

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATENÇÃO E CUIDADO AOS HABITANTES DA RUA:
PERSPECTIVAS ENUNCIADAS PELO CONSULTÓRIO NA RUA**

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

Porto Alegre, junho de 2013.

GUILHERME DE SOUZA MÜLLER

**ATENÇÃO E CUIDADO AOS HABITANTES DA RUA:
PERSPECTIVAS ENUNCIADAS PELO CONSULTÓRIO NA RUA**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, junho de 2013.

Folha de Aprovação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – COMGRAD COL

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Título: Atenção e cuidado aos habitantes da rua: perspectivas enunciadas pelo consultório na rua.

Acadêmico: Guilherme de Souza Müller.

Monografia aprovada em 20 / 07 / 2013.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim – Bacharelado em Saúde Coletiva.

Professor Avaliador: Dra. Károl Veiga Cabral – diretora de Saúde Mental na Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais que me deram condições, me acompanharam e me apoiaram nas decisões durante toda a trajetória o curso.

Agradeço ao Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim pelas oportunidades, pela disponibilidade de ajudar e construir conhecimento durante os quatro anos de curso e, principalmente, no último ano do curso com a orientação do estágio e a orientação do presente trabalho.

Agradeço à equipe do Consultório na Rua Pintando Saúde por me acolherem muito bem e estarem sempre disponíveis para trocar conhecimentos e oportunizar a realização deste trabalho.

Agradeço também aos colegas e professores que passaram pela turma 2009/2 de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que construíram em conjunto diversos momentos de aprendizagem e contribuíram para minha formação.

A dor do outro não é minha dor, mas ela me dói.

Antônio Ângelo Favaro Coppe

RESUMO

A presente monografia contempla o Trabalho de Conclusão de Curso correspondente à graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de campo realizado no Consultório na Rua Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre/RS. Esse serviço oferece atenção e cuidado à saúde para a população que habita provisória ou permanentemente a rua, deslocando-se de um ponto a outro da cidade. A proposta é desafiadora e compõe inovação nas estratégias da atenção básica à saúde, ensejando a renovação das práticas de cuidado e a inclusão no tocante aos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade na cobertura sanitária. O trabalho visou traçar a modelagem tecnoassistencial do Consultório na Rua, estudando o consultório do Grupo Hospitalar Conceição. Dentre os principais delineamentos estão o trabalho fortemente orientado pela perspectiva da Redução de Danos, a palavra de ordem é o contato com a alteridade e a construção do laço cuidador a determinação acima de qualquer outra. Na rua estão gestantes, portadores de tuberculose e do HIV, prostitutas, alcoolistas, usuários de crack, pessoas com urgência de aporte nutricional e hídrico, o “modelo” envolve a saída diária às ruas, a escuta qualificada, o vínculo, a discussão de casos com toda a equipe, os encaminhamentos à rede de saúde e a utilização de um meio de transporte coletivo próprio do serviço. A atuação é em equipe e nenhuma ação tem centro em alguma profissão. É discutível possuir espaço próprio para a realização do acolhimento ou prestação de procedimentos clínicos ou atividades variadas, o *setting* é a rua, entretanto, depende fortemente dos recursos de interação e interface em redes. Uma quantidade variada de práticas envolvem oficinas, rádio comunitária, jogos, música ou dança, entre outras.

Palavras-Chave: consultório na rua, população de rua, clínica da saúde coletiva, modelagem tecnoassistencial, educação e cultura da saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. UMA CLÍNICA DE SAÚDE COLETIVA: CONSULTÓRIO NA RUA E REDUÇÃO DE DANOS.....	13
2.1. O Consultório na Rua como inovação em atenção básica à saúde.....	13
2.2. A Redução de Danos como prática de reconhecimento da autonomia.....	16
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo Geral.....	19
3.2. Objetivos Específicos	19
4. O MODELO TECNOASSISTENCIAL COMO CASO DE PENSAMENTO: DE ONDE PARTIMOS, PARA ONDE NOS DIRIGIMOS	20
4.1. AS NECESSIDADES EM SAÚDE ENSEJANDO CONSULTÓRIOS NA RUA.....	20
4.2. OS CONSULTORIOS NA RUA PINTANDO SAÚDE.....	25
5. ESTRATÉGIA DE ESTUDO DE CAMPO	30
5.1. Estudo de campo.....	30
5.2. Procedimentos	31
5.3. Aspectos Éticos.....	31
6. DELINEAMENTO TECNOASSISTENCIAL DO CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE.....	33
6.1. Aproximações e distanciamentos de outros serviços de saúde da Atenção Básica ...	33
6.2. Os principais conceitos que informam a prática do serviço.....	36
6.3. Principais objetivos do Consultório na Rua	37
6.4. Tecnologias Duras do Consultório na Rua.....	37
6.5. As principais potências e as principais dificuldades da equipe.....	39

6.6. Diferenciais ou inovações no cuidado à saúde que o serviço oferece.....	41
6.7. Perfil dos usuários	43
6.8. Metas do Serviço	44
6.9. Construção da Planilha de Abordagens.....	44
7. Conversas e percepções adicionais	46
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1. INTRODUÇÃO

Esta monografia foi desenvolvida como atividade de ensino-aprendizagem no curso de graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, representando atividade final no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso. Foi motivado pela experiência do Estágio Curricular em Promoção, Educação e Vigilância da Saúde, realizado no sétimo semestre do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, junto ao Consultório na Rua Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição – GHC, tendo o mesmo professor orientador. Impulsionou a escolha do tema o interesse despertado pela modelagem tecnoassistencial adotada por este inovador serviço, agora integrante da rede de atenção básica, segundo a política nacional de saúde no Brasil.

Pode-se trazer à lembrança que a saúde pública no espaço urbano, a partir do século XIX, na Europa, foi orientada por práticas excludentes e de caráter discriminatório à população pobre pelo medo e temor causado ao Estado. Michel Foucault no texto O Nascimento da Medicina Social argumenta que “a cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda a Europa, cristalizou entorno da população proletária ou plebeia uma série de medos políticos e sanitários”, presentificando que “a partir dessa época, se decidiu dividir o espaço urbano em espaços pobres e ricos”. A partir desse período, até os tempos atuais, essa conduta política (biopolítica) de segregação se ajustou, mas modelando o espaço urbano de maneira discriminatória e segregada, gerando desassistência, além do próprio aumento da população de rua.

Dentre os estudiosos que descrevem o modelo de urbanização do Brasil, Raquel Rolnik (1999) assinalou que “a exclusão territorial na cidade brasileira, mais do que a imagem da desigualdade é a condenação de toda a cidade a um urbanismo de risco”. Para a pesquisadora, o urbanismo de risco registra a insegurança nos territórios habitados e, também, uma temeridade para a cidade inteira, já que a concentração de qualidades em espaços exíguos é impeditiva de ser partilhada por todos, tornando esses espaços marcados por congestionamentos, cobiça imobiliária e assaltos.

É notável a vulnerabilidade ensejada às populações que se encontram nas áreas distantes do olhar do Estado. Conforme Sanchez & Bertolozzi (2007) vê-se “a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos e contextuais, que levam à suscetibilidade às doenças ou aos agravos”. Segundo as autoras, a Saúde Coletiva pode amplamente valer-se dessa perspectiva (das vulnerabilidades) para o um avanço na construção de alternativas concretas de intervenção em saúde das populações.

