

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MELINA ADRIANA FRIEDRICH

**O CONSULTÓRIO NA RUA ENQUANTO ESTRATÉGIA INOVADORA
PARA O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS.**

Porto Alegre

2012

MELINA ADRIANA FRIEDRICH

**O CONSULTÓRIO NA RUA ENQUANTO ESTRATÉGIA INOVADORA
PARA O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS.**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para aprovação na disciplina e obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Professora Dra. Christine Wetzel.

Porto Alegre

2012

“(...) A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.
Não somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.
Existem aqueles que se assustam.
Não somos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.
Depende de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo”.

Carlos Eduardo (Cadu), morador de rua em Salvador.

(trecho do poema publicado no Manual sobre o cuidado à
saúde junto à população em situação de rua –
Ministério da Saúde, 2012)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelas oportunidades que colocou em meu caminho.

A minha mãe, minha musa inspiradora, minha companheira de todas as horas, que está em grande parte deste trabalho, pelo apoio dedicado, pelas horas em claro aguardando comigo inspiração para escrever. Ao meu pai, pelas palavras de incentivo, mesmo de longe, por telefone. E também aos outros familiares, que estiveram sempre por perto, me ajudando e protegendo.

Ao meu namorado, Luís Felipe, pelo carinho, pela compreensão e pela ajuda com a informática, necessária muitas vezes.

Agradeço a UFRGS pelo aprendizado de qualidade oportunizado. Aos meus ex-colegas, agora enfermeiros, que compartilharam as emoções do início da faculdade e me receberam no retorno do intercâmbio, não mais como colegas, porém como amigos para sempre. Aos amigos, Alexandra e Eduardo, pelo companheirismo no final dessa etapa.

As amigas Adriana, Débora, Carina e Fernanda, que apesar da distância, fizeram-se presentes com palavras de incentivo e confiança. E a todos os amigos que entenderam a minha ausência, e contribuíram de alguma forma, seja com sugestões, seja pelas palavras de apoio.

Um agradecimento em especial à minha orientadora, Professora Doutora Christine Wetzel, que aceitou trabalhar comigo nessa proposta e esteve sempre ao meu lado. Obrigada pelo carinho e por dividir sua sabedoria comigo. Ao Professor Jacó e a Professora Agnes que me proporcionaram estar mais perto da Saúde Mental.

A toda Equipe do Consultório na Rua, que me recebeu muito bem desde o primeiro contato, aceitando participar da pesquisa e dividindo suas vivências comigo. Em especial a Coordenadora Milene e Dra. Gabriela que permitiram a entrada do meu projeto junto à equipe.

Demais membros da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Grupo Hospitalar Conceição que autorizaram a realização desse estudo.

RESUMO

O presente trabalho caracteriza-se por estudo qualitativo e teve como objetivo conhecer o atendimento aos usuários de drogas no contexto do Consultório na Rua (CR), enquanto uma experiência inovadora de cuidado em saúde mental. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas com sete trabalhadores. A análise de dados possibilitou a constituição de duas categorias: 1. O Consultório na Rua enquanto dispositivo de acesso à rede; e 2. As dimensões da organização do trabalho e do cuidado em liberdade. Conclui-se que o Consultório na Rua é um dispositivo que possibilita o acesso ao cuidado em saúde, respeitando o usuário enquanto cidadão de direitos e sujeito no processo de constituição das práticas a ele voltadas, minimizando as barreiras entre os usuários, o sistema e as instituições. Os resultados apresentaram a necessidade de uma atenção maior aos indivíduos que fazem uso de álcool e drogas, como também investimentos em equipes como a do Consultório na Rua. O CR surge no contexto da saúde como uma estratégia inovadora para o cuidado aos usuários de drogas, uma vez que oportuniza o acesso às pessoas até então excluídas e estigmatizadas; foca-se mais em um trabalho de campo do que de núcleo; a adesão do usuário depende bastante da ação do profissional. É inovador também, quando leva o cuidado para o indivíduo no espaço da rua, cuidando em liberdade. Criando uma demanda que não vem a partir do usuário, pois nesse serviço o fluxo é inverso.

Descritores: saúde mental, serviços de saúde mental, centros de tratamento de abuso de substâncias, usuários de drogas, sem-teto, menores de rua, drogas ilícitas.

ABSTRACT

This work is characterized by qualitative descriptive study and the objective was to know the care for drug users in the context of the Consultório na Rua, while an innovative experience of mental health care. For data collection, interviews were conducted with seven employees. The data analysis allowed the establishment of two categories: 1. The Consultório na Rua while the device access to the network, and 2. The dimensions of the work organization and care in freedom. We conclude that the "Consultório na Rua" is a device that enables access to health care, while respecting the user as a citizen and subject in the process of constitution of the practices, minimizing barriers between users and the system and institutions. The results showed the need for greater attention to individuals in the context of alcohol and drugs, as well as the investment in services like the Consultório na Rua. We conclude therefore that the CR arises in the context of health as an innovative strategy for the care of drug users. Once it gives access to excluded and stigmatized people; its focus is bigger in field work than nucleus; the adherence of the user depends of the professional action. It is also innovative, as it takes care for that individual within the street, in a free. Creating a demand that does not come from the user, since this service flow is reversed.

Descriptors: mental health, mental health services, substance abuse treatment centers, drug users, homeless persons, homeless youth, street drugs.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 OBJETIVO | 12 |
| 2.1 Geral..... | 12 |
| 2.2 Específicos..... | 12 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 13 |
| 3.1 O atendimento em saúde mental no contexto na Reforma Psiquiátrica..... | 13 |
| 3.2 As práticas assistenciais dirigidas aos usuários de drogas em uma proposta de rede..... | 14 |
| 3.3 Consultório na Rua | 17 |
| 4 METODOLOGIA | 22 |
| 4.1 Tipo de estudo..... | 22 |
| 4.2 Contexto do estudo..... | 22 |
| 4.3 Participantes do estudo..... | 24 |
| 4.4 Coleta dos dados..... | 24 |
| 4.5 Análise dos dados..... | 25 |
| 4.5.1 Ordenação dos dados..... | 25 |
| 4.5.2 Classificação dos dados..... | 25 |
| 4.5.3 Análise final..... | 25 |
| 4.6 Aspectos Éticos..... | 26 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 28 |
| 5.1 O Consultório na Rua enquanto dispositivo de acesso à rede: transpondo barreiras e superando o estigma..... | 28 |
| 5.1.1 Acesso aos serviços de saúde..... | 30 |
| 5.1.2 À outras instâncias – intersetorialidade..... | 40 |
| 5.1.3 Acesso enquanto direito | 42 |
| 5.2 Dimensões do Processo de Trabalho e do cuidado em liberdade..... | 44 |
| 5.2.1 Os sujeitos do cuidado – “aquele que optou em não fazer opções”..... | 44 |
| 5.2.2 Indo para além do conceito de “morador de rua”..... | 46 |
| 5.2.3 O usuário enquanto território..... | 48 |

| | |
|---|----|
| 5.2.4 O trabalho itinerante..... | 51 |
| 5.2.5 Núcleo e campo: a imprecisão na delimitação de competências profissionais..... | 54 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 62 |
| REFERÊNCIAS | 63 |
| APÊNDICE A - Instrumento Coleta de Dados..... | 67 |
| APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 68 |

1 INTRODUÇÃO

Dentro do cenário brasileiro, as grandes metrópoles vêm sentindo as consequências do aumento do consumo de substâncias psicoativas - como o *crack* - que causam dependência mais rapidamente ao organismo, as quais segundo Duailibie, Ribeiro e Laranjeira (2010) começaram a ser utilizadas no Brasil no final dos anos 80, especialmente nos estados da região sul e sudeste.

O consumo dessas drogas requer atenção na medida em que se apresenta como causador de danos graves aos indivíduos e à sociedade (PILLON; LUIS, 2004). Recentemente, um estudo coordenado pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em cinco centros de tratamento ambulatorial e hospitalar de quatro capitais brasileiras encontrou que 39,4 % dos pacientes procuraram o atendimento devido ao uso de *crack* (KESSLER; PECHANSKY, 2008), enquanto a outra parcela de usuários pode não ter tido a mesma oportunidade de acesso aos serviços de saúde.

Considerando a estrutura de organização dos serviços de saúde e a territorialização como um dos pressupostos básicos nos Programas de Saúde da Família, essa tarefa adquire pelo menos três sentidos diferentes e complementares: o de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente; o de estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes e centros de referência; e, principalmente, o de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O terceiro sentido, de demarcação de limites, apesar de ser importante no sentido de estabelecer o território geográfico de responsabilidade dos serviços e possibilitar o acompanhamento de determinada população, pode dificultar o acesso para alguns usuários, como por exemplo, usuários de drogas que muitas vezes não tem endereço fixo ou são moradores de rua.

Existe concomitante ao entendimento teórico do território, uma dimensão de hermenêutica e humanização, que vem da necessidade de transpor as barreiras da diferença do lugar social ocupado pelos sujeitos envolvidos na clínica e voltar-se para o produto de relações sociais das quais os usuários são protagonistas, ainda

que em posição desigual. Não só inserido nele, mas constituindo-se também como um território (SANTOS; NUNES, 2011).

Para que o indivíduo – território atinja a equidade de um sistema de saúde é necessário considerar a proximidade - ou distância - entre a lei e as condições reais de saúde da população na qual ele está inserido (DUARTE, 2000). Surge, assim, a necessidade de uma proposta de atendimento que não se delimite a um território geográfico e consiga assim alcançar também os indivíduos que não possuem endereço fixo.

Desse modo, em 2009, o Ministério da Saúde propõe o Consultório na Rua (CR) com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua. Os CRs constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São também dispositivos clínicos comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010).

Os projetos de Consultório na Rua já implantados em várias regiões do país demonstram resultados satisfatórios, com relevante produção de assistência primária, de prevenção, de melhora do acesso aos serviços de saúde e de promoção de qualidade de vida. (BRASIL, 2010). No Rio Grande do Sul, a primeira experiência foi implantada em 2010 na cidade de Porto Alegre, passando então a ser coordenado pelo Grupo Hospitalar Conceição.

Sendo o Consultório na Rua uma nova tecnologia de cuidado no campo da saúde mental, ainda são poucas as experiências concretas existentes. Frente a isso, torna-se necessário investigar seu funcionamento, a organização da equipe e o seu processo de trabalho, o que possibilitará conhecer de que forma essa proposta mais ampla de atendimento, preconizada no plano de atenção aos usuários de drogas, se concretiza enquanto prática assistencial.

Através da leitura de artigos e da vivência de estágio curricular em Saúde Mental em um Programa da Saúde da Família, pude identificar a fragilidade que a sociedade tem vivenciado em relação ao uso de drogas e a dificuldade na busca de soluções e novas estratégias. Estes fatos despertaram meu interesse para desenvolver o presente estudo e, a partir disso, descobrir: como funciona a estratégia do Consultório na Rua, em sua primeira experiência no Município de Porto Alegre?

2 OBJETIVO

2.1 Geral:

Conhecer o atendimento aos usuários de drogas no contexto do Consultório na Rua, enquanto uma experiência inovadora de cuidado em saúde mental.

2.2 Específicos:

Objetivos específicos do estudo:

- Conhecer a organização de trabalho da equipe no atendimento aos usuários;
- Identificar as estratégias de cuidado e acompanhamento aos usuários.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O atendimento em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica

O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve uma história própria, iniciada ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É este Movimento, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1989, é apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL 3657/1989, sancionada no país mais tarde em 2001) que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989). Inspirados neste Projeto, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de

atenção à saúde mental. É na década de 90, que passa a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Nos dias atuais, a reforma psiquiátrica ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Alguns desses pontos podem ser assinalados como a forma de alocação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde e suas repercussões no modelo assistencial proposto para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); diminuição importante, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica, fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

3.2 As práticas assistenciais dirigidas aos usuários de drogas em uma proposta de rede

A rede de atenção substitutiva em saúde mental vem buscando reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. Visa substituir um modelo assistencial pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência. Propõe uma abordagem de oferta programada a usuários que apresentem alguma demanda, ainda que não formulada através de uma procura espontânea às instituições de cuidado (BRASIL, 2010).

Dentro dessa rede, a redução de danos constitui-se em um conjunto de políticas públicas ligadas ao enfrentamento dos eventuais problemas relacionados

ao uso de drogas, articulando distintas realidades: prevenção ao HIV/AIDS e hepatites virais, promoção integral de saúde às pessoas que usam drogas e diminuição da violência. Tal articulação consiste no apoio/incentivo ao protagonismo das pessoas que usam drogas, na busca pelo cuidado de si e manejo do seu uso de drogas. Contudo, os projetos de redução de danos têm apresentado alguns problemas: em sua maioria continuam a ser desenvolvidos à margem do SUS; permanecem desarticulados com outras instâncias; seu espectro de ação em nosso meio é limitado, encontrando forte tensionamento com outros setores do aparelho estatal, posicionados a favor de uma política antidrogas (DIAS, 2008).

