexibilidade é um componente dessa atividade, considerando que a população em situação de rua demanda uma prática que atenda de modo contingente às suas necessidades que, como a rua, também são dinâmicas o que implica, portanto, que a reformulação e readaptação do modo de operar é uma constante. As profissionais ao recriarem e reposicionarem o seu *modus operandi* a partir da configuração da rua e da população atendida em concomitância se recriam subjetivamente, evidenciando que o trabalho exerce, portanto, uma função psicológica específica sobretudo o trabalho no Consultório de Rua

O trabalho no Consultório de Rua demanda ainda a contribuição de diferentes categorias profissionais, considerando a diversidade das demandas de cuidado da população atendida. Assim, a atuação a partir de uma equipe multiprofissional é uma condição imprescindível para o desenvolvimento do trabalho, introduzindo no contexto do Consultório

de Rua um modo de relação que deve ampliar os limites dos campos disciplinares para dar conta do objeto de trabalho, traduzindo assim um modo de atuação interdisciplinar.

A terceira e última dimensão desse universo do trabalho do CR destacada aqui diz respeito ao tema da rua tanto no que se refere às condições de trabalho quanto às situações extremas que se encontram os usuários em situação de rua, o que confronta cotidianamente as profissionais tanto por seu lado técnico e, sobretudo, por seu lado subjetivo, impactando no seu modo de operar nesse contexto. Conviver com essa realidade no cotidiano de trabalho gerou muito mais questões aflitivas, mobilizadoras e comoventes para as profissionais do que o consumo de drogas.

Do ponto de vista do desenvolvimento do trabalho, o uso de drogas torna-se secundário nesse contexto, embora seja um aspecto importante a considerar. Sobre esse tangente, cabe destacar a Redução de Danos como um recurso técnico que também vai compor arranjo tecnológico do trabalho no CR, nessa direção, a qual se traduz através das práticas de saúde, mas também pela concepção política e uma postura e atitude frente ao uso de drogas de maneira diferenciada. Nesse sentido, justifica-se a posição das profissionais em relação ao consumo de drogas, considerando que a estratégia da RD incide também sob os seus valores morais e artigo de crença, operando uma transformação também no seu nível pessoal.

Além disso, a rua também é palco da atuação das profissionais, ou seja, é o seu "consultório" o que significa lidar com o tensionamento proveniente da presença do tráfico e/ou da polícia, com a insalubridade do ambiente, com a falta de estrutura física e segurança institucional etc. o que propicia a emergência de uma prática baseada no improviso, na criatividade e na diversidade, mas por outro lado suscita a permanente dúvida sobre o seu fazer.

No que concerne à abordagem na rua, ou seja, o *modus operandi* propriamente dito, percebe-se que cada profissional imprime uma personalidade a esse fazer como produto da sua formação técnica-profissional, trajetórias (pessoais e profissionais) e as suas características pessoais intersubjetivas, que implica no seu corpo biológico, seus recursos cognitivos e afetivos e da sua disponibilidade psíquica. . As profissionais ainda estabelecem relações diferenciadas com os territórios de atuação do Consultório de Rua, o que se denominou nesse estudo de mapas afetivo-descritivos, evidenciando que o *modus operandi* nos campos transborda a relação técnico-profissional visto que a relação que as profissionais mantêm com os campos de atuação revela os seus artigos de crença, os seus afetos, paixões

(“o lugar que me apaixonei foi a Preguiça”, diz ASS 01) e suas predileções pessoais que irão também orientar a ação.

As profissionais referem em sua maioria a distribuição de preservativo como tática de aproximação, porém fica demonstrado através dos dados que essa estratégia não se encerra em si mesma. Ou seja, a partir daí cada profissional recorrerá a recursos tecnológicos diversos para prestar atendimento aos usuários o que compreende desde as suas ferramentas teórico-práticas – as quais, segundo elas, são adaptadas para o trabalho no CR – ao uso da sua subjetividade. Quanto ao seu principal instrumento de trabalho, as profissionais remetem a características pessoais intersubjetivas(“empatia”, “entrega”, “vínculo”, “persistência” etc.), que compreendem também uma dimensão técnica, evidenciando uma instrumentalização técnica da subjetividade nesse contexto de trabalho.