Quanto ao habitar a rua sob risco (a rua como lar e condição, ainda sim, de risco), para além da exclusão social presente quando ocorre a imposição do morar na rua, verifica-se a exposição ao uso abusivo ou prejudicial de drogas, instaurando-se um “dificultador” de convívio social, em especial porque o consumo de álcool, crack, solventes orgânicos e outras substâncias psicoativas por esta população é alvo ainda de preconceito e marginalização. Distanciar do contexto social o usuário de drogas é outra conduta muito comum entre as ações históricas de governo e “polícia médica”. A saúde pública no Brasil, assim como a segurança pública e outros campos de atuação da vigilância de Estado em favor de uma dada biopolítica, exercem variadas estratégias de “combate” às drogas, repetindo-as mesmo sem casos de sucesso. Há muitos erros nesse tipo de “enfrentamento”, acarretando estigmatização do usuário e substituição de riscos, não enxergando a produção de subjetividade para além de um diagnóstico de vício ou drogadependência.

Guilherme Corrêa (2009) escreve que “a identidade do drogado é uma das barreiras mais fortes que se coloca entre os profissionais das áreas de saúde, educação ou justiça e pessoas que fazem o uso de substâncias ilegais”. Para o educador, “é muito raro um desses profissionais ultrapassar tal barreira e ver, para além da ameaça representada pela figura plana e sem espessura do drogado”. Para além dessa figura, por exemplo, estaria “alguém se movendo (...), alguém com sonhos, vontades, tristezas, experiências, preferências, limites próprios de suportabilidade, amor, desafetos...” Assim, provoca-nos o autor, com uma pergunta: a maioria dos contatos com aqueles identificados como usuários de drogas não se daria quase que exclusivamente pelos atributos que o identificam à figura do drogado, como se pouco ou nada houvesse para além de uma ameaça?

A unidade de serviço da atenção básica à saúde designada por Consultório na Rua

é composta por uma equipe multiprofissional, que sai por locais de grande vulnerabilidade social levando a tarefa de escuta e acolhimento da clínica para as ruas. A inversão de uma clínica de desenho clássico onde em um consultório o profissional aguarda a chegada voluntária do paciente para um consultório que se inventa na rua, articulado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar constitui o desafio do consultório “na rua”. Essa equipe favorece o acesso e acolhimento das pessoas em situação (e moradores) de rua, oportunizando o contato e a utilização de dispositivos de proteção à saúde. A relação do grupo de trabalho com os habitantes da rua é o grande segredo para o sucesso deste desenho da atenção e cuidado. Por meio do vínculo de confiança e demonstração de respeito se consegue boa aceitação das pessoas e sua eventual adesão à condição de usuários do sistema oficial de saúde.

O Consultório na Rua, segundo o Ministério da Saúde (2010), visa a substituir a modelagem tecnoassistencial que se pauta na hegemonia do parâmetro biomédico, devendo abandonar a lógica da demanda espontânea, assim como a abordagem única da abstinência quanto ao consumo de drogas. Estes aspectos são importantes, pois não há como esperar demanda espontânea de uma população excluída pelo próprio modelo de sociedade onde as instituições de saúde se instauram, tampouco a abstinência como garantia para o cuidado, uma vez que a consideração da redução de danos dialoga muito melhor com a construção de autonomia em projetos de saúde. Espera-se que uma pessoa seja acolhida a partir das suas singularidades, nesse sentido, sem nenhum tipo de preconceito ou defesa da desassistência pela não aceitação das estratégias de cuidado propostas. As estratégias de cuidado precisam ser reinventadas por singularização real e intensa.

O público para quem se apresenta a necessidade e a atuação do Consultório na Rua é desafiador e complexo, incluindo a dupla exclusão de ser morador de rua ou de estar em situação de rua e de ser usuário de drogas. Apesar desta modalidade de clínica ainda ser nova, as experiências existentes relatam resultados positivos, principalmente em relação à melhoria do acesso aos serviços de saúde. Podemos aliar esse sucesso ao modo com que se oferece o contato com o setor da saúde e o projeto de cuidado ensejado pelo Consultório na Rua, evidenciando características próprias como o perfil de vínculo, o profundo respeito à autonomia, a ativa aceitação

das particularidades/individualidades e a grande disponibilidade para com essa população (quando ocorrem).

No manual publicado pelo Ministério da Saúde (2012) é dito que “o vínculo é o irmão da gratuidade, sabe esperar o tempo do outro e perceber os pequenos passos que o possibilitam, não é imediatista e nem coisifica as pessoas para contabilizar êxitos e respostas obtidas”. Parece um ousado pronunciamento, considerando-se a proveniência do órgão normativo e de governo. O mesmo manual ainda sugere que “a convivência com a população em situação de rua ensina a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados”. A perspectiva é de que mesmo que se tenha pressa, porque estão envolvidas situações de saúde e aderência a tratamentos, não deve ocorrer um cuidado utilitarista, mas a construção da “resposta que humaniza e vincula”, posto que esta pode oferecer melhores e mais duradouras conquistas.

Esse estudo abordará aspectos da unidade de serviço de saúde na modelagem tecnoassistencial do Consultório na Rua, vislumbrando sua configuração como uma possibilidade para a mudança de modelo assistencial na “saúde pública”, em atenção básica e em promoção, educação e vigilância da saúde, ampliando o acesso e o acolhimento, produzindo cuidado com uma população sistematicamente desassistida e construindo uma noção humanizada (não biomédica) de saúde da população.

2. UMA CLÍNICA DE SAÚDE COLETIVA: CONSULTÓRIO NA RUA E REDUÇÃO DE DANOS

2.1. O Consultório na Rua como inovação em atenção básica à saúde

Para o Ministério da Saúde, em uma das versões normativas introdutoras da modelagem de atendimento em consultórios na rua, os mesmos “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” (BRASIL, 2010). Como estrutura mínima, deveriam contar com uma equipe de trabalho com formação interdisciplinar constituída de maneira multiprofissional com trabalhadores da saúde mental, da atenção básica e pelo menos um da assistência social. Para o desenvolvimento de suas atividades, necessita de um veículo de transporte de estilo micro-ônibus (modelos perua, van, camioneta ou SUV, por exemplo), “multiuso”, de modo que possa ser usado para o deslocamento da equipe multiprofissional e transporte dos materiais necessários à realização das ações (BRASIL, 2010).

O Consultório na Rua, inicialmente chamado “de” Rua, iniciou em uma experiência na cidade de Salvador no início de 1999, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, organização criada como atividade e serviço de extensão da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia (BRASIL, 2010). Em maio de 2004, um Consultório na Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPS AD) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade de serviço de saúde até 2006. O trabalho articulado com o CAPS AD demonstrou que a retaguarda do Consultório favorecia o fluxo de encaminhamentos e a inserção dos usuários na rede de saúde de modo mais comprometido, intervindo na redução de riscos e na proteção de saúde às pessoas em situação de maior vulnerabilidade social.

Em 2009, o Ministério da Saúde propõe que o Consultório na Rua se torne uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas no setor da saúde, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos

serviços assistenciais e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam álcool e outras drogas, por intermédio de ações de saúde na rua (BRASIL, 2010).

Em consonância com as ações do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD 2009-2011, do Governo Federal, o Grupo Hospitalar Conceição – GHC propôs a criação de um centro de serviços destinados às ações de saúde mental, direcionado às questões de tratamento e prevenção da dependência de álcool e outras drogas, criando o Centro de Atenção em Álcool e outras Drogas (CA-AD), posteriormente renomeado para Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas – CAPS AD.

Em fevereiro de 2010, começou a ser escrito o projeto do Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição, nomeado como “Pintando Saúde”. O projeto abordava a necessidade desse serviço na cidade de Porto Alegre, já que se reconhecia um aumento progressivo no uso do crack, além de um elevado consumo e número de casos de violência relacionados com uso abusivo ou prejudicial do álcool. No projeto, são abordados aspectos como a atuação da equipe multiprofissional pautada na lógica da redução de danos e a proposta de oferecer acesso a outros serviços da rede de atenção, bem como a articulação em rede intersetorial no âmbito das políticas públicas.