Sempre foi um desafio para as práticas de saúde aliar o âmbito clínico de intervenção com o da saúde coletiva. O primeiro tem como seu foco as manifestações individuais das alterações da saúde, enquanto que o segundo efetua outro tipo de corte, tomando a incidência e a prevalência das alterações em plano coletivo. Menos do que contribuir para o avanço de dispositivos e instrumentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção, esta divisão entre a clínica de um lado e a saúde coletiva de outro tem resultado em embates de saber/poder que (re) afirmam suas verdades em campos separados ou oponentes (BRASIL, 2004).

A rede de atenção à saúde mental brasileira deve ser parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização de ações e serviços públicos de saúde. O SUS regula e organiza as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2005).

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e

Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, é garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (BRASIL, 2005).

A necessidade dessa articulação intersetorial se confirma no estudo de Moraes (2008), no qual profissionais de um CAPS-AD avaliaram que esta modalidade de atendimento deveria ser um local de passagem, e não tem sido porque, entre outros fatores, a rede intersetorial é precária, não tendo para onde encaminhá-los. Através das equipes deveriam ser articulados serviços nos diversos setores para dar sequência aos atendimentos, buscando na prática uma concordância interinstitucional e intersetorial.

A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (BRASIL, 2005).

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade,

mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2010).

A garantia do acesso aos serviços e à participação do consumidor em seu tratamento são princípios assumidos como direitos a serem garantidos. Isto se dá por meio do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema (BRASIL, 2004).

Sendo assim, os Consultórios na Rua são equipamentos de saúde com potência para promover articulações na rede intersetorial, uma vez que, ao atuar na ponta, com um público com especificidades tão complexas, com queixas e demandas múltiplas, necessitam de aliança com outros setores para dar retaguarda aos encaminhamentos, buscando romper o isolamento do setor saúde, construindo efetivamente parcerias eficazes e resolutivas, e que de fato atendam às necessidades da população. A multidisciplinaridade da equipe pode fazer aumentar o raio da ação que se inicia na ponta para o interior da rede de saúde e de outros setores, desde os recursos comunitários existentes na área de atuação do Consultório na Rua, acessando também os equipamentos de saúde como os PSF, UBS, CAPS, Postos de Saúde e hospitais (BRASIL, 2010).

3.3 Consultório na Rua

O Consultório na Rua surge a partir de uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e em 2009 foi proposto como uma das

estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. (BRASIL, 2010).

O plano busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Para atingir os objetivos, foram previstos 4 eixos de atuação: ampliação do acesso, qualificação dos profissionais, articulação intra/intersectorial, promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma (BRASIL, 2009).

Como parte do PEAD, a área de Saúde Mental, lançou projetos de redução de danos com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, sendo proposto o Consultório na Rua como uma das estratégias, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010).

O Consultório na Rua tem como sua característica mais importante oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população. A diversificação de ofertas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável permite ainda que se crie um movimento de aproximação entre ela e os serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar - constituída por profissionais da saúde mental da atenção básica - de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais (BRASIL, 2010).

Para o desenvolvimento de suas atividades necessita de um carro com capacidade física para deslocar a equipe profissional e os materiais necessários. Além disso, tem a função de servir como referência para os usuários. Para isso, a caracterização do veículo deve conter sua identificação institucional, com o nome Consultório na Rua servindo como dispositivo e promovendo a construção de um vínculo desde o primeiro momento (BRASIL, 2010).

Outra necessidade diz respeito a um ponto fixo onde os Consultórios na Rua devem se instalar em cada área de atuação previamente definida. Considerando o fato de que, em muitos locais escolhidos para a intervenção, a população alvo é flutuante, é necessário que se estabeleça um local, dia e hora para os encontros, mantendo-se a regularidade da presença da equipe de forma constante, de modo a criar uma referência e tornar os contatos mais acessíveis para os usuários (BRASIL, 2010).

A abordagem preventiva e de cuidado em saúde do Consultório na Rua permite a redução dos danos potenciais do uso de substâncias psicoativas. Tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), encontramos como principais diretrizes dos Consultórios de Rua:

- Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas;
- Priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários;
- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens;
- Ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma;
- Atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento;
- Priorizar as ações dirigidas às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens;

- Considerar a rede social de relacionamento da população alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção, em cada contexto;
- Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características;
- Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua;
- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas;
- Garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Seu propósito é oferecer ao segmento de usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade a disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde, assim, uma das suas funções é atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede. Inicialmente pensada como uma estratégia dirigida apenas ao segmento de crianças e adolescentes em situação de rua, ela foi ampliada a outras faixas etárias nas mesmas condições sociais, sem perder a priorização do público infante juvenil (BRASIL, 2010).

O percurso anterior dessa população em relação ao contato com as instituições de saúde e sociais muitas vezes se passou através de situações de rejeição devido ao estigma e à falta de acolhimento por parte de profissionais da rede, gerando o afastamento destes dos serviços formais. O Consultório de Rua apresenta uma proposta que procura ultrapassar essa barreira, a começar pelo fato de os profissionais se dirigirem a essa população em seu próprio espaço de vida, e abrir um campo de fala, ampliando a capacidade de subjetivação dos usuários, considerando a realidade de vida desses sujeitos. Constitui como objetivos do dispositivo a realização de consultas, orientações, oficinas de educação em saúde,

e encaminhamentos das demandas não atendidas, para a rede de saúde do SUS, ações de prevenção de doenças infectocontagiosas como as doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, e diversos outros cuidados de problemas já instalados (BRASIL, 2010).

A operacionalização do CR é antecedida pelo mapeamento da cidade. A partir da identificação dos locais mais necessitados da intervenção, a equipe escolhe as áreas prioritárias para a presença do atendimento. Outra forma complementar que auxilia a escolha das áreas é a interlocução com a rede de saúde e intersetorial, que pode sinalizar áreas mais vulneráveis onde se considera a intervenção importante para a população alvo (BRASIL, 2010).

Assim dando seguimento, se busca identificar as lideranças do grupo ou da comunidade. Uma vez havendo a aquiescência das lideranças, os técnicos definem um ponto fixo para estacionar a Unidade Móvel, criando uma referência de lugar e hora para os encontros periódicos. A regularidade da presença do Consultório na Rua sempre no mesmo local e horário permitirá às pessoas manter um vínculo com os profissionais, buscando-os sempre que sentirem necessidade (BRASIL, 2010).

A universalidade de acesso à saúde, um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS - é um dos eixos éticos que norteiam essa prática. Ao acolher um segmento populacional em situação de exclusão social, que se autoexclui ou que é excluída da rede de serviços, o objetivo é intervir inserindo esses usuários na rede SUS e conceder-lhes o direito à saúde pública, funcionando como porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2010).

A integralidade da atenção é assegurada pela multidisciplinaridade da equipe, que com seus olhares e saberes plurais pode acolher as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários. A equidade, outro princípio do SUS, busca dar prioridade de atenção aos grupos que vivem em contextos socioeconômicos mais desfavoráveis, e por isso, com as piores condições de saúde geral. O Consultório de Rua se caracteriza como uma oferta programada na perspectiva da integralidade da saúde a um dos segmentos mais fragilizados da sociedade (BRASIL, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho foi um estudo de natureza qualitativa descritiva. Por Minayo (2006) entende-se que o método qualitativo é aplicado ao estudo das relações, representações, percepções e opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem e pensam.

4.2 Contexto do estudo

O estudo ocorreu com a equipe do Consultório na Rua “Pintando Saúde” do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A equipe do CR é multiprofissional e divide-se em duas micro equipes, sendo que cada uma delas, para realizar as abordagens, segue uma programação preestabelecida, deslocando-se para pontos fixos da cidade nas terças, quartas e quintas-feiras. Os pontos fixos, acessíveis aos usuários, servem para que eles saibam onde e como acessar o CR.

A segunda-feira é utilizada para busca de lugares novos no território, indicados por outros serviços, por outros usuários ou pela própria equipe em outro momento de abordagem. Assim, a equipe vai até esses pontos, geralmente sinaleiras, matagais ou construções abandonadas e descobre o perfil da população que circunda e sobrevive nessas áreas. Os trabalhadores chegam e identificam-se como sendo do serviço de saúde e aos poucos vão iniciando o diálogo.

Na sexta-feira é realizada a revisão de prontuários (de papel) que são identificados com o nome do usuário e o local de referência para encontrá-lo. Do outro lado do envelope, há uma folha onde se podem preencher telefones de contato, nome e telefone de pessoas de referência, podendo ser amigos, familiares ou mesmo profissionais de outros serviços que tem algum vínculo, ali também se encontra o nome do Técnico de Referência da equipe para aquele determinado

indivíduo para otimizar o atendimento. Esse dia também é utilizado para fazer contatos com a rede para marcação de exames e consultas mais especializadas ou até mesmo procedimentos se necessário.

As abordagens são feitas geralmente à tarde, horário no qual os usuários encontram-se mais acessíveis. A marcação de consultas/exames é agendada no horário da manhã conforme funcionamento das unidades e serviços da rede.

Entre as atividades realizadas pela equipe encontram-se reuniões, contatos com a rede, articulações intersetoriais, marcação e acompanhamentos de consultas/exames, mapeamento em busca de população em risco e de pontos de vulnerabilidade, administração de anticoncepcional injetável em pacientes que já estão em acompanhamento (responsabilidade da enfermeira e técnicos), acompanhamento de mulheres durante a gestação e no puerpério, encaminhamentos de confecção de documentos e movimentação para vinculação dos usuários com os Serviços de Saúde.

Desde outubro de 2010, quando se iniciaram os atendimentos, até fevereiro de 2012, a equipe do Consultório na Rua – GHC realizou 4.590 abordagens gerais, entendidas como a somatória do número de pessoas que são abordadas pela equipe diariamente, caracterizadas pela primeira abordagem (casos novos), abordagem continuada (semanal/caso já identificado) e acompanhamento sistemático (atualmente 68 prontuários ativos com Plano Terapêutico Singular). A média mensal de abordagens encontra-se em torno de 270 (GHC, 2012).

O Consultório na Rua – GHC atende as necessidades das pessoas que se encontram em situação de rua dentro do território da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar que é composta pelos bairros Passo das Pedras, Sarandi e Rubem Berta. Este território apresenta muitas áreas de vazio populacional, condição que predispõe às ocupações irregulares e reassentamentos, com moradias insalubres, saneamento básico insatisfatório ou ausente, abastecimento de água irregular e outros fatores que afetam diretamente a qualidade de vida da população, o que vem ao encontro da proposta do Consultório na Rua (UFCSPA, 2012).

A região Eixo Baltazar é constituída pelo Bairro Passo das Pedras e por parte do Bairro Rubem Berta. Possui em torno de 90.552 habitantes, destes, 42.501 são homens e 48.000 são mulheres. Já a região Norte é constituída por 90.932 habitantes; destes, 43.712 são homens e 47.220 são mulheres (UFCSPA, 2012).

4.3 Participantes do estudo

Os participantes foram os trabalhadores da equipe do Consultório na Rua, sendo esta formada por uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, um educador físico, uma administradora, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma psicóloga, dois residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do GHC, sendo um educador físico e uma assistente social e também dois residentes da Saúde Comunitária do GHC, sendo duas assistentes sociais. Critérios de inclusão: profissionais que se propuserem a participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão: profissionais residentes do Grupo Hospitalar Conceição, devido ao pouco tempo de permanência no atendimento junto à equipe do CR; profissional administrador por não participar das atividades/abordagens externas.

No total participaram desse estudo, sete trabalhadores.

4.4 Coleta de dados:

Durante a coleta de dados para o estudo, foram realizadas entrevistas a partir das questões norteadoras previamente organizadas; como uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), que segundo Minayo (2006) deve conter um roteiro que desdobre os vários indicadores considerados essenciais e suficientes e tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas e devem funcionar como lembretes, sendo, na medida do possível, memorizados pelo investigador. Servindo de orientação para o andamento da interlocução, o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor. As entrevistas foram realizadas individualmente com agendamento prévio entre pesquisadora e os profissionais interessados em participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e após, transcritas para facilitar a análise de dados. O instrumento de coleta de

dados abordou questões sobre o processo de trabalho da equipe e estratégias de cuidado.

4.5 Análise de dados: foi realizada segundo os passos de Minayo (2006):

4.5.1 Ordenação dos dados: após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma releitura do material coletado. Nessa etapa, os relatos foram organizados em uma determinada ordem, servindo como um início de classificação. Essa fase possibilitou a construção de um mapa horizontal das descobertas do pesquisador no campo.

4.5.2 Classificação dos dados: na busca de um conhecimento compreensivo, no primeiro momento, foi realizada uma leitura exaustiva e repetida dos textos, das entrevistas, estabelecendo interrogações e identificando o que surgia de relevante, como frases ou palavras repetidas nas falas. Essa classificação foi baseada em aspectos formulados nos objetivos que nortearam a investigação, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados na fala dos atores sociais envolvidos. Após, foi realizada uma leitura transversal, recortando-se cada entrevista por assunto, tópico de informação ou temas. Em seguida, realizou-se o enxugamento da classificação por temas mais relevantes, num processo de aprofundamento da análise.