No que se refere às diferenças entre as profissionais no que concerne ao modo de atuação, percebe-se que cada profissional precisa reconstruir, em certa medida, o modelo tradicional de atuação das suas formações de origem o que, inclusive, implica, para alguns casos, a reconstrução dos cânones da prática profissional como no caso do *setting* terapêutico para a psicologia, por exemplo. A formação de origem produz impacto, nesse sentido, no modo de aproximação da profissional, na sua escuta e nos encaminhamentos dessa escuta, demonstrando novamente a relação entre as ferramentas teórico-práticas e o recurso da sua subjetividade. No que se refere ao uso da sua subjetividade como recurso tecnológico no desenvolvimento do trabalho, as profissionais psicólogas parecem estar à frente em relação às demais profissões nesse contexto de trabalho, considerando que esse é justamente o material de trabalho da psicologia e, por isso, a capacitou, ou melhor, *tecnificou* antecipadamente.

Esse estudo revela, de outro modo, que apesar do campo de trabalho, em especial do Consultório de Rua, propiciar formação tanto do ponto vista tecnológico como prático, as profissionais não são uma tábula rasa ou um papel em branco em que o trabalho torna-se única fonte e meio para orientar a sua ação. Pelo contrário, através desse estudo, pode-se afirmar que o *modus operandi* é construído a partir da sedimentação e entrelaçamento, principalmente, das ferramentas teórico-práticas e das trajetórias pessoais e profissionais o que produz, sobretudo nesse contexto de trabalho, uma instrumentalização técnica das subjetividades das profissionais. Como afirma Campos (1994), as profissionais de saúde não são um insumo passível de administração e planejamento tal como os demais insumos, há que se considerar, portanto:

> (...) a ação ou a reação, individual ou coletiva, de sujeitos dotados de uma determinada ideologia, de interesses próprios de capacidade de ação sindical e,

> eventualmente, até mesmo de adesão e de defesa de determinadas políticas de saúde (CAMPOS, 1994, p.48)

Considerando esses aspectos, cabe questionar o papel da formação superior nesse contexto. Como esse estudo não comparou com os trabalhadores de nível médio como os redutores de danos, por exemplo, é difícil afirmar que esse é um elemento que faz diferença nesse contexto, suspeita-se que sim. Entretanto, outros aspectos que compõe essa atividade e que não necessariamente dependem de uma formação profissional (tais como: sensibilidade, ética, empatia, respeito etc.), parecem se sobressair nesse trabalho o que leva a crer que há espaço para o trabalhador de nível médio no Consultório de Rua.

Considera-se ainda que a capacitação, do ponto de vista da formação profissional e também por seu lado subjetivo, para o trabalho no CR prepara até certo ponto, em que pese as características já mencionadas do CR. O que diferencia-se, na verdade, entre aquela profissional que não tem acúmulo teórico-metodológico nenhum daquela que possui algum acúmulo, é o tempo de amadurecimento no desenvolvimento do trabalho visto que a preparação se dá senão através da própria experiência no Consultório de Rua.

A respeito do *modus operandi* das profissionais, evidencia-se um ofício que apresenta muitas características que esse termo carrega. Ou seja, o trabalho no Consultório de Rua tem um caráter pré-profissional na medida em que não possui prescrições estabelecidas ou ações previstas nem previsão do alcance das ações realizadas; quando o remodelamento e adaptação – do ponto de vista técnico e subjetivo – para se adequar ao trabalho é uma constante e regra, descaracterizando, inclusive, o modo de atuação tradicional das profissões; quando a criatividade, o improviso e inventividade torna-se condição para o trabalho etc. Nesse sentido, concretamente, a atividade das profissionais do Consultório de Rua se caracteriza mais por um "não saber" ou um "saber, fazendo" do que por um "saber fazer" como ilustrado pelo profissional no trecho a seguir.