A atuação do Pintando Saúde tem como referência de área de atuação na cidade a Região Norte – Eixo da Baltazar, Gerência Distrital de Saúde do município de Porto Alegre, que corresponde ao território geográfico da Zona Norte, nas adjacências da Av. Baltazar de Oliveira Garcia. Entretanto, o serviço se estendeu para regiões próximas devido à migração da população e a atuação em novos cenários. Tinha como público-objetivo prioritário as crianças, adolescentes e jovens em situação de rua, faixa etária que foi repensada e ampliada com o início do serviço.

No material para II Oficina dos Consultórios na Rua do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2010) foi reforçado que haveria “uma demanda por parte da população adulta”, uma vez que também habitam o território, “inclusive liderando o mesmo”. Dentre os objetivos do Consultório na Rua estariam o de oferecer cuidados no espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população,

por meio de ações de promoção, prevenção e cuidados primários (no espaço da rua); articulação com o Sistema Único de Assistência Social (Suas) e seus serviços como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); promoção de atividades lúdicas, esportivas e artístico-culturais, estas por meio de oficinas; promoção da reinserção familiar, escolar e social, entre outras. Pode-se ver um desenho da clínica bastante distinto dos tradicionais Centros de Saúde e mesmo da maioria das Unidades da Estratégia Saúde da Família.

Desde a criação do projeto verificou-se algumas mudanças como a do perfil de atendimento, a mudança de nomenclatura de Consultório “de” Rua para Consultório “na” Rua e a alteração do Consultório como uma estratégia da área técnica de Saúde Mental para uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, como hoje previsto na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Entre os profissionais habilitados para atuarem no Consultório na Rua, a normatização ministerial relacionou: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar em enfermagem e terapeuta ocupacional. Sempre que se inclua o técnico em saúde bucal, deve ser assegurada a supervisão de cirurgião-dentista. O agente social corresponde a uma ocupação de nível médio, devendo tal trabalhador ter agregado em seu perfil de competências conhecimentos em Redução de Danos. O Consultório pode manter relações permanentes com os Núcleos de Apoio Matricial em Atenção Básica/Saúde da Família, onde podem estar localizados outros profissionais como arte-educadores, sanitaristas, médicos veterinários, além das profissões já citadas, com domínio em diversas áreas de especialidade (ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria, por exemplo).

Existem atualmente três modalidades de Consultório na Rua, segundo a Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011: a Modalidade I tem a composição mínima de dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, excetuando-se o médico. A modalidade II teria, no mínimo, três profissionais de nível superior e três de nível médio, excetuando-se o médico. A modalidade III teria o acréscimo do profissional médico à segunda modalidade. Atualmente, existem noventa e duas equipes de Consultório na Rua (eCR) no país, duas na cidade de Porto Alegre.

A primeira ação do Pintando Saúde foi um mapeamento dos locais pelos agentes comunitários de saúde das 12 unidades básicas de saúde integrantes do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, localizadas na zona norte de Porto Alegre. Este mapeamento visou a identificar as principais situações de saúde e os principais pontos de vulnerabilidade onde a equipe deveria iniciar suas atividades. Ações periódicas sistemáticas se seguiram a sua implantação, mantendo diálogo com as equipes de Unidades Básicas de Saúde, Serviços Especializados e Conselhos Locais de Saúde.

2.2. A Redução de Danos como prática de reconhecimento da autonomia

A tradição biomédica do tratamento de usuários de drogas está atrelada à abstinência e esse paradigma está pautado na articulação entre segurança pública, psiquiatria e religião. Segundo Passos e Souza (2011), o poder judiciário é estigmatizador, condenando o usuário de drogas como marginal, fora da lei e, portanto, alguém que necessita estancar o uso de substâncias psicoativas para ascender aos direitos de cidadania. Aliada à perspectiva jurídico-policia está a noção médico-psiquiátrica que liga o uso de drogas à doença e à necessidade de intervenção médico-curativa. A religião associa o uso de drogas à busca imoral do prazer e o prazer como pecado, ligado ao mal e aos inadequados desejos da carne, sendo a disciplina moral e religiosa da abstinência o caminho para a salvação. A Redução de Danos – RD vem como um desenho (modelagem) “alternativo”, contrariando todas essas abordagens, segundo uma percepção onde o uso de drogas se apresenta como parte da história social da humanidade, ligado às singularidades que constituem a subjetividade humana e parte do enfrentamento às adversidades da existência para os seres humanos.

A Redução de Danos, conforme o Ministério da saúde, “reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa [proteção da autonomia] de sua vida” (BRASIL, 2003). A RD, como política pública, foi primeiramente adotada em 1989 pela Prefeitura Municipal de Santos, Estado de São Paulo, junto ao Programa Troca de Seringas, uma estratégia para diminuir os níveis

de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em usuários de drogas injetáveis. Essa estratégia foi alvo de oposição de amplos setores da sociedade, chegando a gerar processos judiciais, como lembram Sampaio e Freitas (2006).

Até 2002, a RD, como política pública de saúde, estava ligada ao Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – PN-DST/Aids, do Ministério da Saúde. Naquele contexto, a RD era definida como um conjunto de medidas com a finalidade de minimizar os danos decorrentes do uso/abuso de drogas, sem que houvesse, necessariamente uma diminuição do consumo (BRASIL, 2001). Ao longo dos anos, a RD foi se tornando uma estratégia de produção de saúde, alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população usuária de drogas (PASSOS & SOUZA, 2011).

A partir de 2003, as ações de RD deixaram de ser exclusivas dos Programas de DST/Aids e se tornaram uma estratégia norteadora das políticas do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e das ações de Saúde Mental. Em 2004, o Ministério da Saúde apresentou as diretrizes para uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico na assunção desta responsabilidade pelo SUS, visando subsidiar a construção coletiva de sua abordagem (SAMPAIO & FREITAS, 2010).

Vânia Sampaio Alves (2009) escreve sobre o histórico da Política Nacional Antidrogas, que sempre embasou o uso de drogas como um ato de infração, citando que, entretanto, a partir de 2005, houve alguns avanços: “o enfoque da redução de danos aparece com força (...) maior nessa (...) versão do texto da política, o que se faz notável naquela que talvez represente a mudança mais expressiva na trajetória discursiva das políticas públicas sobre drogas no Brasil”. A autora explica que “o discurso quanto ao ideal de uma sociedade livre de drogas dá lugar ao ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Para a pesquisadora, na medida em que “a política do Ministério da Saúde se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da

redução de danos”, emerge uma Política Nacional sobre Drogas que “admite e incentiva a coexistência de distintos modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas”.

Os Consultórios na Rua, assim como os dispositivos de atenção em saúde mental e de atenção básica, convergem nessa direção e muitos já estabelecem a RD como prática transversal, principalmente porque está de acordo com a atenção integral preconizada pela reforma sanitária brasileira, pela reforma psiquiátrica e luta antimanicomial e pela saúde coletiva em sua introdução das necessidades sociais e humanas na configuração de ações e serviços de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. *Objetivo Geral*

Descrever a modelagem tecnoassistencial do Consultório na Rua, do Grupo Hospitalar Conceição, apresentando um desenho ou configuração possível a tais serviços de atenção básica para o acesso e acolhimento em ações de saúde e qualidade de vida com os habitantes da rua.