4.5.3 Análise final: A inferência dos dados foi feita a partir de múltiplas observações e na análise final, foram estabelecidas articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões da pesquisa com base em seus objetivos, promovendo relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. Essa fase possibilitou a construção de duas categorias mais amplas: O Consultório na Rua enquanto dispositivo de acesso à rede: transpondo barreiras e superando o estigma; e as dimensões da organização do trabalho e do

cuidado em liberdade. Cada uma das categorias foi desdobrada em temas, conforme exposto no quadro a seguir:

| CATEGORIAS | TEMAS |
|--|---|
| O Consultório na Rua como dispositivo de acesso à rede: transpondo barreiras e superando o estigma | Acesso aos serviços de saúde |
| | Acesso a outras instâncias – Intersetorialidade |
| | Acesso enquanto direito |
| As dimensões da organização do trabalho no cuidado em liberdade | Os sujeitos do cuidado – “aquele que optou em não fazer opções” |
| | Indo para além do conceito de “morador de rua” |
| | O usuário enquanto território |
| | O trabalho itinerante |
| | Núcleo e campo: a imprecisão na delimitação de competências profissionais |

Quadro 1: categorias e temas a partir da análise de dados realizada.

Devido a grande quantidade de material empírico e ao tempo para finalização deste estudo, um dos limites foi a impossibilidade de desdobrar todos os temas que emergiram na categorização, devido ao curto prazo para a análise. Considerando a riqueza de informações e o compromisso da pesquisadora em transmiti-las, o material permanecerá armazenado no banco de dados, para que possa ser acessado visando outros desdobramentos desse estudo.

4.6 Aspectos Éticos:

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição. Dessa forma, com o aval metodológico e ético, o presente estudo foi então executado, conforme resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa

assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), em duas vias iguais, no qual constavam os objetivos da pesquisa, assegurando ao participante a confidencialidade da informação prestada, e a possibilidade de desistir de participar do estudo sem prejuízos à sua atividade profissional. Todos os dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade das pesquisadoras.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a obtenção dos dados analisados, seguem os resultados encontrados e discutidos com base teórica em relação à organização de trabalho e estratégias de cuidado da equipe com indivíduos usuários de álcool e outras drogas.

5.1 O Consultório na Rua enquanto dispositivo de acesso à rede: transpondo barreiras e superando o estigma

O Consultório na Rua (CR) é identificado pelos trabalhadores como porta de entrada para os serviços de saúde, possibilitando o acesso àqueles indivíduos que estão em uma posição de exclusão na sociedade. A temática acesso em saúde vem sendo discutida como um dos grandes desafios para o SUS e necessita ser analisada a partir das especificidades e diferentes contextos do trabalho em saúde. Neste estudo, discutiremos o acesso na dimensão de sua relação com o conceito de vulnerabilidade programática.

O conceito de vulnerabilidade possibilita que se amplie o reconhecimento de suscetibilidades para além do entendimento dos usuários de drogas como “grupo de risco”, na medida em que o trabalho em saúde e a complexidade desse campo exigem uma ampliação da capacidade de análise e intervenção.

Além da dimensão individual da vulnerabilidade, que toma como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ou, ao contrário, protejam-se (de sofrer algum dano à saúde) e da dimensão social da vulnerabilidade, que analisa os processos saúde doença como processos sociais (AYRES *et al*, 2012), a discussão no que se refere à dimensão programática da vulnerabilidade se apresenta com grande centralidade no que diz respeito às pessoas acompanhadas no CR.

Em relação a essa dimensão, Ayres *et al* (2012) dizem que a vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais: famílias, escolas, serviço de saúde, etc. Para que os recursos sociais de que as

peças precisam para não se expor e se proteger estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais) nesta direção. O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem estar social e cultura, atuam como elementos que produzem, quando não mesmo aprofundam, as condições sociais dadas de vulnerabilidade, o quanto nossos serviços de saúde, educação, etc; estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais. O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade.

E os mesmos autores ainda complementam:

elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.

Os trabalhadores do CR identificam que os usuários em situação de rua têm um contexto muito desfavorável em relação ao acesso às instituições e outros recursos sociais, o que aprofunda principalmente a dimensão de vulnerabilidade programática na qual estão inseridos.

Apesar de a discussão a seguir focar aspectos relacionados à fragilidade das instituições no acolhimento e na promoção de cuidados dos usuários do CR, essa dimensão programática tem, sem dúvida, impacto nas outras dimensões de vulnerabilidade. Da mesma forma, as dimensões individual e social podem potencializar aspectos de vulnerabilidade programática. Ou seja, é necessário o reconhecimento de que as diferentes dimensões de vulnerabilidade possibilitam um olhar mais abrangente na construção de políticas, na organização dos serviços, na composição de equipes e na organização das práticas em saúde.

Centrado nessa vulnerabilidade que atinge essa população, para fins de discussão, desdobramos esse tema em três subtemas: acesso aos serviços de saúde, intersetorialidade e acesso enquanto direito.

5.1.1 Acesso aos serviços de saúde

Segundo o Dicionário Houaiss (2009), acesso define-se como: "ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo". Ao estabelecer uma relação dessa definição com os serviços de saúde, Jesus e Assis (2012) entendem o acesso como "porta de entrada", como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.

Pustai (2004) define "a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis do sistema de saúde, assegurado por uma rede hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível" como universalidade, que vem a ser um dos Princípios do SUS.

Sobre a universalização, Assis, Villa e Nascimento (2003) realizam uma crítica ao acesso focalizado, que restringe o atendimento público a determinados serviços ou programas, o que levaria a universalização da atenção a traduzir-se em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo.

Nesse contexto, o Consultório na Rua surge como um equipamento de saúde que visa possibilitar o acesso à população que vive em situação de rua, uma vez que é reconhecida, por diferentes razões, sua dificuldade de acesso aos serviços, como referem os entrevistados: *"ocorre pouco acesso ao serviço de saúde, o que não significa uma falta de necessidades em saúde (E-2)"*. O entrevistado 1 também reconhece: *"quando se fala em SUS, se fala em acesso, porque é uma população que é excluída, é estigmatizada e eles não têm essa demanda espontânea na procura dos serviços"*.

O trabalhador do Consultório na Rua coloca-se numa posição de ponte, ligando o indivíduo ao serviço de saúde, encurtando distâncias e constituindo-se como elemento facilitador para esse acesso. Uma ponte que possibilita a travessia para essa população desassistida, que muitas vezes, não têm oportunidade de vincular-se ao serviço de saúde. Os entrevistados referem que um dos fatores que contribui para o aumento da dificuldade de acesso é o preconceito: *"têm medo de*

ser mal atendido, não são reconhecidos (E-3)”. Assim cabe ao CR: “atender quem está em situação de rua, vincular aos postos, levando pra consulta, pra coletar exames, para fazer documentação (E-3)”. Com isso, a problematização da falta ou dificuldade ao acesso desencadeia um contexto ainda mais vulnerável a essa determinada população, necessitando ser analisada na sua dimensão multifatorial.

As necessidades dos usuários não são passíveis de serem compartimentadas em níveis de complexidade, exigindo conexões com as mais diversas instituições da rede de atenção à saúde. Assim descrito:

é uma atenção de cuidados básicos, cuidados primários, mas ao mesmo tempo ela é especializada, porque essa população ela é especial. Então esse trabalho especializado demanda uma série de estratégias especiais para essa população como também um olhar especial para essa população em questões de álcool e droga, que é das questões que mais vulnerabilizam essa população que vive na rua (E-6).

Não é um serviço que objetiva necessariamente fazer as pessoas saírem da rua, mas concentra suas abordagens para desenvolver estratégias protetivas no plano da preservação da vida e da promoção da saúde, respeitando e reconhecendo suas opções:

[...] quando a gente começa intervir, muitas pessoas acabam optando por sair daquela situação, por modificar aquela situação. Mas tem muitas pessoas que seguem vivendo daquele modo, então o objetivo primeiro não é que as pessoas saiam, mas que as pessoas cuidem da sua saúde [...] também usufruam de toda a série de programas na atenção básica que existem de proteção básica das pessoas, da população, [...] mas que ela seja atendida e que ela seja orientada nos cuidados, nos seus cuidados básicos de saúde (E-6).

O trabalho no CR parece evitar atitudes medicalizantes, as quais já demonstraram dar poucas respostas a um problema que exige um olhar interdisciplinar e mais humanizado. Atualmente no Brasil, volta com muita força à defesa de abertura de leitos por parte de alguns segmentos da sociedade, como se a proposta de mudança de modelo estivesse relacionada com o agravamento do problema das drogas.

O que parece mais evidente é o número significativo de pacientes que internam e tendem a reinternar, tendo passado um tempo relativamente curto na comunidade. A falta de suporte extra-hospitalar leva a que a internação se configure

como uma medida isolada e, quando frequentes, podendo ter repercussões negativas na vida das pessoas.

Isso não passa por um questionamento de que, em algumas situações, a internação se faz necessária, podendo essa necessidade ser identificada pelos trabalhadores ou pelos próprios usuários: *“vai depender do vínculo que a pessoa vai criando com o usuário, de sentir que naquele momento ele precisa de um atendimento para a dependência química dele [...]”* ou *“Então, quando está nesse momento que eles acham que precisam internar, aí eles nos solicitam (E-3)”*.

A articulação com a rede na busca de um local para internação apenas é desencadeada a partir desse momento, no qual o trabalhador e o próprio usuário chegam a um consenso em relação à indicação, porém muitas barreiras são percebidas nessa direção. Um das dificuldades em relação ao acesso à internação é relacionada com a gestão e pela falta de uma política mais ampla que repercute em carências de equipamentos: *“falta política, é uma necessidade política. Para se conseguir uma internação psiquiátrica, é muito difícil, são poucos leitos para muitos usuários (E-3)”*. É necessário grande articulação com os gestores, e até insistir para conseguir algo. *“Vai e fala com a coordenação aqui e ali, vai em reuniões com a rede para discutir as coisas [...] a gente também tem que ir mendigando no sistema, na rede, coisas que as pessoas têm o direito (E-6)”*.

Talvez essa percepção de falta de leitos esteja relacionada com a demora identificada no acesso a essa instância, pois quando o usuário adere ao serviço, à vontade é imediata, se não houver o atendimento ou a vaga para internação, ele desiste muito rápido. A situação condiciona o indivíduo a ser impulsivo, assim reproduz um trabalhador: *“agora resolvi me internar, me tratar, mas tem que ser agora”* e complementa: *“se eu marco para outro dia, a pessoa não está mais lá. (E-6)”*.

Relatam situações em que a equipe fez contato com o Hospital para internação de determinado usuário e o mesmo foi recusado. O entrevistado diz: *“ele precisava ser internado, não interessa que ele vá para rua de novo. Naquele momento a internação era importante para ele (E-06)”*. O mesmo trabalhador relata que em outra ocasião:

um sujeito que já tinha sido internado umas três vezes. Ele tinha uma úlcera varicosa na perna que inflamava. Na segunda vez que ele internou, [...] ficou uns meses e voltou para rua de novo, a pessoa não tem estrutura

de ego, qualquer tensionamento a pessoa se fragiliza e aí vai para rua ou para morrer mesmo e sumir ou para agredir a família. E aí ele voltou para rua e apareceu com a perna cheia de “bicho”. Precisava de uma internação em um hospital geral, mas não aceitaram o paciente.

As burocracias de acesso também são evidentes, não apenas para internação. Uma delas refere-se à exigência de que os usuários possuam endereço para o agendamento de uma consulta:

a gente entra em contato com a rede, tenta agendar horário, articular com eles, tenta explicar a situação. Porque a gente se depara muito na questão de endereço, eles pedem muito, tem que ter endereço, “mas eu moro na rua”, então é muito difícil. A gente se depara com várias situações que daí que a gente vê porque eles não querem mais procurar ajuda. Por que se depara com isso mesmo (E-5).

O serviço exige que o indivíduo tenha o número de uma casa para apresentar no cadastro para que tenha direito aos cuidados de saúde. Percebe-se que algumas vezes os serviços fecham-se em um sistema burocrata, tomado como argumento de exclusão dentro do atendimento:

não atendem porque não querem, porque se fecham numa lógica administrativa, burocrata ou se defendem através dela. Não necessariamente tu segue aquela lógica, se defendem. Não querem então tentar argumentar e se utilizam disso, mas por direito eu acho que todos têm (E1).

Não podemos generalizar, mas alguns deles (postos de saúde) apresentam certa resistência de atender usuário morador de rua. Vêm dois motivos, um porque é morador de rua, não tem residência fixa, não tem endereço, não tem documento. E outro problema que às vezes acontece é em relação ao território: “porque não faz parte do território”, embora o morador esteja naquela área do posto, mas às vezes como ele tem um endereço de uma familiar que fica fora da área, eles já acham que é um morador que não pode porque não pertence aquela área (E3).