> Mas alguns consultórios de rua pelo Brasil, né? Ele reporta a gente [CR do CETAD] como se fosse o referencial. (...) A gente recebe algumas visitas de pessoas, profissionais, que "Não, que a gente veio ver como você trabalha". Aí, eu fico assim: "Mas se a gente não sabe muito bem como trabalha, como vai falar pra alguém como trabalha, né?". Mas não chego pra falar com a pessoa isso. "Não, a gente sabe como a gente trabalha. A gente vai trabalhando. A gente vai trabalhando" (...) Foi feito um projeto, C. reformulou o projeto, mas o que tá escrito e se segue o que tá escrito é uma grande diferença (PSI 02 – grifo nosso)

Dessa forma, o ofício das profissionais do Consultório de Rua sempre será uma experiência única, considerando as suas características concernentes ao dinamismo do objeto de trabalho, da produção coletiva através da equipe e das possibilidades organizacionais o que

nunca coincidirão. Nesse sentido, explica-se, em certa medida, o fato dos guias, dos documentos oficiais e outras referências não compuserem o cotidiano desse trabalho como prescrições oficiais da atividade. Pode-se afirmar, portanto, que sempre haverá um hiato entre aquilo que se planeja para o trabalho no Consultório de Rua para o que é efetivamente realizado.

REFERÊNCIAS

ABREU, Deidvid de. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua.** 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ADIALA, J.C. **A Criminalização de entorpecentes**. Rio de Janeiro: Fundação Rui Barbosa, 1986.

ALVES, V.S. **Modelo de Atenção à Saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – Capsad**. Tese de Doutorado. Salvador, 2009a.

ALVES, V.S. **Modelo de Atenção à Saúde de usuários de álcool e outras drogas:** discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009b, 25(11), pp. 2309-2319.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de redução de danos**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: SVS/CN-DST/AIDS, 2ed. Ampliada, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004b.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultórios de Rua do SUS.** Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2010. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012a. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012b. 110 p.

BRÜSEKE, F. J. **A técnica e os riscos da modernidade.** Florianópolis: UFSC, 2001.

BRÜSEKE, F. J. **A modernidade técnica:** contingência, irracionalidade e possibilidade. Florianópolis: Insular, 2010.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES. **A produção de serviços de saúde mental:** a concepção de trabalhadores. Ciência & Saúde Coletiva, 2003. 8 (2), 621-628.

CAMPOS, G.W. **Recursos Humanos na saúde:** fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G.W.; MEHRY, E. E.; NUNES, e.d (orgs.). **Planejamento sem normas.** São Paulo: Editora HUCITEC, 1989. p. 45-51, 133p.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho.** Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

CLOT, Y. Ivar Oddone: os instrumentos de ação. **Revista Les territoires du travail nº 3** (Les continents de l'expérience). Catéis: Marseille,1999.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Eixo 3:** A Atuação dos Psicólogos . In: **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas.** Brasília, 2013. p. 58-62.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In: Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. DEJOURS, Christophe et al. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

ESCOHOTADO, A. **História elementar das drogas.** Tradução J.C. Barreiros. Antígona, 1a ed, 2004.

FLACH, P. M. V. **A Implementação da Politica De Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Estado da Bahia.** Dissertação (Mestrado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2010, 160p.

FRANCO T.B.; MERHY E. E. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional nas tecnologias leves:** apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*. 2003.

FRANCO TB; MERHY E. **Trabalho em Saúde**. EPJV, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

GALIMBERTI, U. **Psiche e Techne:** o homem na idade da técnica. São Paulo: Paulus, 2006.

GIDDENS, ANTHONY. **As consequências da modernidade.** Editora UNESP: São Paulo, 1991.

GONÇALVES, R.B. M. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e Subjetividade.** São Paulo: Thomson, 2005.

HABERMAS, J. **Progresso Técnico e Mundo Social da Vida.** In: **Técnica e Ciência como Ideologia.** Lisboa, Portugal: Edições 70, 1968. (93-106 p.)

ISHARA, S. **Equipes de saúde mental:** avaliações da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial. Tese de Doutorado em Saúde Mental. Ribeirão Preto, 2007.

JORGE, J.S; **Corradi-Webster**, C.M. **Consultório de Rua:** Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. In: **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis: v.3, n.1, 2012. p. 39-48.

LEÃO, L.H.C. **Psicologia do trabalho:** aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. Revista Ecos, estudos contemporâneos da subjetividade, 2002. v. 2 n. 2.

LIMA, Helizett Santos de. **Consultório na Rua em Goiânia:** atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. 2013. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13044>. Acesso em: 25 maio 2015.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em 10 Set. 2013.

MUNHOZ, T. N.; LOPES, C. L. S. **Síndrome de burnout em trabalhadores da saúde mental.** XIX CIC, XII ENPOS, II Mostra científica. 2010. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CH/CH_01582.pdf>. Acesso em 03 Out. 2012.