3.2. *Objetivos Específicos*

- Localizar práticas de promoção, educação e vigilância da saúde, implementadas pelo Consultório na Rua, enunciando estratégias para uma “clínica da saúde coletiva”,
- estabelecer o delineamento tecnoassistencial do Consultório na Rua do GHC em termos de gestão do trabalho e da educação na saúde (apoios institucionais, matriciamento intraequipe e interserviços de saúde mental e atenção básica, recursos de infraestrutura, gestão do conhecimento e relações serviço-ensino-pesquisa, entre outros que possam ser relacionados),
- constituir referências sobre a população habitante de rua, atendida pela modelagem tecnoassistencial de um Consultório na Rua,
- relacionar elementos da produtividade e alcance de metas assistenciais no Consultório na Rua,
- enunciar traçadores de produção do cuidado e organização da atenção com uma população sistematicamente desassistida e construção de um equipamento de saúde que sai para a rua.

4. O MODELO TECNOASSISTENCIAL COMO CASO DE PENSAMENTO: DE ONDE PARTIMOS, PARA ONDE NOS DIRIGIMOS

4.1. AS NECESSIDADES EM SAÚDE ENSEJANDO CONSULTÓRIOS NA RUA

Esse estudo permitiu evidenciar a “emergência” (nascimento) de uma modelagem tecnoassistencial nova (contemporânea), apresentada pela consigna do Consultório na Rua. Para falar do serviço (unidade de serviço assistencial em saúde), tomo como base os cinco meses de experiência como estagiário de saúde coletiva e outros cinco meses como pesquisador participante junto ao Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição. Ao longo do estudo, não pretendi abordar todos os aspectos da unidade assistencial Consultório na Rua, mas localizar disparadores de pensamento: traçadores de modelagem tecnoassistencial. Isto é, não pretendi forjar uma imagem ou fronteira representativa, mas captar elementos problemáticos, potências de disruptura dos modelos conhecidos e desafios assumidos pela equipe. Apenas nessa medida, os achados tem valor acadêmico. Não houve estudo comparativo sistemático e as análises “comparadas” foram mais artifícios de elucidação/ilustração que defesa de distinções. Parti das evidências que justificaram sua incorporação como política de atenção básica à saúde, reconheço sua identidade com os princípios doutrinários do SUS e localizo a potência de uma clínica da saúde coletiva.

Os resultados devem servir ao levantamento de perguntas qualificadas, mais que qualquer tipo de verdade ou certeza, contribuindo para o trabalho do campo psicossocial, da atenção básica e da educação e cultura da saúde, instigando a saúde coletiva por seu afastamento dos tradicionais paradigmas da saúde pública no tocante à promoção, educação e vigilância da saúde.

Segundo Emerson Merhy (2000), “o tema de qualquer modelo de atenção á saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho”, aqui designados por gestão do trabalho e da educação na saúde, conforme estejam, como propõe o autor, “comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares”. Para o sanitarista, a construção do desenho

tecnossistencial é sempre “uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades”, devendo responder por valores de uso e pela utilidade para indivíduos e grupos. A noção de “gestão do trabalho e da educação na saúde” é proveniente das formulações de Ricardo Ceccim (2010), donde podemos dizer que uma modelagem tecnossistencial diz de uma configuração da gestão do trabalho e da educação na saúde em sua produção de resultados na atenção e cuidado em unidades de serviço assistencial da saúde.

Para Silva Jr. & Alves (2007) “a noção de território é compreendida não apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história”. Para Ceccim e Merhy (2009) “territórios são aquilo que constituímos quando estabelecemos uma relação”. É muito importante para a equipe reconhecer essa noção de pertencimento ao espaço da rua, procurando estratégias de prevenção, promoção e educação no próprio espaço da rua. Por anos, a saúde estava voltada para o modelo flexneriano ou biomédico, com práticas essencialmente biologicistas. Essa transformação do modelo de atenção vem se acentuando ao longo dos anos com a mudança dos processos políticos, de *gestão setorial*, de *organização do trabalho e da formação* e de *participação e controle social*, em um engendramento lento.

Aquelas iniciativas macrossistêmicas “relacionadas à formulação e implementação de políticas” aportam condições objetivas às mudanças de âmbito “micro”, porém, mudanças reais “só ocorrem mediante incorporação de tecnologias leves aos processos de trabalho, indispensáveis para avançar na superação do paradigma biomédico”. Ceccim e Ferla (2006) são enfáticos na defesa de que a organização de sistemas e serviços de saúde se faça com base na plasticidade requerida pela diversidade de usuários, defendendo como imagem do ordenamento da “rede de serviços” as “ações em rede” e do escalonamento em “níveis” de priorização por doenças e agravos aos “diagramas” de fluxos vivos das necessidades sociais em saúde, da “pirâmide” de serviços à “mandala” de linhas do cuidado, desenhada em cada caso singular ou por necessidade de ressingularização.

O objetivo do estudo não foi procurar uma solução ou servir de modelo-espelho para a construção de um novo modelo de atenção, mas de reconhecer as inovações do cuidado na atenção básica. Deleuze (2008) diz que “não se trata mais de partir, nem

de chegar. A questão é o que se passa entre. Não no começo, nem no fim, mas no meio, onde as coisas crescem e transbordam”. Procurei conhecer um desses “entres” que vão em direção a novas práticas de saúde e cuidado, conforme a proposição dos Consultórios na Rua.

As populações às quais se destinam os consultórios na rua são especiais pelo fato de experimentarem intensivamente sofrimento e exclusão, algumas ao longo de gerações, simplesmente porque não conseguem organizar a vida em padrões familiares e domiciliares, os chamados loucos de rua, outras resultam de um padrão de exclusões que mesmo da vida doméstica ou em família estão expropriados, os muito pobres, além, de segmentos plurais que habitam as ruas por motivação ético-políticas, socioeconômicas ou culturais, muitos sem nunca terem tido um serviço de saúde de referência ou terem frequentado algum. O não acesso aos serviços de saúde pelas populações na rua pode decorrer de desinformação, inadequada localização, exclusão pelo medo, rejeição e preconceito ou outros fatores.

A atual política define a população em situação de rua como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2012). Em nossa orientação de estágio discutíamos a permanência de populações na rua mesmo em face do desenvolvimento econômico ou universalização do ensino fundamental, assim como a relevância do Consultório na Rua mesmo em face da elevada qualidade de acesso às Unidades Básicas de Saúde.

Nos perguntamos: equipes de Consultório na Rua (eCR) estão em Unidades Básicas de Saúde? São uma unidade de serviço de atenção básica à saúde? São unidades de atendimento móvel de redução de danos? Por isso perguntar sobre modelagem tecnoassistencial pode trazer pistas. Nessa etapa não buscamos respostas, apenas contar de “traçadores de modelo”, depois podemos avançar em propostas políticas e de gestão em saúde para serviços nesse escopo.

A primeira “abordagem” na rua é sempre muito cautelosa, a fim de construir um

vínculo sem deixar impressões equivocadas do trabalho em saúde. Não se coleta questões cadastrais logo no primeiro encontro, para não dar um tom formal e investigativo à abordagem, a não ser que parta de iniciativa do próprio usuário. O seu nome para a futura identificação pode ser apenas algum apelido ou a ligação com o local na rua. Deixa-se bem claro nesse momento a proposta de atendimento, diferenciando-o de outras ações na rua de cunho caritativo ou socioassistencial. Outro aspecto é o posicionamento da equipe frente aos usuários, que, na rua, difere dos estabelecimentos de saúde comuns, não há a ambiência de “serviço”, o profissional de saúde não ocupa o *setting* construído e destinado a ele, está no espaço do outro. É imprescindível abrir mão da noção de território por endereço de fixação para cadastro, pois não há conta da água, de luz ou da TV a cabo. Trata-se de um trabalho “dentro” do “espaço aberto”, de um território que é fora, que é subjetivo, que é das relações. Território por redes de relações, não por referência às fixações.