A tomada da territorialização enquanto uma exigência de ter um endereço tem uma concretude no que se refere à dimensão de exclusão, principalmente em um país cheio de desigualdades e no qual as possibilidades de ter onde morar nem sempre são acessíveis a todos.

Os preconceitos com as pessoas em situação de rua são das mais diversas ordens e percebidos pelos trabalhadores, inclusive por parte de seus colegas da rede:

a gente tinha [...] certa dificuldade com a rede em geral, porque essa população é muito desacreditada, ela é mal tratada. A gente escutou de colegas do hospital: “por que tanto investimento nessa gente que não tem mais conserto?”. Então assim como a equipe, como os usuários, os moradores de rua, são mal vistos, são mal tratados, são destratados, a equipe, eu tive a impressão que a equipe também fica um pouco mal vista: “esse são os loucos caridosos”. Então a gente tinha dificuldade quando a gente chegava com as pessoas, certo desconforto que tu sente que tu percebes (E-6).

Assim, o preconceito se torna também, um grande limitador para o acesso e vem de colegas da mesma área que deveriam estar acostumados e até mais receptivos para esse perfil de paciente, sendo mais acolhedores dentro da saúde pública.

Eu digo até que às vezes até piora, por causa do preconceito dos próprios colegas, dessa questão assim é difícil, esse olhar mesmo do preconceito, o preconceito já vem de nós mesmos, de cada indivíduo e tu tentar mudar isso é muito difícil, mesmo sendo da área da saúde. Já aconteceu comigo de levar alguém muito sujo e os meus colegas (da área da saúde) disseram: “por que tu trouxeste para cá?” (E-5)

Idealmente, os diferentes níveis de atenção devem formar uma rede assistencial, na qual cada serviço complementa a ação de outro por meio de mecanismos organizados e pactuados. É preciso que os serviços se reconheçam como parte integrante desse sistema, atendendo adequadamente o usuário naquilo que corresponder a sua capacidade resolutiva (GARLET et al, 2009). Essa necessidade de integração aparece com centralidade neste estudo e também é evidenciada uma série de barreiras que dificultam a articulação do CR com a rede. O entrevistado 5 resume: *“na realidade é isso, sozinhos a gente não consegue mais, depende muito da rede mesmo, dessa integração. [...] A demanda é grande e a dificuldade de acessar essa rede fica difícil como um todo”*.

As barreiras que impedem ou dificultam essa integração são de várias naturezas. Uma delas, segundo os entrevistados, refere-se à forma como as outras equipes percebem o próprio trabalhador do CR. Como relata o entrevistado 1: *“nos veem diferente, parece que não nos valorizam, “isso não é saúde”. A relação fica difícil, [...] sempre eles nos colocam como segundo plano”*.

Percebe-se que essa dificuldade não está relacionada a um padrão institucional, diferindo em uma mesma instituição, dependendo das pessoas: *“Vai*

mais do profissional que trabalha no local, daí pode ser da Prefeitura ou GHC, que facilita esse acesso” (E-4). Entretanto, é essa disposição ou não de uma equipe em fazer um atendimento, dificulta a entrada dos indivíduos e a rede é muito longa para se chegar à efetivação do cuidado ao usuário. Seja “pelo preconceito, pela disposição do serviço [...]. É muita burocracia para se conseguir um atendimento, Uma rede muito grande para se chegar ao resultado final, [...] muitas etapas (E-4)”. Os postos de saúde são os que mais dificultam acesso. Para suprir a necessidade poderia ser: “um encaixe no meio da rotina. Principalmente postos de saúde [...]. são mais elitistas e burocratas e com maior dificuldade de fazer esse acesso (E-1)”.

Parece que, quando algum trabalhador da ESF se sensibiliza e possibilita respostas mais ágeis, essa sensibilidade, é percebida mais como certa solidariedade com o trabalhador do CR, no sentido de “ajudar o colega”, do que propriamente por uma tomada de consciência em relação aos danos que essas barreiras podem ocasionar para o usuário: “*Alguns colegas têm a sensibilidade de “Ah, somos colegas, vamos priorizar esse usuário que esse colega está trazendo (E-7)”.*

Identifica-se que, pelo fato do CR estar vinculado a uma organização que tem na sua estrutura atendimentos voltados para os diferentes níveis de atenção, isso propicia algumas facilitações de acesso: “*nós temos acesso, os exames são mais rápidos, a gente não precisa levar o usuário ali para ficar esperando, a gente tem essa porta de entrada. Também tem essa entrada para encaminhamento odontológico*”. Então nessa articulação com a atenção terciária, o entrevistado 7 relata:

a gente tem bastante acesso no Conceição, no próprio hospital, maternidade, laboratório, na infecto do hospital, no centro de especialidades odontológicas, a gente tem articulado bastante e acessado bastante eles. Nós temos, fora do grupo, a gente tem acessado já, o Espírita, o São Pedro. Então a gente tem acessado a rede com bastante frequência, enfrentamos bastante dificuldades com essa rede.

As maiores consequências são para o usuário, que acaba por ser exposto, na demora ao atendimento no momento em deve ficar aguardando junto aos demais usuários. E acontece da seguinte maneira:

muitas vezes tu entra na fila junto com todos os outros usuários e tu expõe o teu usuário porque ele está daquela forma, ou ele está muito debilitado, ou [...] fragilizado, muito sujo. E ele está ali com todos os outros e não está

se sentindo bem, mas está ali na fila com todos os outros. Então a gente pede que o nosso colega tenha essa sensibilidade, que a gente não seja prioridade, mas que nosso usuário seja percebido com essa diferença, ele não veio de casa e vai voltar para casa, ele veio da rua e vai voltar para rua. Então que isso gere alguma sensibilidade nas pessoas que vão atender e muitas vezes, em muitos dos casos a gente não consegue esse acesso, essa prioridade digamos (E-7).

Essa rede de serviços que funciona muito regrada, além de limitar o atendimento a esses usuários, influencia no vínculo já existente com a equipe do CR. Como exemplificado na entrevista 05: *“Essa questão de rede, questão de horário, tu articula muito tempo com eles e é na hora”* e reproduz *“Então tu vens agora para tomar banho é só até as quatro, para tomar banho. Então, eu encontrei ele 3 e meia e eu tive que chegar lá até às 4 horas”*. Essa lacuna entre os serviços, pode influenciar na abordagem: *“daí todo aquele vínculo, aquela coisa que tu vem criando, tudo se perde (E-5)”*.

Os entrevistados entendem que um acolhimento mais humano facilitaria o trabalho da equipe do CR e não só o primeiro contato, mas a continuidade do serviço. O entrevistado 7 acha *“que facilitaria bastante o nosso trabalho enquanto colegas e facilitaria sobre maneira o acesso e a permanência do usuário nesses serviços, se eles fossem acolhidos de uma forma mais humana”*.

O atendimento em rede realizado pela lógica do território deveria propiciar mais vínculo dos serviços de saúde com os usuários, porém o mesmo não ocorre da mesma forma em todas as equipes de atenção básica. *“Em termos de aceitação desses moradores, dos cuidados a esses moradores, do olhar. Então tem a ver com as pessoas que compõem aquela equipe (E-1)”*.

Isso reforça a resistência, por parte dos usuários, em acessar os serviços de saúde, sendo muitas vezes necessário o acompanhamento por parte da equipe. Essa resistência pode estar relacionada ao fato de ter sido uma necessidade criada pela equipe e não apresentada espontaneamente pelo usuário, mas que pode aumentar a partir de uma rejeição de alguns serviços em atender esse perfil de usuário. A acolhida nos serviços determina a continuidade dos atendimentos, pois, no início, há certa resistência,

mas quando eles aderem, quando eles aceitam tudo, daí tem, eu não diria dificuldade, mas necessidade de pegar e levar porque não dá pra marcar e eles irem, porque não vão. Até porque não era uma demanda deles, foi

construída, quase implantada. Se tu largas, se rompe, eles não dão continuidade aos serviços. Então a acolhida nos serviços determina, quase determina. Que muitos dizem: “eu só to aqui por causa de ti, porque a “fulana” viu como ela me olhou, aqui não volto mais.” E isso é muito difícil para dar uma continuidade, para ter uma continuidade no acompanhamento. Mas eles não vão espontaneamente, por uma questão deles inicialmente, mas muito pelo estigma mesmo que esses serviços demonstram e te rechaçam, excluem, não facilitam esse acesso. (E-1).

Com isso, eles acabam tornando-se invisíveis, em um processo de objetualização e normalização. Ou então, são imediatamente relacionados com violência e periculosidade. O processo de criminalização do fenômeno das drogas afeta também a forma como os trabalhadores da saúde percebem o usuário, que deixa de ser uma pessoa que precisa de ajuda e passa a ser vista como um criminoso, que merece ser castigado e isolado.

É a invisibilidade, invisibilizar o visível é normal. Eles se tornam invisíveis para nós, porque está tão comum isso, está se tornando cada vez mais comum [...] a gente tende sim a não querer olhar aquela pessoa. E esquecer que ali existe uma vida e cada um tem uma história e que histórias (E-5).

Segue o relato do mesmo trabalhador:

Eu vejo histórias grandiosas de pessoas que tinham tudo e perdem tudo, de pessoas que tinham um contexto financeiro e vejo pessoas que também, não tinham, mas tinham a família e perderam. A questão de valores e vejo que estabelecer isso com eles é muito difícil, essa perda que eles tiveram. E retomar isso, até nem voltar para casa, mas uma questão de valores e vejo que estabelecer isso com eles é muito difícil e voltar para casa sem nada (E-5).

Os entrevistados percebem que os usuários têm medo de acessar a rede e serem mal tratados e a equipe reconhece que isso possa acontecer ou até mesmo eles não serem atendidos: *“não, mas eu não posso ir desse jeito, se não vão me tratar mal e não vão querer me atender”. E a gente sabe que vão ser mal tratados mesmo ou não serão atendido (E6)”.*

Na rede de atenção à saúde mental, a complexidade de seu objeto, sendo o sujeito que sofre e não foi desapropriado de seu contexto social, redireciona a lógica de organização dos serviços e dos processos de trabalho, os quais são impelidos à adoção crítica de uma ética e uma estética do cuidado, pautada no respeito às

singularidades, na atenção integral e na reapropriação das relações com a cidade e a cidadania (SAMPAIO, 2011).

A maior dificuldade no atendimento não se dá quando o serviço está à procura do usuário, porque a equipe enfrenta barreiras nos outros serviços, na maneira como eles recebem esse usuário trazido pelo Consultório ainda que permanecendo acompanhado da equipe. Como relata o trabalhador na entrevista 7:

Eu sempre digo, eu quero ser a ponte então, mas quando nós fazemos essa ponte de trazer o usuário para uma unidade de saúde, por exemplo, para receber algum atendimento. É perceber no olhar ou no gesto do outro colega que está lá na Unidade de Saúde com um olhar de assombro [...] ou de surpresa daquela pessoa estar ali suja e sem horário tentando uma vaga no serviço. Do despreparo que as pessoas têm em atender o diferente, [...] eu já percebi isso [...] acho que isso intima nosso público, isso faz com que ele fuja do nosso serviço porque ele se sente diferente. Então talvez uma das nossas dificuldades ainda hoje, talvez seja maior do que achar, localizar nosso usuário e trazer para o nosso serviço. Uma dificuldade grande que a gente tem e se dá conta que ela existe é de que quando a gente consegue levá-lo até o serviço, da forma como as pessoas enxergam ele lá dentro e ele sente essa diferença no tratamento [...].

Necessita-se uma compreensão por parte dos serviços em relação a esse perfil de usuário. É um trabalho que *está sendo construído aos poucos, para um dos trabalhadores, “já avançou bastante [...], mas temos sim algumas dificuldades em relação à [...] forma de vê o público do Consultório, como pode melhorar a qualidade desse serviço, desse atendimento (E-7)”*. E o mesmo profissional ainda refere:

eu acho que a gente tem que avançar, [...] para que os nossos colegas de trabalho entendam e percebam esse perfil, essa população. Entendam esse perfil e esses moradores, como moradores do seu território, no caso os postos de saúde e atendam como sendo do território mesmo eles não tendo uma casinha. [...] Que os nossos trabalhadores tenham mais sensibilidade com esse público que é diferente.

Tem-se assim, como fio condutor das ações (de saúde), a necessidade do delineamento de linhas de cuidado fundamentadas na defesa dos direitos dos usuários, a partir do estímulo ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da responsabilização (SAMPAIO, 2011).

A facilidade em acessar outros serviços de saúde pode estar relacionada com a localidade em que o indivíduo se encontra. *“Por que dependendo da*

localidade que ele está, tem algum que já tem mais facilidade (E-4)”, por já terem acesso aquele serviço em algum momento da sua vida ou terem algum familiar que more em determinada região e acesse o serviço.