NARDI, H. C., TITTONI, J., & BERNARDES, J. **Subjetividade e trabalho**. In A. D. Cattani (Ed.), Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia (pp. 302-308). Petrópolis: Vozes, 2002.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R.; MONTEIRO, L. F. (Orgs.). **Guia do Projeto Consultório de Rua.** Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

NEVES, L. N. **O encontro das psicólogas com o "social" no CRAS/SUAS:** entre o suposto da igualdade e a concretude da desigualdade. Dissertação de Mestrado. Salvador, 2013.

NEVES, L. S.; MOTA, A., SILVA, M. V. de O. (no prelo) **A dimensão subjetiva da desigualdade social:** considerações sobre a desigualdade social brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão.**

NOVAES, R. L. **Sobre a técnica.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 1996. III(1): 24-49.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de rua:** relato de uma experiência**.** 151f. Dissertação (mestrado) Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

OLIVEIRA, T. T. S. S. e; LEME, F. R. da G.; GODOY, K. R. G. **O cuidado começa na escuta:** profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. Barbacena, Revista Mental, 2009. ano VII, n.12, p. 119-138.

OLIVEIRA, P. A. B. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. Cattani, A. D. (Org.). Quarta Edição. Revista e Ampliada. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS. 2002.

PACHECO, M. E. A. G. **Políticas públicas e capital social**: o projeto consultório de rua. In: **Fractal, Revista de Psicologia**, Fortaleza, 2014. V.26-n.1, p. 43-58, Jan./Abr.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009. 225p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088/2011** de 23 de dezembro.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZII, M. (2009). **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Acesso em http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. **Tecnologias em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Acesso em http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html

SCHWARTZ, Y. **Manifesto por um ergoengajamento.** In BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A. (Org.). Clínicas do trabalho. Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo : Atlas, 2011, p. 132-166.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZAO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, Abril 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2015.

SOUZA, T. P. **Redução de Danos no Brasil: A clínica e a política em movimento.** 2007. 116 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:** história e conceitos. In: História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002. vol. 9(1):25-59, jan.-abr.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. **Interfaces ergonomia, ergologia:** uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J. & Alvarez, D. (Orgs.) Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TONDIN, M. C. **Consultório de Rua:** Uma Perspectiva de Intervenção ao uso de Drogas com Pessoas em Situação de Rua. 2011. 129p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

TONDIN, Mara Cristina; NETA, Maria da Anunciação P. Barros; PASSOS, Luiz Augusto. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **R. Educ. Públ.,** Cuiabá, v. 49/2, n. 22, p.485-501, maio 2013. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/index.php/educacaopublica/article/view/929>. Acesso em: 10 maio 2015.

VIEIRA, C.EC; BARROS, V.A, LIMA, F.P.A. **Uma abordagem da Psicologia do Trabalho, na presença do trabalho.** Belo Horizonte : Psicologia em Revista, jun 2007. v. 13, n. 1, p. 155-168.

ZYGOURIS, Radmila. **O vínculo inédito.** Tradução Katerina Coltai. São Paulo: Escuta, 2002. Coleção Ensaios. 80p.

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

RAPPORT INICIAL

Explicação inicial do propósito do trabalho e das garantias do sigilo da identidade e dos cuidados éticos.

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome Completo
2. Profissão
3. Formação complementar
4. Cargo que ocupara no Consultório de Rua
5. Qual (ou quais) período ou períodos você atuou no Consultório de Rua?

CONCEPÇÕES

1. Quais foram as suas primeiras aproximações com a temática do uso de álcool e outras drogas? Você se recorda como isso aparece pra você, na sua vida? Como era na sua família, com os seus pares e amigos? Qual a sua primeira recordação a respeito?
2. Como você percebe a assistência a esse público na sua formação e fora dela? O que você acha da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e da estratégia da Redução de Danos? O quê um programa extramuros, tal como o Consultório de Rua, representa para você?
3. Como foi a inserção da temática do uso de álcool e outras drogas na sua formação e na sua vida profissional? De que forma tudo isso pareceu pra você?