As abordagens “continuadas” também precisam manter um tom informal e a linguagem aproximada, procurando sempre estimular um vínculo de confiança e demonstrar respeito e aceitação ativa, ambientando ao contato ou à habitação de mais um contato da/na rua, onde a ação de saúde tem compartilhamento. Procura-se, na escuta qualificada, um movimento de expressão em que o usuário reflita sobre questões de saúde, sobre suas principais necessidades e desejos. A partir daí os profissionais podem planejar o que o Consultório e a rede de saúde podem oferecer. A equipe reúne-se muitas vezes para discussão de cada caso-contato, reservando um turno específico de sua jornada de trabalho para esse fim. A discussão de um caso se conecta a outros, elucida e se faz elucidar “entre” os outros com os quais a equipe conectou. Os casos existem por conectividade, não são patologias encarnadas, são redes de relações.

Nas reuniões da equipe, como territórios de encontro e processos de educação permanente em saúde, são pautados os principais temas da semana, desde discussões de caso até propostas de oficinas e intervenções inovadoras. Alguns temas não se esgotam e são sugeridos filmes e leituras para reflexão e aprendizado da equipe. Para Ricardo Ceccim (2005) a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das

estratégias de transformação das práticas de saúde. Uma característica do Consultório na Rua, como componente do sistema de saúde, é o tensionamento cotidiano com a rede, procurando resolutividade para suas demandas, enfrentando linhas duras e linhas flexíveis que permitem fluxo ou que exigem dribles ou esforços.

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, ambientando-se no romper do isolamento do setor da saúde, construindo efetivamente parcerias por rotas eficazes e resolutivas, que atendam às necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outro aspecto que “desconstrói” e tensiona os modelos tradicionais de serviços de saúde são os modos de viver dos habitantes das ruas, sem endereço fixo, muitos sem documentação, alguns sem referências familiares, sujos, com roupas desapropriadas (ou impróprias), drogados, “mal encarados” e tudo aquilo mais que provoca o preconceito e que é motivador para a não assistência ou que justifica o “não saber lidar”. De fato, saber atuar com essas questões é difícil e exige alguma preparação.

Tomando o lugar da atenção básica, Silva Jr. & Alves (2007) dizem que “como, em geral, não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços de atenção básica são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados”. Dizem, ainda, que nestes serviços “enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas”, por isso seria necessária uma formação mais ampla e abrangente de quem atua na ponta e o reconhecimento da atenção básica não como a base da pirâmide, mas com toda a complexidade que lhe é devida. Conforme discutíamos na orientação de estágio, a atenção básica é toda a assistência que se opõe ou reduz o recurso da hospitalização e os especialismos. Os Consultórios na Rua têm o desafio de lidar com múltiplas e estranhas questões e desenhar um caminho para o SUS de acesso universal, sem preconceitos de qualquer espécie, que garanta prioridade especial e equidade para as populações da rua, que lhes toca acessar e incluir.

Talvez a grande competência das equipes dos Consultórios na Rua seja a da “escuta qualificada”, não um escutar por escutar, mas a produção de uma margem ao encontro, ao vincular-se. Para a vinculação “alguns pressupostos são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites” à não invasão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A escuta varia de acordo com o local de abordagem.

4.2. OS CONSULTÓRIOS NA RUA PINTANDO SAÚDE

O Consultório na Rua, tanto mais inovador e criativo, tanto mais inventivo de sua própria modelagem tecnoassistencial. Uma equipe de Consultório na Rua pode pintar a saúde com suas cores, pode pintar saúde na vida dos habitantes da rua, até então desassistidos de práticas cuidadoras e redução de danos. O consultório na rua pode vir, nos sistemas de saúde, para pintar saúde onde esta faz falta ou requer práticas sensíveis, saberes populares e sensoriais, acolhimento e escuta ativa. O Consultório na Rua também pode ser aquele que pintou na área, chegou, se apresentou. Naquela área onde práticas de saúde não haviam, pintou agora, chegou aí, um Consultório. Tá pintando saúde na área, os caras da saúde estão chegando.

O Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição escolheu esta consigna: Pintando Saúde. O Consultório na Rua Pintando Saúde é o ponto focal de onde emergem nossos dados: que saúde pinta o Consultório na Rua do GHC? Onde ele pinta?

Um dos locais de visita semanal do Pintando Saúde é característico da prostituição feminina e uso de crack. Nesse ambiente, são feitas ações de distribuição coletiva de preservativos, injeção de contraceptivos, curativos e encaminhamentos para exames em serviços de saúde. Por ser um espaço de trabalho, se interfere o mínimo possível, deixando a Kombi de transporte da equipe próxima ao local, esperando que as mulheres se aproximem e procurem-na para conversa, trocas ou pegar os preservativos. Percebe-se nessas abordagens grande vínculo das mulheres e a aproximação de muitas outras pessoas pelo repasse da informação “entre pares”. Também são encontradas gestantes nesse local, sendo muito baixa a aderência aos

programas de pré-natal. Gira em torno de 64% a participação dessas mulheres em ao menos uma consulta de pré-natal. Um número bastante aquém do preconizado pelos programas de saúde pública, no entanto não se pode estabelecer um critério equivalente ao da população feminina geral. Para a população de rua a frequência a alguma consulta formal é um sucesso do setor da saúde.

Outro cenário visitado semanalmente pela equipe do Pintando Saúde é uma praça localizada no bairro Rubem Berta, frequentado por muitas pessoas em situação de rua, principalmente do sexo masculino, na sua grande maioria usuários de álcool. Apesar de ser uma praça pública, planejada para o lazer de crianças ou em família, se tem o máximo de respeito pelo território habitado por estes homens. Nesse local, são feitas abordagens pela “escuta qualificada”, distribuição de preservativo, curativos e encaminhamentos. É relevante destacar que essas estratégias de cuidado não são fechadas e muitas são as formas de cuidado propostas, inclusive levar o indivíduo para tomar um banho ou dormir em um albergue, até casos de internação, tudo levando em consideração o desejo individual. Algumas vezes, também se consegue alimentos e bebidas para a reposição hídrica ou energética que são distribuídas durante as abordagens ou oficinas. Nesse local, são incentivadas atividades como o futebol semanal com os “moradores”, tendo um vínculo e uma aceitação muito boa da equipe de saúde.

Atividades extras e oficinas também fazem parte do serviço do Pintando Saúde, tentando-se propiciar momentos coletivos de promoção da saúde dentro e fora do espaço da rua. Um projeto contínuo que a equipe acompanha semanalmente é o programa de rádio “Quartas Intenções”, programa que tem duração de uma hora, dentro da rádio comunitária da Associação de Moradores do Bairro Rubem Berta – Amorb-FM. Desse programa participam usuários e ex-usuários dos serviços de saúde mental, onde têm oportunidade de interagir, serem ouvidos e atuarem de maneira propositiva ou ativa na preparação e construção do programa.

Oficinas realizadas na rua às vezes envolvem meses de interação, como aconteceu com uma atividade de hip hop que culminou na geração e produção de um DVD disponibilizado à comunidade local. Uma outra oficina foi a de embelezamento, que levou às ruas equipamentos de maquiagem, acessórios de beleza e cabelereiro para as mulheres que trabalham com a prostituição no espaço da rua, tendo ocorrido a

procura de homens para o corte de cabelo. As oficinas são margem e borda para o vínculo, para a troca de linguagens, para a construção da amizade, não têm qualquer intenção de prescrições em saúde.