Houve casos em que a equipe vinculou o usuário ao posto, mesmo o posto estando desacreditado em relação ao tratamento porque o usuário não vinha regularmente consultar. E com o trabalho da equipe do CR, incentivando o indivíduo a acessar a rede e motivando os serviços a estarem mais receptivos aos usuários, a história seguiu-se como nos traz o entrevistado 6:

daí tentamos vincular no posto, o posto não acreditou muito que ela ia fazer o tratamento, aí ela pegava o remédio durante a semana e na outra semana ela não tomava, era resistente, não ia melhorar, só internando e com outras medicações. Aí a gente através da conversa com ela e com o companheiro a gente convenceu a fazer, a eles irem ao postão lá na N., fazer os exames, consultar com o médico e pegar o remédio, em três meses ela deu negativo, [...] então ela tava contaminando outras pessoas. E não adoecia gravemente, ela ficou muito tempo contaminando outras pessoas, e o companheiro dela também estava com tuberculose e a gente conseguiu que os dois fizessem o tratamento, se curassem e ficassem bem.

Nesse processo de descobertas em relação ao indivíduo e suas necessidades, Sampaio (2011) acredita que:

ocorre a aquisição de novos saberes e modos de agir em saúde, tendo em vista à adequação dos trabalhadores aos novos serviços e à rede. Também uma inversão na lógica de organização do processo de trabalho, antes pautada pela rigidez hierárquica, pela atividade individualizada e pela separação trabalhador/produto, trabalhador/significado e objeto do trabalho. Passa-se, agora, ao desenvolvimento do trabalho em equipe, em dinâmica interdisciplinar e mais horizontal, na qual se prima pela construção coletiva dos processos de trabalho.

Esse trabalho interdisciplinar possibilita o cuidado integral em busca da resolução das necessidades apresentadas ou identificadas nos indivíduos.

5.1.2 A outras instâncias – intersectorialidade

No discurso da promoção da saúde, há uma dimensão que ressalta a elaboração de políticas públicas intersectoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Dessa maneira, promover a saúde alcança uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003).

Nessa perspectiva, as necessidades identificadas pelos trabalhadores do CR nos usuários são às mais diversas, e vão muito além das questões do campo da saúde: *“de tudo, as pessoas não tem moradia mais, [...] deixaram família, não tem roupa, às vezes não tem calçado, não tem alimentação (E-6)”*.

No auxílio ao acesso, o CR reloca e reorganiza quem mora na rua, transformando essa situação de vulnerabilidade para que elas retomem suas vidas. A equipe entra na vida dessas pessoas e serve como *“a gente vem como porta-voz perante elas, que são invisíveis, são vistas com olhos invisíveis e são indivíduos, são seres humanos (E-5)”*. Alguns usuários conseguem sair da rua, resgatar um pouco da sua vida, mas continuam necessitando de atenção e acompanhamento do CR, de acordo com o entrevistado 7:

temos duas ou três situações ainda de pessoas que estavam em situação de rua e hoje já estão fora do espaço da rua, mas ainda precisando de atenção, encaminhamentos nossos. [...] A equipe conseguiu com um trabalho de tempo ali na comunidade, com essas crianças e com esses adultos, fazer com que muitos desses retornassem para dentro da comunidade e vissem naquela comunidade um espaço onde eles pudessem organizar um pouco melhor a sua vida e os seus recursos, e as crianças ter mais espaço protetor nessa comunidade.

Visando atender as demandas por completo, que os indivíduos apresentam, o CR favorece o acesso também no que se refere a outros setores e instituições. Assim, corresponde a *“serviços não só de saúde, qualquer tipo de serviço necessário à vida da pessoa: assistência, cultura, lazer e saúde inclusive, [...] mas é tudo, a vida, o circular, a vida da pessoa (E-1)”*. Tendo o CR que comunicar-se com outros setores para que consigam suprir essas necessidades dos indivíduos, favorecendo o acesso a outras instituições.

A intersetorialidade envolve as diferentes perspectivas e espaços de poder de corporações e instituições. Além disso, a formação de redes exige novos conceitos que contribuam à construção de um diálogo mais amplo e transformação das práticas sociais e institucionais. Assim, a construção de redes e de ações interinstitucionais implica, também, a construção de uma nova linguagem integradora entre os campos profissionais e institucionais envolvidos. (MACHADO; PORTO, 2003).

Considerando o perfil da população, uma necessidade importante encontrada é a falta de abrigos ou locais onde se possa levar o usuário. Local esse, que pudesse servir apenas de passagem para as pessoas, principalmente em situações como demonstrado na fala de um trabalhador:

quando a gente precisa levá-lo numa consulta, a gente não consegue local para eles tomarem banho, trocarem de roupa. Seria uma casa de passagem, onde eles pudessem ficar ali, por exemplo, se tem uma consulta de um dia para o outro, que aquela pessoa pudesse pernoitar ali, pelo menos de um dia pro outro, tomar banho, se alimentar, para no outro dia ir para consulta. Acontecem situações, por exemplo, com o usuário, ele está num processo de uma internação e ele precisa sair daquele local onde ele está. Se a gente não consegue consulta num dia, consegue consulta no outro. Ele não tem lugar pra ficar, tem que voltar para o território, território onde ele está correndo todos os riscos de novo (E-3).

Fazendo com que o indivíduo necessite voltar ao habitat que estava ameaçando-o naquele momento e pelo qual ele pediu ajuda para o CR para melhora na condição de vida ou sobrevivência.

O acompanhamento ao usuário facilita o atendimento, porque facilita o CR conhecer a rede, porém mesmo assim existem barreiras para o atendimento.

Tem, na verdade, menos eu acho do que se a população fosse diretamente, se esse público fosse diretamente até por uma questão de articulação, já conhecer a rede, acho que facilidade, mas também há barreiras (E-4).

Em relação à abrigagem, há serviços para que se possa contatar e solicitar ajuda para os usuários, porém há uma demora nessa articulação, como enfatiza um trabalhador entrevistado:

temos dificuldades às vezes de acesso na rede, [...] tudo é rede que a gente acessa, mas por exemplo, conseguir um abrigo, abrigagem para o usuário (...) é muito difícil de conseguir. Uma casa de passagem,

abrigagem, é muito difícil, essa é uma das grandes dificuldades que a gente tem (E-03)".

Assim, o trabalho do profissional do CR torna-se, muitas vezes, dependente da continuidade dessa rede.

5.1.3 Acesso enquanto direito

Santos (2007) questiona quantos habitantes brasileiros seriam cidadãos e quantos deles nem sequer sabem que na verdade não o são. Para ele, o simples nascer investe o indivíduo de uma soma inalienável de direitos, apenas pelo fato de ingressar na sociedade humana. Viver, tornar-se um ser no mundo, é assumir, com os demais, uma herança moral, que faz de cada qual um portador de prerrogativas sociais. Direito a um teto, à comida, à educação, à saúde, à proteção contra o frio, a chuva, as intempéries; direito ao trabalho, à justiça, à liberdade e a uma existência digna.

Para o movimento sanitário, a saúde não é um bem comercial que deva ser regulado pelo mercado, mas sim pensada como um direito de cidadania e uma condição básica de vida. Para a proteção desse bem individual e social, devem-se conjugar harmoniosamente todos os esforços do indivíduo para cuidar de si e dos seus familiares e, com base em suas necessidades, todos os serviços de saúde disponíveis no sistema (PUSTAI, 2004).

Os entrevistados entendem que essa missão do Consultório na Rua de possibilitar o acesso à saúde, viabiliza, na verdade, aquilo que é um direito do cidadão:

acho que o Consultório na Rua tem essa missão: viabilizar, possibilitar o acesso à essas pessoas. Em última análise, a gente está falando de um direito de cidadania que mesmo quem está na rua tem, [...] quando eu tenho oportunidade, falo para os colegas ou para quem a gente está trabalhando na rua que é um direito deles. A gente está somente prestando um serviço para o qual nós fomos contratados, de viabilizar que tenham acesso ao serviço de saúde que eles necessitem (E-2).

Na maioria das vezes, os próprios usuários não têm consciência do acesso enquanto direito, isso nos remete a fala da entrevista 2 que explica: "*muitas vezes*

eles ficam agradecendo e dizendo que a gente é um tipo de anjo, que a gente faz algo que ninguém faz, [...] mas nós estamos simplesmente presentificando algo que é direito deles como de qualquer outro cidadão brasileiro”.

Como um princípio, o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população em condições de igualdade, não importando o gênero, a situação econômica, social, cultural ou religiosa, mas podendo haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidades. Esse acesso também deve garantir possibilidades de atendimento em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. (PUSTAI, 2004).

Direito não só à saúde, mas segundo o entrevistado 6, como também possibilidade de:

realizar documentação, [...] não tem trabalho, muitos estão sem trabalhar a muito tempo. Então tem todo um trabalho que a gente faz de cidadania, de reinserção social das pessoas, porque as pessoas estão realmente em exclusão social e eles se dão conta disso e eles falam: “Ah, a gente não é um nada”. A gente está aqui que nem lixo, muitos diziam: “bah, só vocês para vir aqui atender a gente, todo mundo passa ali e fica olhando com um olho comprido, mas ninguém chega aqui só vocês para entrar aqui e conversar com a gente e atender a gente [...]” .

É preciso investir não somente na dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública, mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida (CAMPOS, 2000).

Em relação à busca por um medicamento para um usuário, o trabalhador 6 nos traz:

a gente conseguiu que um médico no posto desse o remédio para ela. Então tem umas situações assim, bem difíceis que são questões de cidadania, vão para além das questões de saúde que a gente tem que poder orientar as pessoas para que elas busquem exercer os seus direitos, os mínimos direitos que um cidadão tem nesse país, que já é pouco.

Por isso, as situações vão além das questões de saúde, envolve cidadania e o CR orientar essa população para que exerçam seus direitos.

5.2 Dimensões da Organização do Trabalho e do cuidado em liberdade

A análise do processo de trabalho da equipe no CR visa realizar uma aproximação das concepções que norteiam e fundamentam suas práticas, dos desafios que se apresentam na organização das mesmas e das estratégias desenvolvidas no cotidiano do trabalho.

Como o trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. Nesse contexto, invenção e experimentação de práticas são necessárias, uma vez que a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços (FARIA; ARAUJO, 2010).

5.2.1 Os sujeitos do cuidado – “aquele que optou em não fazer opções”

As transformações propostas pela reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança. Sendo assim, seus principais instrumentos são: sua formação permanente, e a articulação das alianças, ou mesmo forças antagônicas, entre os diferentes setores da sociedade; em suma, que viabilize a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular. Esse processo emergente de trabalho deve pautar sua organização cotidiana na ruptura com o modelo tradicional. O modelo tradicional, pois, baseia-se no princípio doença-cura e compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença, além de ser estratificado e hierarquizado por níveis de atenção (YASUI; COSTA, 2008).

A ausência, insuficiência ou inadequação de políticas públicas em relação ao processo de exclusão e vulnerabilidades cumulativas não significa somente uma posição de neutralidade ou incapacidade do estado em lidar com o problema da

população de rua, mas pelo contrário reafirma a penalização do indivíduo pela situação em que ele se encontra (VARANDA; ADORNO, 2004).

A aceitação do usuário é fundamental para a adesão e efetividade do trabalho, então:

eles tem que aceitar isso, eles tem que aderir à isso. [...] Senão eles só vão fazer quando tu estiveres ali, porque tu estás ali. Eu acho que não modifica nada na pessoa, não traz um resultado efetivo, uma efetividade. Então, tem que estar pautado, não vejo o trabalho do Consultório de Rua, sem pensar na lógica da redução de danos, pra mim não existe, seria outro tipo de serviço (E-1).

A Redução de danos é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. A produção de saúde é de corresponsabilidade dos usuários de drogas, à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (PASSOS; SOUZA, 2011).

No contexto da saúde mental, o consenso mínimo entre os profissionais que atuam nesse campo do saber pode ser estabelecido em função da noção de sujeito, compreendido numa perspectiva multidimensional como um ser plural, biológico, linguístico, histórico, cultural e social. Um sujeito que é ao mesmo tempo sapiens e demens, ativo e passivo, dependente e autônomo; é um ser ambíguo e incerto. O sujeito é criação permanente, é um ser de necessidade, de desejos e de crenças, que se concretiza por meio da linguagem na relação que estabelece com o outro. O ser humano é a condição de mutabilidade permanente (OLIVEIRA; FORTUNATO; FARIAS 2012).

Por ser o sujeito do cuidado, “aquele que optou em não fazer opções”, não há uma demanda espontânea pelo serviço, porque para os usuários eles não precisam de nada. Em virtude disso, o trabalhador não pode impor aquilo que ele avalia como necessidade em saúde e “*não pode guiar simplesmente, dizer o que eles (usuários) têm que fazer, porque para eles, eles não precisam fazer nada (E-1)*”.