TRAJETÓRIAS

1. Você pode me contar a sua trajetória acadêmica, técnica e profissional? Por quais campos você circulou? Que experiências te marcaram? O quê dessas experiências você acha que ainda carrega consigo?
2. Há quanto tempo você atua na área de álcool e outras drogas? Como ocorreram essas inserções?
3. Há quanto tempo e como se aproximou da temática da Redução de Danos? Como foi essa experiência para você? Pode me dar um exemplo de algum caso que tenha te marcado?
4. Quais e como as ferramentas téorico-práticas da sua formação contribuem para a atuação em redução de danos?

MODUS OPERANDIS

5. Como era (é) a sua abordagem na rua? Como você se aproximava dos usuários? Havia alguma estratégia específica? Como se dava?
6. Como vocês organizavam o trabalho? De que forma você se organizava para o cotidiano de trabalho? Pode me dar um exemplo?
7. Você acha que a sua função se diferenciava das demais profissões? Se sim, de que forma? Quando você se sentia (psicóloga, enfermeira, assistente social?
8. Tem algo no desenvolvimento do trabalho que para você era muito fácil? Tem algo que era muito difícil?
9. Como você localizava o trabalho em AD nos espaços de rua? Mais empírico? Mais teórico?
10. Quais ferramentas você identifica como instrumento de trabalho?
11. Como você lidava com a oferta de serviço no lugar de demanda espontânea?
12. Como vocês identificavam uma demanda de cuidado?
13. Você diria que o Consultório de Rua se configura como uma estratégia clínica? Poderia explicitar de forma mais ampla que clínica é esta? Como ela vem se desenvolvendo na prática? Qual o lugar da AD entre as clínicas?

ANEXO II

Figura 1 - Equipe do Consultório de Rua.[18] Foto: Carol Garcia / SECOM

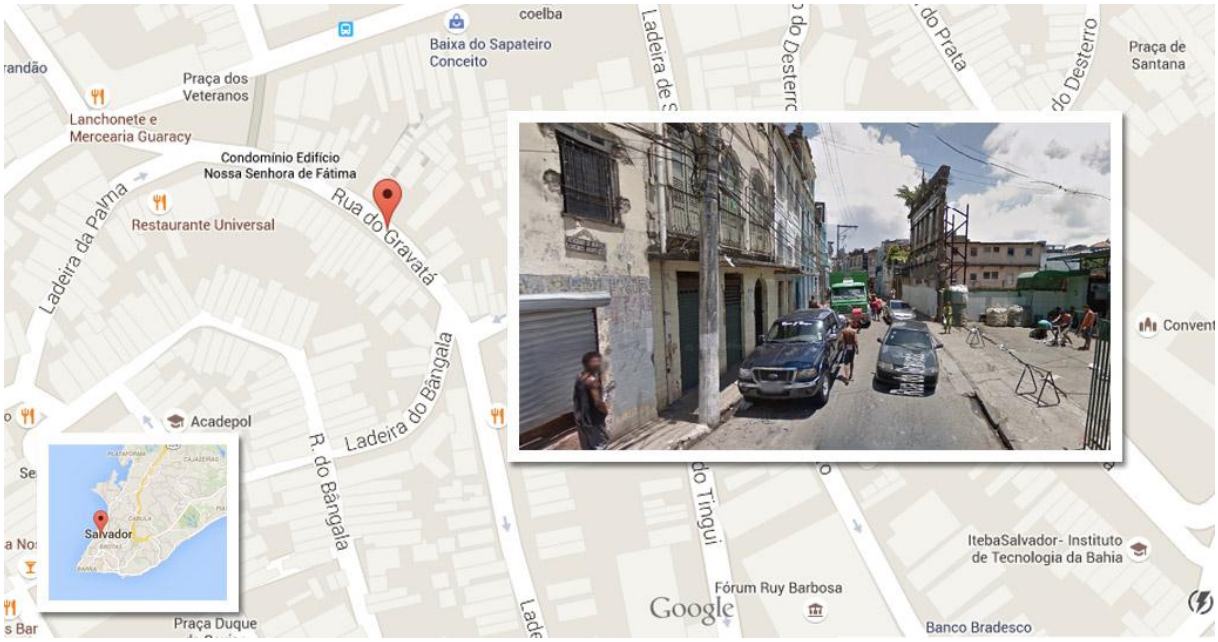
Figura 2 – Interior veículo consultório de rua. Foto: Carol Garcia / SECOM