São inúmeras as ideias que surgem e já foram realizadas nesses dois anos de atuação pela equipe de profissionais que compõe o Consultório na Rua Pintando Saúde. Essa equipe também se alarga e requalifica pela presença de residentes médicos e de residências multiprofissionais em saúde mental ou saúde da família e de estagiários de graduação em enfermagem, psicologia e saúde coletiva.

Um aspecto que chama a atenção na equipe é a forma natural da atuação multiprofissional e interdisciplinar. Talvez essa característica seja inata, já que o Consultório foi formado para essa atuação, conforme o Edital de provimento dos postos de trabalho, mas é muito importante que o trabalho se dê dessa forma, pois se valoriza a construção do vínculo, que é feita sempre por duplas ou trios, que serão os profissionais de referência e responsáveis pelo “projeto cuidador singular” (expressão emprestada de Ceccim e col., 2011).

Segundo Bocardo et al. (2011) um “projeto terapêutico singular” deve ser construído, projetando-o como “uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas, desenvolvidas por uma equipe multi[profissional] e definidas a partir da singularidade dos indivíduos [sob cuidado/tratamento]”. Um projeto terapêutico deve, conforme os autores, levar em conta as necessidades e o contexto social em que está inserido aquele que será cuidado/tratado. Um exemplo cotidiano dessa multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na equipe é o encaminhamento para fazer nova documentação, tarefa que seria delegada para a assistente social dentro do serviço tradicional, mas que nem sempre no Consultório funciona dessa maneira, sendo encaminhada por quem está cuidando da pessoa, seja técnico em enfermagem, terapeuta ocupacional etc.. É importante salientar também que existem certos tipos de procedimentos que são delegados para o profissional com capacidade técnica, mas sempre com a supervisão de quem está há mais tempo e já possui vínculo com o usuário. Por não envolver necessariamente qualquer tipo de reabilitação ou cura, Ceccim e col. (2011) redefiniram a designação Projeto Terapêutico Singular por Projeto Cuidador Singular, aplicando-o originalmente ao cuidado às adolescentes grávidas, que não estão doentes, mas em situação de

interação atenciosa em proteção da saúde.

O “matriciamento” ou “apoio matricial” também é um desafio para a equipe do Pintando Saúde desde sua formulação. Segundo Campos (1999), o matriciamento emerge da necessidade de “aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde”. Tal providência propõe “uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre as especialidades que passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção”, dessa forma vindo a favorecer as conexões em rede. O matriciamento é um arranjo institucional incorporado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) como “estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da corresponsabilização”. O matriciamento mostra-se indispensável para o Consultório na Rua, favorecendo o fluxo, os encaminhamentos e a integralidade das ações.

Sobre algumas dificuldades que a equipe enfrenta, destaca-se a questão do veículo de transporte para o trabalho na rua. No início do projeto, o Pintando Saúde possuía uma van “personalizada” e adaptada, mas que pouco tempo depois necessitou de manutenção e não foi mais devolvida ao serviço, que passou a usar de táxis e, posteriormente, de uma Kombi e um veículo terceirizado como forma de locomoção aos locais de abordagem/aproximação. A van é lembrada pela equipe como o símbolo do Consultório, pois fora adesivada a identificação do grupo e facilitava a visualização para os próprios usuários.

Os veículos utilizados atualmente facilitaram a locomoção de pequenos ou grandes grupos, mas não possuem a instrumentalização necessária para o trabalho, como maca, local para curativos, acondicionamento de seringas e outros equipamentos necessários para a atividade na rua. Outras dificuldades sentidas são próprias desse tipo de serviço, que é a variedade de demanda de materiais para oficinas e ações na rua, que nem sempre são disponibilizados. Outro embate diário é com a rede de saúde de Porto Alegre, onde é preciso dialogar e articular a Linha de Cuidado, também designada pela equipe como “rede quente”, processo no qual a equipe tenta, por meio de pessoas, conseguir o acesso aos serviços de que necessita para atender a demanda dos usuários e assegurar continuidade da atenção/cuidado.

É necessário reforçar que algumas das estratégias de atenção/cuidado enunciadas pelo Pintando Saúde, assim como a de outros serviços semelhantes e não semelhantes, não incidirão sobre o que as drogas e toda sua discussão representa e causa socialmente. São necessárias políticas intersetoriais que envolvam todo esse cenário marcado pela exclusão, violência e abandono e que moldam as cidades. É indispensável que as práticas educativas se interliguem com as práticas de saúde, que dialoguem com a segurança pública e se insinuem em projetos de vida não moralistas e religiosos. Políticas isoladas de sucesso continuarão sendo casos isolados, não alterando essa produção de realidade. No caso da saúde, os Consultórios na Rua, assim como alguns Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde, Programas Redutores de Danos e muitos serviços têm dado demonstração de potência para outros modos ou meios na mudança de modelos tecnoassistenciais. Os Consultórios na Rua oferecem-nos uma oportunidade de refletir sobre isso.

5. ESTRATÉGIA DE ESTUDO DE CAMPO

5.1. Estudo de campo

Esse estudo se desdobrou da curiosidade profissional, mas se fez pela curiosidade intelectual da pesquisa em ciências sociais e humanas na saúde. Não representa um desafio tecnológico, operacional ou de resposta a uma pergunta aplicada, mas a motivação em colaborar com o conhecimento no escopo do desenvolvimento de teorias. Sua principal característica é a de gerar conhecimentos básicos ou de suporte para a renovação das práticas na atenção em saúde coletiva, explanatória, mais que exploratória.

De acordo com Gil (1999, p. 42) este tipo de pesquisa “procura desenvolver os conhecimentos científicos sem a preocupação direta com suas aplicações e consequências práticas”. Entretanto, tratar-se-á do desenvolvimento teórico “engajado” ou militante, uma vez que não objetiva resolver problemas concretos ou soluções mais imediatas, não partindo de uma pergunta ou de hipóteses, trabalhando com a problematização para configurar de maneira mais acessível o conhecimento teórico que subsidia as práticas em campo.

O estudo envolveu o componente bibliográfico e documental, para conhecer as contribuições científicas ou profissionais sobre o trabalho em consultórios na rua, selecionando, analisando e interpretando as contribuições teóricas e normativas já existentes sobre a oferta de Consultórios na Rua. Um estudo de campo correspondeu à coleta direta de informação com base em rodas de conversa, abertas e livres, com “interrogantes” postos em cena. A presença no local em que acontecem as abordagens, os atendimentos e o contato com os habitantes guarda os desafios de uma pesquisa participante, desdobrada pela participação em rodas de conversa próprias da equipe de trabalhadores em suas instâncias formais ou informais, como as reuniões de equipe, grupos de estudo e discussão de casos. A inserção participante do pesquisador já estava assegurada pela convivência prévia como estagiário curricular de saúde coletiva.

A escolha pela abordagem descritivo-interpretativa se deu por envolver um método

de observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos e fenômenos sem manipulá-los. Para Martins (1994, p. 28), a pesquisa descritiva serve à narrativa das características de determinada população ou fenômeno, bem como ao estabelecimento de relações entre intervenientes e fatos. Aqui, a pesquisa foi mais “explanatória”, podendo ser retomada em futuras pesquisas de profundidade. O estudo explanatório-descritivo ou descritivo-interpretativo, de corte transversal com abordagem integradora ou por dados complexos serve à problematização-teorização que se oferece aberta ao leitor como disparador de pensamentos.

5.2. Procedimentos

O projeto envolveu os seguintes procedimentos metodológicos:

- a) leitura e análise aberta de documentos normativos sobre Consultórios na Rua, projetos e relatórios do Pintando Saúde;
- b) rodas de conversa com trabalhadores, residentes e estagiários no próprio Consultório;
- c) consulta a trabalhos de pesquisa realizados no Consultório;
- d) observação participante;
- e) consulta aos registros e diários de estágio realizado pelo autor no Consultório;
- f) triangulação de descrições analíticas e interpretações pelo convite à leitura comentada entre os membros da equipe do Consultório.