Para Campos e Campos (2006), considerar a co-construção de autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. A adoção diretriz exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos, quanto do sistema de conceitos

teóricos que orientam o trabalho em saúde. A principal destas mudanças refere-se à redefinição do “objeto” do trabalho em saúde, refere-se a pensar esse “objeto” como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas da saúde coletiva e da clínica.

Tanto na prática em saúde, quanto na oferta de qualquer outro tipo de serviços, não pode ser esquecido que as pessoas são soberanas sobre a sua existência. Na verdade, como enfatiza o trabalhador 2: *“isso é uma referência importante na saúde, nós na saúde temos mania de dizer para o outro o que é melhor para ele, a gente produz muita verdade, nós somos um moralismo sanitário impressionante no meio da saúde”*.

Assim, reproduz-se a importância da autonomia do indivíduo, aqui relacionada ao processo saúde/doença.

5.2.2 Indo para além do conceito de “morador de rua”

Segundo Vieira, Bezerra e Rosa (1994), a rua pode ter pelo menos dois sentidos: o de se constituir num abrigo para os que, sem recursos, dormem circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos ou bancos de jardim ou pode constituir-se em um modo de vida, para os que já têm na rua o seu habitat e que estabelecem com ela uma complexa rede de relações. Seria possível identificar situações diferentes em relação à permanência na rua: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser de rua (permanentemente).

A existência histórica dos moradores de rua não pode ser ignorada ou deslocada da construção e das discussões acerca da nossa sociedade, especificamente falando, da construção de uma sociedade justa e de direitos. Esta parcela da população vem crescendo e sofrendo diretamente as consequências de um modelo econômico neoliberal globalizado, produtor de exclusão em todas as esferas, tanto econômica, como política, cultura e social. A demanda atendida na rede de serviços para essa população adulta apresenta-se em um contexto

complexo e com características diversificadas: jovens adultos, homens, mulheres com crianças, idosos, desempregados, pessoas com sofrimento psíquico, migrante, dependentes químicos, famílias sem residência fixa, pessoas sem convivência familiar permanente ou com vínculos familiares fragilizados, pessoas com deficiência, entre outros envolvidos com o tráfico, muitas vezes expulsos de suas comunidades (PMPA, 2012).

Para o início do serviço, a equipe do CR reuniu-se com trabalhadores da rede em busca dos locais onde se encontravam pessoas (usuárias de drogas) em situação de rua. Inicialmente, foram mapeados locais próximos às Unidades Básicas de Saúde do território, para facilitar o trabalho:

quando a equipe iniciou, foram feitas reuniões com trabalhadores dos serviços que já existiam. Então se reuniam com o Conselho Tutelar, com a Fundação de Assistência Social e Cidadania, com o pessoal do Programa Ação Rua. [...] E através dos próprios usuários a gente foi descobrindo novos lugares, novos locais. O Ação Rua e o Conselho Tutelar nos orientaram onde tinha criança, que eram crianças mendigando e que realmente fazem uso de drogas, crack, maconha. (E-6).

Quando começaram as atividades do Consultório na Rua, o trabalho

foi sendo redefinido a medida que a equipe começou a trabalhar. A gente começou a transitar onde via grupos de moradores de rua e começou a parar e abordar as pessoas e conversar. Ali a gente encontrou crianças, mas no restante dos locais aqui na Zona Norte e Eixo Baltazar, a gente encontrou adultos de todas as idades, de 18 anos a 50 anos. [...] Então a gente optou por atender nessas regiões Norte eixo Baltazar, coletivos de moradores de rua. [...] as meninas ficam ali e fazem programa, os homens trabalham com reciclagem e depois dormem por ali mesmo porque eles passam a noite usando droga, eles ganham dinheiro, trocam por droga, trabalham, compram em droga. Então tem toda essa exposição sexual das meninas que fazem programas, então esse foi um público importante que a gente trabalhou (E-06).

A partir disso, entende-se que Consultório na Rua não está voltado apenas para quem mora na rua, mas para quem está em situação de rua. Para a equipe: “o conceito de morador de rua que a gente adota é que [...] a pessoa em situação de rua na verdade não é só quem mora nela, mas quem está nela, quem faz uso dela, quem ganha à vida enfim. E o critério foi vulnerabilidade (E-1)”. Concorde o entrevistado 4: “a proposta é atender a população em vulnerabilidade social”.

Também define o entrevistado 2:

é a situação de tu tirares a tua subsistência, quer dizer, pra tu sobreviver, tu acabas achando algumas estratégias de sobrevivência na rua. Então, tu de certa maneira, tu depende da rua e também moram em situação de rua: moram embaixo de marquise, de barraquinha de papelão, embaixo da árvore.

Existem alguns elementos que são como grandes influenciadores na vida dos indivíduos, principalmente de quem está em situação de rua. Varanda e Adorno (2004) nos aponta um deles: “A vizinhança com a criminalidade pode ser um elemento dificultador na relação com o meio em que se vive, gerando uma lacuna nos referenciais do indivíduo que vai se desvinculando não somente dos familiares, mas também do seu grupo social, facilitando a transição para a rua” expondo o indivíduo a vulnerabilidade.

Entrar na rua significa desenvolver um processo compensatório em relação às perdas e começar a usar outros recursos para sobreviver, até então ignorados, e assimilar novas formas de organização que permitam a satisfação das necessidades, superando obstáculos que a cidade apresenta. Entretanto, o que as tornam visíveis é justamente a situação de carência e deficiência, que caracterizam um novo modo de se vincularem ao contexto urbano (VARANDA; ADORNO, 2004).

5.2.3 O usuário constituindo seu próprio território

Dentro do contexto urbano, a equipe entende que ocorre certa invasão do espaço do usuário durante as abordagens, quando se entra no espaço que o usuário escolheu para se estabelecer. Segundo a fala de um dos entrevistados:

é um espaço que eles acharam pra viver, de certa maneira é a casa deles e então a gente vai lá sistematicamente, na casa deles. Visita domiciliar, mas uma é um paradoxo, porque o domicílio é um espaço público. Essas são referências, assim, é chegar com calma, com jeito, com respeito, com uma disponibilidade interna e externa para a experimentação com a diferença, o encontro com a diferença, com alguém que vive de um jeito totalmente diferente do teu (E-2).

O modo como o próprio indivíduo se percebe e autodenomina, podem ser referências importantes na prática em saúde. Para a implantação de um projeto com

peças em situação de rua na Cidade de São Paulo, foram feitas uma série de adequações aos processos de trabalhos, como a necessidade de elaboração de novos termos e conceitos. Desse modo, “visita domiciliar” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”, e família aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro”. (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Para que as necessidades consigam ser supridas, mesmo no cenário da rua, a universalização da saúde apresenta o desafio de intervir na realidade tal como ela está constituída. Hoje a população de rua é parte do cenário urbano, requerendo intervenções que levem em conta saber como ela se constituiu e as formas de sobrevivências que ali são desenvolvidas (VARANDA; ADORNO, 2004).

Os usuários vão adaptando-se ao espaço escolhido para se instalar. Dependendo *“da localidade que eu vou, vou te dizer que são mais mulheres. Mas olhando o público todo por prontuários e por relatos, a maioria são homens, adulto-jovens de 20 a 35 anos no máximo, algumas exceções de 40 anos (E-4)”*; *“no geral, mais homens, mas tem um lugar que a gente ia que tinha bastante mulheres, no P. S., onde elas fazem programa ali na faixa, tinha muitas meninas, mas eu lembrando assim no geral, de todos os locais acho que seriam mais homens morando na rua, nessa situação (E-6)”*; *“tem algumas áreas com mais mulheres, outras áreas com mais homens, depende do grupo. Tem a ver com prostituição também e onde tem prostituição tem mais mulheres (E-1)”*

O tipo de dependência também é diferente, o que pode determinar as necessidades, caracterizando os indivíduos-territórios. Como relata o entrevistado 3: *“são mais homens usuários de álcool, ali tem poucas mulheres [...]. Na área do PS, por exemplo, já é predominantemente feminino, porque é uma área de prostituição. As meninas acabam se prostituindo para usar como meio de sobrevivência para custeio da droga”*.

O atendimento efetua-se pela busca dessa população em vulnerabilidade e segue por visitas programadas em locais que já tem vínculo com a população, fazendo os encaminhamentos, *“se necessário, sociais e de saúde. Para lazer também, educação, o que for necessário para aquele indivíduo no momento” (E-4)*.

A equipe multidisciplinar divide-se em duas micro equipes e cada uma delas atua em determinada área, com abordagens sistemáticas visando criação e permanência de vínculo entre trabalhador– paciente. Assim relata o trabalhador 3:

a gente tenta criar vínculo com esses usuários da rua, em determinadas áreas onde a gente costuma ir, pelo menos uma vez por semana, nessas áreas, sempre no mesmo dia e no mesmo horário para poder ficar sistemático nosso atendimento, toda semana eles sabem que naquele dia, naquele horário para atendê-los, para ver a demanda deles, para a gente ver o que for necessário.

Os locais para abordagens são previamente mapeados.

Temos duas equipes organizadas no serviço. Sempre com a ideia de ter espaços, territórios distintos para essas equipes. Espaços previamente mapeados, identificados como necessários de ter abordagem, intervenções, onde foram avistadas essas populações com perfil do Consultório, em situação de rua e com uso e abuso de substâncias psicoativas, uso abusivo delas. E a gente tem essas duas equipes na semana que se dividem em territórios e suas áreas de abrangência (E-7).

As abordagens vão ocorrendo à medida que o Consultório na Rua vai com o olhar identificando necessidades, também por indicação dos próprios moradores e ou através de contato telefônico com a equipe.

Conforme tem demanda espontânea, tu vai vendo pela localidade, onde o pessoal vai referenciando, os antigos, onde o pessoal do Consultório de Rua vai verificando com olhar também, conforme vai [...] averiguando também se realmente tem uma população ali de rua. Então conforme vai sendo visto, conforme indicação dos moradores da região, [...] pessoas que ligam para o Consultório também falando que tem uma população em vulnerabilidade (E-4).

A vulnerabilidade os empurra para mudança de local levando consigo (ou até aumentando), suas carências e necessidades, por isso a importância de considerar o indivíduo como seu território.

5.2.4 O trabalho itinerante

Inserir-se no território, constituindo relações pró-ativas com a comunidade de sua responsabilidade, favorece o estabelecimento mais efetivo do cuidado em

saúde, pois, além de permitir identificar problemas e priorizar intervenções, cria vínculos contínuos com os assistidos, possibilitando individualizar suas necessidades e organizar processos particulares de cuidado (CARNEIRO JUNIOR, 2010) e aqui, entende-se “inserir-se no território” como encontrar o indivíduo onde ele estiver instalado naquele determinado momento.

A busca de locais de vulnerabilidade onde se encontram os usuários com perfil que venha ao encontro da proposta do Consultório na Rua deve ir além da área de abrangência. Trata-se de uma população que troca de ambiente (itinerante) como estratégia de dificultar o acesso a ela. A condição de usuários de drogas ilícitas e as possíveis consequências no âmbito da segurança pública dificulta mais ainda o acesso dos trabalhadores do CR a essa população. Assim relata o entrevistado 1:

No início, quando se formou a equipe, que a gente não conhecia esses locais muito aqui na zona norte, até alguns colegas nem conheciam muito a Zona Norte. Então a gente fez um mapeamento, no início do serviço isso, com os agentes de saúde, principalmente com os próprios postos do conceição. Então eles na verdade, [...] identificaram quais seriam as áreas de risco, as áreas mais vulneráveis ao longo do tempo, quando a gente foi chegando a essas áreas, a gente foi vendo que não era bem ali que estavam. A gente não achava esses moradores, mas pra além da área de cobertura dos postos do GHC. Tanto é que atualmente a gente está numa área, a maioria das nossas áreas está para além das áreas de cobertura dos postos do GHC, que eram a nosso ver as áreas mais vulneráveis, mas os usuários, que tem uma característica assim, quando eles estão em uso, estão se escondendo por que é ilícito o negócio.

Por isso, o mapeamento deve ser contínuo, uma vez que essa população não tem um compromisso com o lugar e vive um estilo nômade de vida. Sendo assim o entrevistado 2 considera:

pode ser estratégico, importante. “tá legal morar nessa praça”, amanhã não necessariamente, é um conjunto de circunstâncias, então eu acabo me deslocando para outra praça ou para outro lugar. Geralmente são lugares meio invisíveis, assim, lugares que eles fazem parte do território da cidade e ao mesmo tempo são lugares meio esquecidos [...].

As demandas surgem pela solicitação dos indivíduos e também conforme a equipe vai identificando as necessidades. “As demandas vão [...] aparecendo conforme os indivíduos vão solicitando e conforme a gente vê também [...] por eles

serem nômades. Acabei de vir de uma abordagem: ele veio de Santo Ângelo, a pé (E-5)". A cada lugar que o indivíduo chega, ele consegue adaptar-se porque na verdade, não consegue identificar sua necessidade independente do lugar em que estiver.