Figura 3 – Interior veículo consultório de rua. Foto: Carol Garcia / SECOM

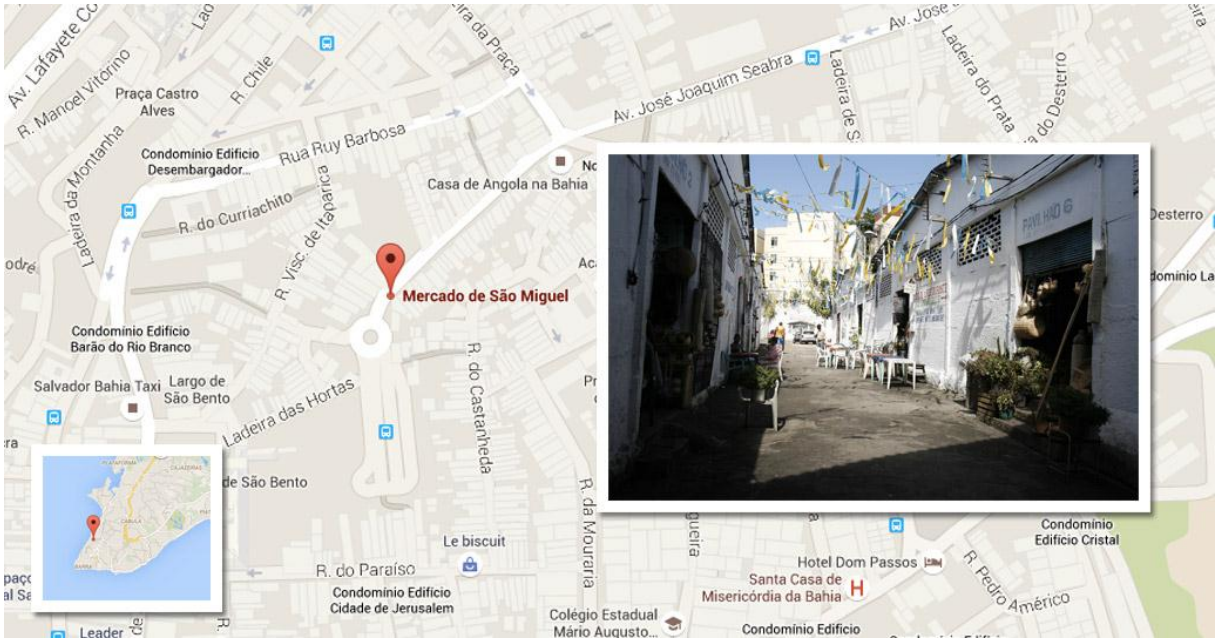
Figura 4 – Veículo consultório de rua. Foto: Carol Garcia / SECOM

[18] Os registros expostos aqui foram retirados do site https://www.flickr.com/photos/agecombahia/ de acesso público, os quais estavam disponíveis para download com livre acesso. As imagens são utilizadas como ilustração dos materiais, instrumentos de trabalho e do veículo do Consultório de Rua. Nenhuma das pessoas vistas nas fotos participou do presente estudo.