O período de realização dos procedimentos se iniciou no dia 04 de Março de 2013 e se estendeu até o dia 27 de Junho de 2013 em idas quinzenais ao serviço.

5.3. Aspectos Éticos

O projeto teve apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo pesquisador responsável, o professor orientador, como indicado no caso de Trabalho de Conclusão de Curso de graduação. O trabalho não envolveu qualquer risco de exposição dos profissionais consultados, já

que o registro dos relatos de campo foi feito de forma anônima, possibilitando o sigilo das informações e repassado inteiramente à releitura coletiva pelo grupo envolvido.

O trabalho envolveu predominantemente o uso de informações retiradas de documentos públicos, tais como portarias, artigos e trabalhos de pesquisas. A observação participante dos locais de abrangência do Consultório compôs o caderno de notas do pesquisador, cujo uso formal foi evitado ou foi utilizado como *background*, não como dado coletado. O plano de estudos aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi cadastrado com o número 21560, com prazo entre 15/02/2013 a 30/10/2014.

6. DELINEAMENTO TECNOASSISTENCIAL DO CONSULTÓRIO NA RUA PINTANDO SAÚDE

O trabalho de conhecer, reconhecer e explorar o campo constituiu um período de curiosidade, reflexão profissional e encantamento. Nesses meses, a intenção de manter sintonia com todos os que fazem parte do Consultório na Rua Pintando Saúde foi muito bem sucedida. O vínculo construído com toda a equipe ultrapassou o da relação estritamente profissional, o que facilitou e instigou ainda mais o respeito e a liberdade, no sentido de estar mais “à vontade” para trocar experiências.

Os itens a seguir procuram delinear as estratégias de trabalho na atenção à saúde do Consultório na Rua em busca de sua modelagem tecnoassistencial. A descrição por traçadores compõe a experiência do pesquisador desde o período de vivência como estagiário no campo até as sucessivas rodas de conversa com todos os funcionários, residentes e estagiários que estavam em atuação durante o período de pesquisa, mais a observação participante e a revisão de portarias e de documentos oficiais e de trabalhos desenvolvidos no serviço.

6.1. Aproximações e distanciamentos de outros serviços de saúde da Atenção Básica

No desenrolar de algumas conversas, questionou-se sobre as vivências dos profissionais e quais seriam os serviços de saúde que mais poderiam se aproximar do desenho do Consultório na Rua e em quais aspectos. Primeiro, foi consenso que as atividades desempenhadas nesse serviço possuem especificidades e determinadas características por ser um equipamento para a população de rua. Com relação aos outros consultórios na rua de que a equipe tem conhecimento, alguns aspectos se assemelham ao desenho tecnoassistencial do CR Pintando Saúde. Os serviços que tiveram maior referência e conhecimento por parte da equipe são a Estratégia da Saúde da Família para População em Situação de Rua – “Pop Rua, Saúde em Movimento nas Ruas”, que atua no centro do Rio de Janeiro e a Estratégia Saúde da Família sem Domicílio para População em Situação de Rua – Consultório na Rua Região Centro, que atua no centro de Porto Alegre, ambos

serviços próprios municipais das respectivas cidades. Entre as características semelhantes dos serviços estão: saída diária às ruas, escuta qualificada, vínculo, discussão de casos com toda a equipe, encaminhamentos à rede de saúde e a utilização de um meio de transporte coletivo próprio do serviço. Os diferentes locais têm bastante distinção no modo de atuação.

O CR Pintando Saúde não foca sua atuação em um profissional, como acontece com o papel do Agente Comunitário de Saúde e o Redutor de Danos nos serviços municipais referidos, onde tais trabalhadores desempenham com maior frequência a competência de primeira abordagem. Também há a característica de os consultórios possuírem ou não espaço próprio onde seja realizado acolhimento ou prestados procedimentos clínicos e atividades variadas, isso estabelece uma diferença bem importante, pois define uma configuração diferente para a equipe, tendo que optar por profissionais que se fixam mais no endereço físico do serviço e outros cujo *setting* é apenas a rua, exigindo ou instigando a uma atuação da equipe multiprofissional mais nas ruas e na construção do vínculo com os usuários em seus territórios vivos de relações.

Essa disposição incide intensamente na relação multiprofissional e na interdisciplinaridade. Além disso, os serviços com origem em uma atuação na Estratégia Saúde da Família mantêm algumas dessas características, fazendo adaptações para o serviço de Consultório na Rua.

Fazendo uma breve análise da Portaria GM/MS nº 122/2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua, depreende-se uma equipe que deve funcionar de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários, portanto, a orientação normativa sugere uma configuração próxima àquela do CR Pintando Saúde, não se expressando declaradamente diferentes configurações.

É importante destacar que as modalidades existentes estão referidas, entretanto, às composições de equipe. Dessas composições depende o maior ou menor repasse de verbas. Para os Consultórios na modalidade I (com o mínimo de dois

profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio) é feito um repasse mensal de R\$ 9.500,00, na modalidade II, que é o caso do CR Pintando Saúde (mínimo de três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio) o valor é de R\$ 13.000,00, enquanto para a modalidade III (modalidade II mais o profissional médico), essa verba é de R\$ 18.000,000 por mês. Nas conversas com os diversos profissionais da equipe, não foi um consenso sobre qual profissional seria mais importante incorporar nesse momento ao grupo, como relatarei mais adiante, portanto a mudança de tipo (modalidade), com maior repasse mensal, não reflete um ideal de equipe para todos os casos, sinalizando um tema para discussão. A resolutividade pode estar na equipe por seus recursos de interação e interface nas “redes quentes”, mais que na composição de profissões formalmente incorporadas.

O CR do Centro de Porto Alegre fornece o teste rápido para HIV, visto que os serviços da Prefeitura Municipal de Porto Alegre já dispõem desse recurso e capacitação para tal. O CR Pintando Saúde não executa este procedimento. O máximo de ofertas e a autonomia da eleição de práticas assistenciais é conveniente aos Consultórios na Rua porque cada contato pode ser o único, embora o predomínio de cada contato seja (precisa ser) a construção do laço cuidador, não a execução de procedimentos. Isso quer dizer que quanto maior a resolubilidade incorporada ao serviço, maior a resolutividade de suas ações, mas igualmente que quanto maior o laço social de crédito e confiança, maiores as possibilidades de sucesso e adesão ao uso de serviços de saúde.

Da conversa sobre os diferentes locais que trabalham exclusivamente com a população de rua, surgiram exemplos de serviços como o dos Agentes Comunitários de Saúde, presentes apenas em serviços orientados pela Estratégia Saúde da Família, competência que no CR Pintando Saúde é exercida por qualquer membro da equipe de saúde. Outro serviço que foi especificado é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que se assemelharia no trabalho de encaminhar usuários com a utilização de um veículo de transporte rápido. Os moradores de rua com vínculo com o Consultório na Rua podem chamar a equipe pelo telefone celular, pedindo orientação, solicitando transporte urgente ou aliviando sofrimentos de perda, pânico ou tristeza.