Assim, a proposta do Consultório na Rua é levar o serviço de saúde ao espaço da rua. Junto com a necessidade de saúde surgem também outras necessidades de quem vive na rua.

A proposta do CR é a de prestar a saúde no espaço da rua mesmo, na esquina, no viaduto, no mato, na carcaça. Onde a população está, poder levar esse cuidado com o foco na saúde. E aí eu entendo a saúde como produção de todas as outras necessidades da pessoa que está na rua. Que é de tu prestares assistência quanto à necessidade em questão de alimentação, abrigagem, recursos outros que ela possa necessitar nesse espaço de rua (E-7).

O Consultório na Rua, como o nome indica, não utiliza muita estrutura física, a equipe em si e o que ela produz funciona como um equipamento no atendimento. Explica o entrevistado 2:

A gente não é um serviço que tem muita estrutura física, aliás, não temos estrutura física, nós contamos muito com os nossos corpos, nosso equipamento. Acho que nosso principal equipamento são os nossos corpos assim, corpos no sentido daquele corpo que escuta, aquele corpo que sente junto, o corpo se suporta estar junto com o outro e se sensibiliza pela história do outro, esses são nossos principais equipamentos. Então ter estratégias, ter técnicas, aqui eu estou falando de tecnologia leve, que favoreça bons encontros. é algo que favorece a produção desse cuidado em si.

As abordagens vão ocorrendo conforme *"tem demanda espontânea, tu vai vendo pela localidade aonde o pessoal vai referenciando, os antigos, aonde o pessoal do Consultório de Rua vai verificando com olhar também (E-4)".* Os próprios moradores contribuem nessa identificação de pessoas em vulnerabilidade, *"conforme indicação dos moradores da região vai se abrindo. Pessoas que ligam para o Consultório também falando que tem uma população em vulnerabilidade (E-4)".*

As demandas podem surgir pela solicitação dos indivíduos e também conforme a equipe vai identificando as necessidades. Conforme relato:

As demandas vão aparecendo conforme os indivíduos vão solicitando e conforme a gente vê também a necessidade que eles apresentam, por eles serem nômades. Que nem agora, eu acabei de vir de uma abordagem: ele veio de Santo Ângelo, a pé e apareceu aqui em Porto Alegre. Então pela vivência que ele teve, pela decepção que ele teve amorosa, foi o que ele disse e depois da separação ele veio, veio e está morando na rua aqui direto (E-5).

O acompanhamento é sistematizado, deslocando o paciente conforme necessidade. Assim explica o entrevistado 05: *“a gente vai tentando delimitar isso, [...] a gente vai lá, fala da saúde, pega para exame, leva, traz, toda essa questão aí social a gente tenta integrar esse sujeito no contexto”.*

A equipe trabalha circulando para acompanhar essa rotatividade da vida dos usuários, que mudam de lugar por diversos motivos.

E eles circulam, porque daqui a pouco briga com um, sai de um lugar e vai para outro, daqui a pouco fica devendo para o traficante, o traficante ameaça de matar, daí ele pega e vai para outro lugar, some um pouco, vai para outro mato, daqui a pouco some de novo, faz as pazes com o traficante, faz as pazes com o amigo e assim eles vivem (E-6).

Como uma das dificuldades que se apresenta para o desdobramento dos atendimentos, é a falta de carro próprio e a substituição do motorista que fazia parte da equipe, por motivo de terceirização dos serviços. Explica o trabalhador na entrevista 2:

A terceirização também chegou aqui no GHC, então, nós saímos de uma situação em que nós tínhamos carro próprio, digamos assim, com um motorista que a gente entende que fazia parte da equipe também, para uma situação de terceirização. Isso é uma realidade que está bastante presente, no universo da saúde pública, visa o maior número de serviços possíveis e sempre na medida, isso implica na garantia da qualidade do serviço prestado, da tarefa. [...] A gente aborda, a gente interage com as pessoas na rua, quem aborda, o motorista ele também acaba interagindo, ele compõe também a equipe, ele conduz o acolhimento que a gente tem que produzir na rua.

Outro entrevistado concorda e nos traz a mesma situação:

Nós tínhamos uma van, que era o carro chefe do consultório e por problema mecânico acabou se perdendo esse carro e ainda não conseguimos carro. O que está acontecendo hoje? Hoje a gente tem um carro que é terceirizado, o hospital terceirizou então a gente tem problema entre a demanda e o carro. Tem dias que a gente tem demanda e a gente

não tem carro. Que a van ficava conosco 12 horas, tanto de manhã como a tarde. Nosso horário é à tarde, mas se havia necessidade de um desdobramento pela manhã, de levar para uma consulta, para um exame, a van estava à nossa disposição e tinha um motorista à nossa disposição. Agora não é mais assim, a gente depende de escala do motorista, de escala de dias do carro, porque a gente tem que dividir com os outros serviços. Então nós não temos carro, essa é uma coisa muito importante que a gente perdeu e faz muita falta pra nós. Outra coisa que é importante é que o carro era grafitado, então onde o carro chegava o pessoal já conhecia: “pessoal do Consultório!” (E-3).

Percebe-se que com a perda do veículo, não é apenas o transporte que é dificultado, o CR acaba por perder um pouco de sua identidade, o que também servia como acolhida ao usuário e de certa forma, segurança para os trabalhadores.

5.2.5 Núcleo e campo: a imprecisão na delimitação de competências profissionais

Quando vai atuar, um trabalhador de saúde mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber mais específico sobre o problema que vai enfrentar e sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo de ação, mas ambos cobertos por um território que delimita uma dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MEHRY, 1999).

Esse olhar sobre as práticas de saúde vai ao encontro da forma como os entrevistados percebem seu trabalho. No trabalho em equipe, na decisão de quem irá realizar determinada abordagem, identificam que apesar de, por vezes, existir a necessidade de um “saber territorializado”, quando os problemas a serem enfrentados o exigem, de uma forma geral, não ocorre uma diferenciação por profissão.

A principal competência que é exigida para esse encontro trabalhador-usuário é o vínculo (E-4).

Outra característica fundamental para o cuidado está centrada em características subjetivas do trabalhador, principalmente no que se referem as suas

próprias construções afetivas, éticas e morais, que podem ser um elemento facilitador ou dificultador no desenvolvimento do vínculo. Isso aparece na fala de outro entrevistado, quando diz que para fazer parte da equipe do Consultório na Rua, precisa ser um trabalhador que *“não venha com um julgamento, que seja aberto para novos olhares, porque é bem diferente de qualquer outro serviço de saúde com certeza. Por mais que tu teorizes, a prática te mostra isso, que tu tens que ser aberto, tem que respeitar (E-4)”*.

Principalmente porque no atendimento do Consultório na Rua, *“o fluxo é inverso, tu oferta serviço sem ter o pedido. Paciência, persistência. Eu acho que o profissional, independente da área que tiver, tem que ser bem aberto e ser persistente para conseguir as coisas tanto para o usuário, como para rede também”*, teoriza o entrevistado 4”. Assim, a entrevistada 5 finaliza:

quando me inscrevi tinha uma outra ideia e quando vim para cá, me deparei com um grupo de pessoas realmente interessadas e responsáveis pelo que fazem. A gente está aí, distribuindo com amor. Eu sempre digo, amor é tudo para as pessoas.

Na produção de saúde, coexistem vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem e o recorte profissional do problema. Seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo, operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários (MERHY, 1999).

Segundo Campos (2000):

tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectarem-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto.

O trabalho na dimensão de campo é preponderante e o núcleo aparece quando todos os trabalhadores se debruçam sobre um problema nas discussões de caso, e no cotidiano das trocas, sendo um elemento aglutinador e de

desenvolvimento de práticas solidárias e compartilhadas. Como explica a entrevista 1:

então nosso trabalho é muito de campo, mais do que de núcleo, muito mais do que de núcleo. Eu vejo núcleo nas discussões, é o olhar que tu tem. Então, o que tu observa mais, o que tu foste acostumado mais a observar e isso vem à tona numa discussão. Às vezes tu tens alguma dúvida em relação a alguma coisa, tu perguntas para o psicólogo, o serviço social, algum encaminhamento [...]. Por experiências prévias, mesmo. Então a gente aciona mais esse núcleo, mais para o desdobramento do caso, discussão/desdobramento da abordagem .

O atendimento em campo ocorre sempre respeitando algumas limitações existentes. O entrevistado 2 explica que quando surge um indivíduo que necessita de algo que ele não tem na sua formação acadêmica e há necessidade de

[...] uma referência maior para poder inclusive indicar que tipo de cuidado mais específico em relação àquilo. Então essa é uma situação, onde geralmente eu busco algum colega do campo [...] pra vir me assessorar nessas situações. Ao mesmo tempo, tem um conjunto de trocas muito legal.

Assim complementa a entrevista 4:

quando vai se abordar, na verdade, não tem essa diferenciação por profissão. Quando é vista uma necessidade de assistente social, obviamente vai pedir um auxílio para o colega que tem mais afinidade com essa demanda. Quando é de enfermagem, com os profissionais de enfermagem.

Ou seja, o núcleo operando no campo, influenciando e sendo influenciado pelo campo, no contexto de um trabalho coletivo. Uma parte dinâmica e com inserção e interferência no campo da saúde [...] em um plano horizontal, em que saberes e práticas comporiam parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais. Assim, todas as profissões de saúde, as nucleadas na clínica ou na reabilitação ou no cuidado, todas, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da saúde coletiva (CAMPOS, 2000).

Uma categoria profissional que identificam ser necessária em todos os espaços de atuação do CR é a enfermagem – enfermeiro ou técnico de enfermagem. Essa necessidade é explicada em virtude dos usuários terem muitas demandas clínicas e pelo fato de a equipe não contar com médico.

Sobre essa falta de diferenciação durante as abordagens, o trabalhador 2 diz: “a fronteira profissional que eu acho que fica um pouco mais nítida, no caso da composição da equipe eu acho que seria a própria enfermagem (E-02)”.

Tem sempre algo que precisa fazer assim, observar, até o olhar clínico, porque a gente não tem médico na equipe, então a enfermagem, pelos procedimentos bem específicos, a gente organiza de forma a ter sempre um técnico de enfermagem ou enfermeiro em cada grupo, em cada micro-equipe. Os demais profissionais não e a enfermagem só por esses procedimentos específicos, não pelo o que ela pode fazer, além disso, como campo. [...] A gente só cuida para ter sempre alguém da enfermagem, para não ficar concentrada e alguma área ficar descoberta, porque é uma demanda já certa (E-01)”.

A necessidade de um profissional – da enfermagem, no caso desse estudo - que possa e que tenha competência para dar respostas às demandas clínicas demonstra que os desafios são muitos, pois o trabalho no CR é complexo e difícil, exigindo uma constante articulação das ações clínicas (identificação de sinais e sintomas, curativos...) e das ações da saúde coletiva. Na direção de uma clínica do sujeito, o objeto da clínica do sujeito inclui a doença, sem que o ser da doença substitua completamente o ser realmente existente, perdendo-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso (CAMPOS, 2003).

Nesse “novo” paradigma – clínica do sujeito, a relação trabalhador de saúde – usuário é essencial, pois nesta relação um não existe sem o outro. É interessante observar que os médicos e os enfermeiros continuam a ser estratégicos, mas não atuam mais de maneira central como ocorria na clínica do corpo de órgãos, Ali onde exerciam de modo fragmentado seus atos produtivos, agora, o que interessa é agir de modo integrado em termos multiprofissionais sobre os processos desejantes vinculados à produção dos modos de existência (CECCIN; MERHY, 2012).

A necessidade de estar aberto para o novo, disposto a conhecê-lo, deixando algumas teorias antigas para trás, exige que o trabalhador desmonte e reconfigure seus conhecimentos e práticas como experiência, conta o trabalhador 7:

[...] quando eu vim para o Consultório [...] eu tinha muito da ideia do morador de rua, pela pesquisa que eu fiz no mestrado. Tu se aproxima dessa população deixando de lado teu olhar técnico, se aproximando com muito cuidado, com muita escuta, com muita vontade de identificar situações, possibilidades de suporte, de ajuda. [...] desmonta o teu conhecimento e constrói outras coisas lá fora. [...] Eu ainda tinha um pouco

disso, esse estigma. [...] de tu ires para rua despojada, muito aberta para ouvir muita coisa, para desmontar muita coisa que tu tinhas: valores, drogas, rua, violência, medo do novo. Então desmonta tudo o que tu ouviste falar e vai para rua de corpo e mente muito aberto. Acho que o perfil dessa equipe é tu estar muito aberto para o novo, é o profissional estar muito disposto a conhecer coisas novas, a deixar muitas coisas antigas para trás, muitas ideias muitas teorias deixar para trás. [...] Ter muita paciência para desmontar preconceitos, olhar o público e o teu usuário com mil possibilidades, que sempre apostar; se não é hoje é amanhã, se não é amanhã, é daqui 1 ano, se não é daqui 1 ano é 5 anos. Apostar, enquanto tem vida, está ali na tua frente, vai apostando.