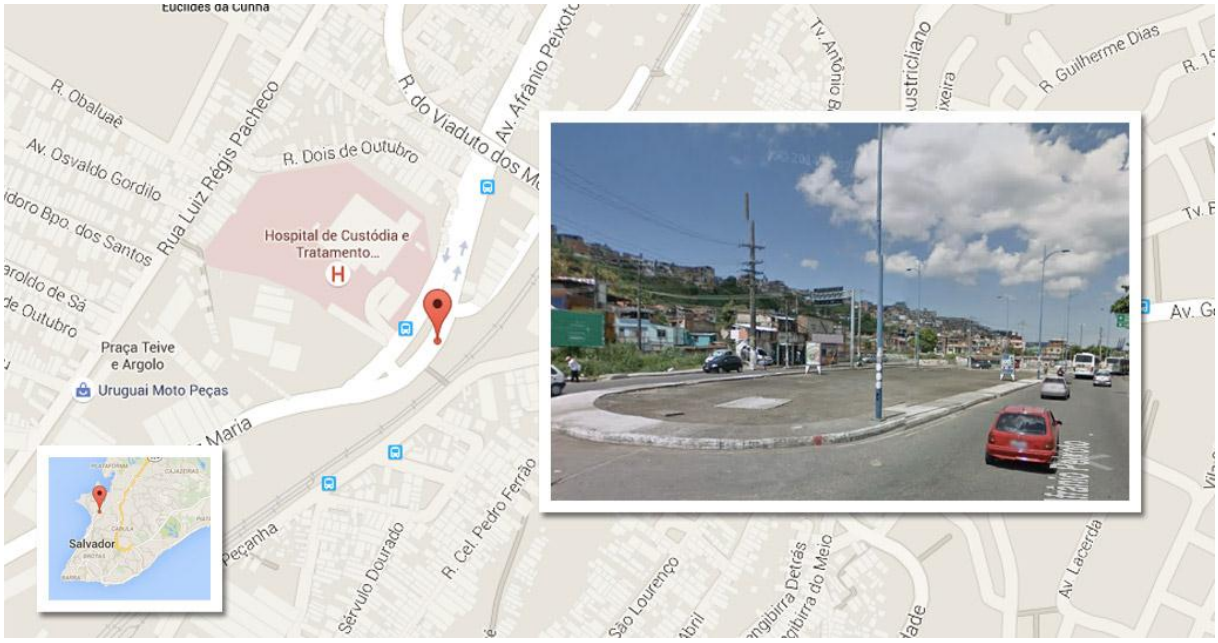
ANEXO III



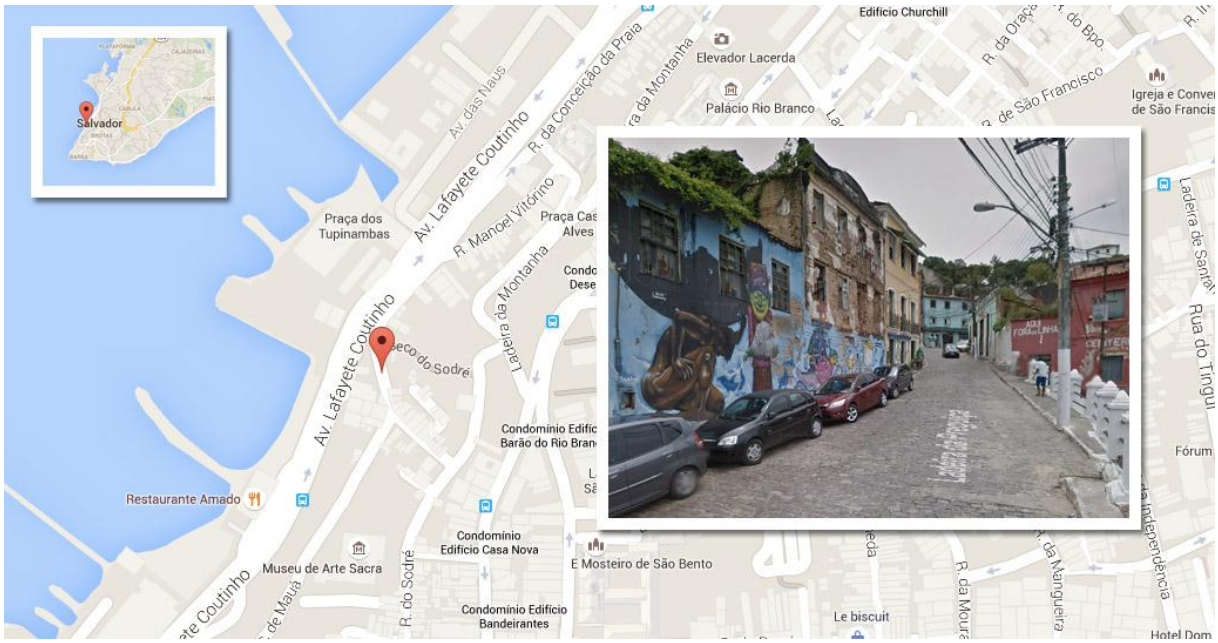
Mapa 1 – Rua do Gravatá. Fonte: Google Maps



Mapa 2 – Mercado de São Miguel. Fonte: Google Maps. Foto: Haroldo Abrantes / Agência A Tarde



Mapa 03 – Baixa do Fiscal. Fonte: Google Maps.



Mapa 04 – Ladeira da Preguiça. Fonte: Google Maps.