A disponibilidade está relacionada com a pessoa (ou grupo de pessoas, a equipe por exemplo) e não com a categoria profissional:

essa é uma característica do Consultório na Rua, de estar a vontade e se dispor a fazer o que for preciso. Então esse perfil, essa disponibilidade interna, que não é profissional, é pessoal, eu diria. EU acho que a resposta de ser mais campo, não é à toa, [...] Acho que isso é uma característica do Consultório de Rua, tem que estar a vontade e se dispor a fazer o que precisar, o que tu alcançar e puder claro (E-1).

Complementa o entrevistado 3:

apesar de sermos profissionais de várias áreas [...], as equipes não são divididas por categoria profissional, nós somos multidisciplinar. Tanto a técnica de enfermagem dá encaminhamento para documentação ou para levar ao posto de saúde ou para aplicar uma injeção. [...] Não é pela categoria profissional, todos nós fazemos a mesma coisa, independente da sua profissão, da sua categoria profissional. Não é porque é a assistente social que só vai fazer isso, ou a enfermeira só vai fazer serviço de enfermagem, não.

Porém, o mesmo entrevistado enfatiza:

a única coisa que é específico mesmo é da área da enfermagem, por exemplo, se a assistente social tiver que fazer uma injeção daí não, aí é a enfermagem que faz, mas se a enfermagem tiver que encaminhar para serviço de Centro de Referência Especializado de Assistência Social, algum outro serviço, a gente também faz.

Existem ferramentas e referências que ajudam a operar as abordagens. O trabalhador 2 assim explica:

talvez seja a principal parte do serviço, eu estou entre aqueles que acreditam que não há uma fórmula, mas existem ferramentas. Umhas referências éticas, estéticas que ajudam a gente a operar essa abordagem,

[...]. Acho que uma delas passa pela sensibilidade, o respeito à diferença, quando a gente fala em quem está em situação de rua, a gente sempre fala também de modos bastante diferente de existir do que a gente entende como uma vida normal.

Para estabelecer um vínculo de confiança e de troca com o usuário, é necessário ter uma disponibilidade para utilizar essas ferramentas. Como complementa o entrevistado 2: *“[...] tu tem que ter uma disponibilidade pra interagir com a diferença, colocar sob suspensão a nossa tendência a julgar o outro. Acho que isso requer uma questão de sensibilidade porque também de certa maneira, nós não fomos chamados”*.

Todas as profissões de saúde, as nucleadas na clínica ou na reabilitação ou no cuidado, todas, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da saúde coletiva (CAMPOS, 2000).

Enfatiza-se que, independente da categoria, o profissional do Consultório na Rua tem que estar disposto, saber ouvir e se colocar na posição do outro. Ter amor, paciência e empatia. Responsabilidade também é uma importante característica do serviço, ir ao encontro do usuário quando combinado.

Uma coisa que é extremamente importante: o profissional tem que saber ouvir e se colocar na posição daquela pessoa que está ali naquele momento na tua frente, saber escutar. [...] Tem que ter amor, e o amor é uma palavra que é completa, entra afeto, entra compreensão, entra várias coisas. É uma palavra muito forte, então eu acho que essa pessoa tem que ter amor, paciência, perseverança, tem que saber cativar as pessoas, tem que ter empatia, ser alegre, responsável, porque se tu fazes uma combinação com o usuário. [...] uma das características do nosso serviço é isso, se eu marco com o usuário em determinado dia pra coletar um exame, para levar numa consulta, eu tenho que saber que eu tenho aquele compromisso daquele dia, daquele horário estar naquele local. Se o usuário vai estar lá? Talvez sim, talvez não, mas o importante é que eu esteja lá, que ele saiba que eu estive lá. Estive à procura, estive a procurá-lo, que o usuário sabe que pode contar contigo. Independente, tu vai estar ali à disposição dele. Disponibilidade é muito importante também, o funcionário é referência, a equipe do funcionário tem que ter responsabilidade, compromisso, saber ouvir, se colocar na posição, não ter discriminação (E-3).

Apesar da diferenciação entre categoria profissional não aparecer com centralidade na organização do trabalho do Consultório na Rua, existem elementos

que são fundamentais e estratégicos para a abordagem, mas não são privativas de nenhuma profissão.

A equipe tem a proposta de trabalhar de uma maneira interdisciplinar, na qual surgem demandas específicas, devendo ser solidária em chamar o colega de outra área disciplinar *que está sendo demandada para dar essa referência.*

Não tem uma referência do que dá o tom à equipe. Têm umas situações, os desafios que a gente encontra, esses dão o tom da equipe, muitas vezes esses desafios, [...] digamos, de que campo que está sendo demandado naquela situação e eu acho que a equipe é muito solidária e generosa no sentido de, daí nesse caso, chamar o companheiro, chamar o colega dessa outra área disciplinar pra poder estar dando esse apoio, dando essa referência (E-2).

Não há uma receita de como trabalhar bem no Consultório na Rua, mas a entrevista 7 evidencia: *“para mim basta ter isso, ter uma escuta sensível e não ir para rua para fazer julgamento nem colocar os teus valores em questão e pronto.”.* E ainda acredita que isso seria um bom início e que as teorias e o aprimoramento das técnicas viriam como um complemento.

A equipe ideal vem sendo construída e aprimorada a cada abordagem, a cada atendimento, mas o trabalhador concorda com os colegas quando diz que o profissional tem que ser disponível, estar aberto, ter um olhar para esse tipo de público.

Primeiramente a pessoa tem que estar disponível, aberto a ter esse olhar para esse tipo de público, para esse público que é diferente da área hospitalar, totalmente diferente, totalmente novo e eu acredito assim que a equipe tem que desempenhar e tem um papel muito importante. A equipe ideal acho que ela está sendo construída dia a dia. Acho que vem a questão da gente mesmo, o que é ser especial, se colocar no lugar do outro. Eu quando vejo alguém na rua, é questão de querer ajudar mesmo (E-5).

Na realidade, seria importante combinar as duas perspectivas: tanto socializar saberes e práticas, quanto assegurar a existência de especialistas capazes de produzir saberes mais sofisticados sobre saúde pública e de intervir em situações mais complexas (CAMPOS, 2000).

Sampaio *et al* (2011) consideram que para o trabalho em equipe, em saúde mental, no serviço público, são necessárias três ordens de atitudes/valores: a) Competência – o desenvolvimento de habilidades técnicas, relacionais,

comunicacionais e políticas; b) Humildade - o reconhecimento de que desvios, carências materiais, marginalidades, anormalidades, imoralidades e sofrimentos não devem ser reduzidos ao fenômeno doença; c) Democracia – o reconhecimento da necessidade de desburocratizar e des-hierarquizar, desarmando enviesamentos dados pelas relações de poder para uma atuação menos competitiva, valorizando os saberes da população e compartilhando responsabilidades.

Pelo conteúdo das entrevistas e depoimento dos trabalhadores, a equipe do Consultório na Rua vem ao encontro desses valores que Sampaio *et al* consideram importantes para o trabalho de uma equipe em atendimento à saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando buscava um enfoque para centralizar o trabalho de conclusão de curso, fui descobrir quais ações estavam acontecendo dentro do campo da saúde mental, naquele momento. Eis que chega a mim, a existência do serviço de saúde: Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição, que até então não conhecia. Ao longo da coleta de dados, conversando com os profissionais e realizando as entrevistas, pude identificar cuidados que não conhecia na prática, a não ser em leituras distantes.

As repetidas e insistentes leituras das transcrições fizeram-me perceber e concluir que o Consultório na Rua, surgiu no contexto da saúde, como uma estratégia inovadora e potente para o cuidado aos usuários de drogas, uma vez que oportuniza o acesso às pessoas até então excluídas e estigmatizadas e tem seu processo de trabalho focado mais em campo do que em núcleo, tendo o trabalho em equipe como uma característica bem forte.

Inovador também, quando leva o cuidado para o indivíduo no espaço da rua, cuidando em liberdade no território de sua existência. Assim, a demanda é, na verdade, primeiramente proveniente da equipe e não apresentada pelo usuário, o fluxo acontece ao inverso. Sendo a adesão e continuidade do tratamento, algo dependente da ação do profissional.

Os resultados apresentados apontam a necessidade de uma atenção maior aos indivíduos em um contexto de uso de álcool e drogas. Como também investimentos em equipes como a do Consultório na Rua “Pintando Saúde”, que “pinta” não somente saúde, mas cidadania para àqueles que por uma razão ou outra, encontram-se, nesse momento, em situação de vulnerabilidade social.

O que é reafirmado pelo fato da equipe enxergar a saúde como um dever do Estado e principalmente, oportunizar que os indivíduos tenham acesso aos seus direitos como cidadãos.

REFERÊNCIAS

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez. 2006.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3): 815-823 2003.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. 871 p. p. 396-397.
- BOCCARDO, A. C. S. *et al.* O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, São Paulo, v. 22, n. 1, abr. 2011.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 3657**. Câmara dos Deputados, 12 de dezembro, 1989.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196, 1996.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2ª ed. revista e ampliada. Série B. Textos básicos da Saúde. Brasília, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro, 2005.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Reunião da Comissão Intergestores Tripartite. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas**. Brasília, maio 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 48 p, setembro, 2010.
- CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

CARNEIRO JR, N.; JESUS, C. H. de; CREVELIM, M. A. **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. M. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização**.

Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-04.pdf>
Acesso em: 01/12/2012.

CZERESNIA, D. Versão revisada e atualizada do artigo "**The concept of health and the difference between promotion and prevention**", publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53

DIAS, R. M. **Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos**. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 169 p, 2008.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Depto de Psiquiatria. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2010.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D.. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. da S.; SANTOS, J. L. G. dos; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2. Florianópolis, 2009.

GHC. **Relatório Consultório na Rua 2010 a 2012**. Grupo Hospitalar Conceição. Julho, 2012.

HOUAISS. **Dicionário de Língua Portuguesa**. 2009

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde col.** vol.17 n. 11 Rio de Janeiro nov. 2012.

KESSLER, F., PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Revista Psiquiátrica RS**, 2008.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S.. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, set. 2003.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva** v.13 n.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, L. M. ; FARIAS, M. C. A D. **Concepção de sujeito em Saúde Mental**. Psychiatry on line.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e Saúde Pública: Construções alternativas à Política Global de “Guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade**. 2011.

PEREIRA, M. P. B., BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, junho 2006.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**, julho-agosto, 2004.

PMPA. **Cadastro da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre**. Relatório Final. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012.

PUSTAI, O. J. **O sistema de Saúde no Brasil**. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT M. I., GIUGLIANI E. R. J. (organizadores). Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.71.

SAMPAIO, J. J. C. *et al* . O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dec. 2011.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7ª ed. Coleção Milton Santos, vol. 8. Editora da Universidade de São Paulo, 2007.176 páginas.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, setembro, 2011.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, Apr. 2004.

VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (Orgs.). **População de rua: quem é? Como vive? Como é vista?** São Paulo: Hucitec, 1994.

YASUI, S., & COSTA, A.. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, 27-37. 2008

.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

Entrevista semi-estruturada

Entrevistado nº _____

Nome: _____ Sexo: F () M ()

Formação profissional: _____

Pós-graduação: Residência () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Experiência profissional:

- Na Saúde: _____ Área: _____ b) Na Saúde Mental:

c) No Consultório na Rua: _____

Horário de início: __:__ h

Horário de término: __:__ h

Data: __/__/____

Entrevista – Questões norteadoras:

| |
|--|
| 1. Qual é a proposta dos Consultórios na Rua |
| 2. Como está organizado o trabalho da equipe? |
| 3. Como acontece a abordagem aos usuários? |
| 4. Quais as necessidades mais frequentes identificadas nesses usuários? E quais as dificuldades identificadas para supri-las? |
| 5. Como ocorre a articulação entre a equipe e outros setores da saúde? |

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada: **“O Consultório na Rua enquanto estratégia inovadora para o cuidado aos usuários de drogas”**, que tem por objetivo conhecer o atendimento aos usuários de drogas no Consultório na Rua, enquanto uma experiência inovadora de cuidado em saúde mental. Esta pesquisa tem um caráter científico e será realizada através de entrevistas com a equipe do Consultório na Rua. O trabalho está sendo realizado pela acadêmica Melina Adriana Friedrich e sob a supervisão e orientação da professora Dra. Christine Wetzel.

Em nenhum momento seu nome ou qualquer informação pessoal será fornecida para qualquer outra pessoa que não seja a pesquisadora e a orientadora do projeto. As informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa.

Desde já agradeço a participação.

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

O (A) Senhor(a) tem direito de recusar-se a participar deste estudo ou desistir da participação durante a coleta de dados.

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Melina Adriana Friedrich, pelo telefone 3359-8602 ou e-mail: mel-fr@hotmail.com.

Também se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, respondendo questões relativas ao Consultório de Rua.

Data:

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____