6.2. Os principais conceitos que informam a prática do serviço

Para os profissionais, residentes e estagiários do CR Pintando Saúde o principal conceito que informa a prática é o da Redução de Danos, pois este define o modo como o serviço facilita o acesso e dá opções para que o habitante da rua possa escolher reduzir o seu dano. O conceito não está alinhado àqueles locais que inicialmente o utilizavam, em que reduziam danos pela técnica da substituição de uma droga pela outra ou a de fornecer cachimbos ou acessórios para que o usuário da droga pudesse usar com mais segurança, também não quer dizer que esses métodos sejam más opções ou nem sejam cogitadas como alternativas terapêuticas, mas o conceito seria muito mais abrangente, tentando propor atividades que não somente o uso de drogas, considerando a vontade do usuário e as discussões de equipe para o projeto terapêutico singular. Em princípio as duas abordagens não se misturam, embora partilhem dos mesmos conceitos éticos e técnicos em saúde.

Outro conceito que apareceu nas conversas foi o da Clínica Peripatética, que trata da clínica praticada fora dos *settings* tradicionais como os hospitais psiquiátricos ou consultórios convencionais, com pessoas que não se adaptam aos protocolos conservadores (Lancetti, 2006). Também foi citado o conceito de “alteridade”, em que o cuidado refere-se à humanização do ser humano em função da relação com o outro (Lévinas, 2004). Durante a conversa sobre alteridade, uma frase chamou a atenção por descrever o sentimento que os profissionais sentem com toda a dor e sofrimento que atravessa o espaço das ruas, ela é de Antônio Ângelo Favaro Coppe que diz: “A dor do outro não é minha dor, mas ela me dói”. Segundo um dos artigos produzidos pelos profissionais do CR Pintando Saúde, trabalhar com essa população e com o que ela demanda invoca um investimento afetivo e uma angústia que parece peculiar ao serviço (LONDERO et al., 2012). Outro conceito que se apresentou foi o de “encontro intercessor”. Segundo Merhy (2007) o ato cuidador é um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo relacional entre o mundo das necessidades/direitos com o do agir tecnológico. Ainda segundo o autor o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção, que lhe permite recuperar ou produzir graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Coloca, neste processo, o seu mais importante valor de uso: a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde e como potência

de gerar mais vida. Também foram referidos os conceitos de Clínica Ampliada, Atenção Integral, Acolhimento, Cuidado, Vínculo, Intersetorialidade, Escuta e de Rede-Dependência, sendo destacados como conceitos importantes ao trabalho desenvolvido.

6.3. Principais objetivos do Consultório na Rua

O principal objetivo do CR Pintando Saúde é o de ser facilitador no acesso à saúde aos habitantes da rua. Aponta-se a necessidade de atender a essa população desassistida, com relação ao uso de drogas e também a todas as questões de saúde que envolvem o morar na rua. Também foi dito do serviço trabalhar como efetiva “porta de entrada” para a rede de saúde, fazendo o acompanhamento e oferecendo oportunidades de inserção social e de educação, promoção e recuperação da saúde para a população de rua.

O cuidado oferecido pelo serviço também é muito dependente da rede estruturada de saúde, assim, produzir um serviço de saúde que ultrapassa o esperado, o programado dentro de uma equipe se torna um grande desafio, sobretudo porque o Consultório na Rua não trabalha isoladamente, ou seja, necessita da rede própria de saúde e intersetorial para abarcar um cuidado integral, universal e igualitário, trata-se um trabalho rede-dependente, do qual não pode se afastar e cuja ausência compromete a rede.

6.4. Tecnologias Duras do Consultório na Rua

As tecnologias duras não tem privilégio na atuação desse serviço atualmente, principalmente no que diz respeito aos instrumentos de trabalho. Segundo Emerson Merhy (1997), identificamos como tecnologias duras as tecnologias inscritas nos instrumentos, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, enquanto, ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada) e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado.

O CR Pintando Saúde conta com uma infraestrutura física muito aquém do que seria importante para a própria acomodação da equipe e de instrumentos de saúde. Não há espaço para eventuais trabalhos de acolhimento e realização de atividades em seu espaço físico. Desde o primeiro contato com a equipe, nota-se a preocupação em conquistar a aquisição de um espaço maior e próprio para o serviço. O espaço físico atual conta com uma sala, que está localizada dentro do Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência do GHC. Nesse exíguo espaço (com um banheiro) estão disponíveis dois computadores (com mesa de apoio), uma impressora, balcões com gavetas, um ventilador, um ar condicionado, uma lousa branca, uma mesa retangular, oito cadeiras, um telefone fixo, dois telefones celulares, um sofá de dois lugares, uma estante com prateleiras e murais. Os materiais que são utilizados para a saída de campo são armazenados na estante, onde também são armazenados os prontuários físicos, livros e documentos do Consultório.

Com relação aos materiais que são levados para a ação na rua estão os coletes personalizados, caixas de preservativos e uma caixa para procedimentos de enfermagem (contém esparadrapo, gazes, seringas, medicamentos diversos e potes para exames). Além desses há alguns materiais e insumos para atividades diversas na rua, como água, suco, bola etc.. Os trabalhadores do serviço também têm acesso a uma cozinha e uma geladeira, que é compartilhada por outros funcionários, geralmente por trabalhadores da segurança e limpeza.

A realidade desse espaço exíguo também foi um motivador para que todas as suas ações fossem realizadas exclusivamente na rua desde o início das atividades. Pela conversa com os profissionais se pode concluir que o fato de não ter, ainda, conseguido a infraestrutura adequada é motivo de certa frustração. Entretanto, tal fato não prejudica diretamente a qualidade do serviço oferecido, já que há oferta de um bom trabalho, mesmo nas condições apresentadas. Em dias de pouca circulação de pessoas, em casos de exceção, alguns usuários são convidados a entrarem na sala do Consultório para almoçar ou para uma conversa breve.

O que desponta na modelagem tecnoassistencial é que um trabalho de consultório na rua pode ser feito inteiramente na rua, resguardando-se o QG da equipe para reuniões, guarda de materiais, gestão administrativa, estudo, preparação e

conservação de materiais, insumos e recursos para as intervenções, confecção de tecnologias de intervenção e oficinas. O assunto não está encerrado, pois a falta real de espaço para a atual modelagem não permite discernir entre ganhos ou perdas na aproximação com as modelagens de outros Consultórios com atividades na “sede” e com atividades na rua.

6.5. As principais potências e as principais dificuldades da equipe

Os principais potenciais da equipe são em relação a equipe atuar muito bem interdisciplinarmente, sempre disposta, aberta, não impositiva e ser uma equipe que foi formada, especificamente, para esse tipo de trabalho. O grupo também possui grande sintonia, tendo atitude e sabendo o tempo certo de desempenhar suas funções. Um exemplo bem prático é o caso relatado por estagiários e residentes recém-chegados no serviço, que não demoram a se adaptar à rotina: “Quando menos se espera eles põem o jaleco, pegam os instrumentos e partem para a rua, parece que se comunicam por pensamento”. Também foi relatada a flexibilidade com os colegas e com o serviço, a facilidade de vinculação desses profissionais, a capacidade de acompanhamento dos usuários, o comprometimento com o usuário e a união da equipe. Sobre a divisão de tarefas, foi dito que é bastante organizada e que são deixados turnos livres para os acompanhamentos e desdobramentos das abordagens já programadas durante a semana.

A presença dos residentes e estagiários no serviço do Consultório na Rua é outra característica marcante dessa equipe, pois é notória a identificação desses estudantes com o serviço. A equipe também tem essa capacidade de lidar e construir um vínculo rápido com estudantes e pesquisadores, que acabam ajudando muito para a configuração da equipe. Além da ajuda nas abordagens, a presença dos estudantes ajuda com opiniões críticas e construtivas da equipe e também na formulação de instrumentos, como a elaboração da Planilha de Abordagens e o Blog do serviço.

As principais dificuldades da equipe são em relação à infraestrutura física, que é pequena e compartilhada com outro serviço. O transporte limitado também é

referido, pois a equipe não possui veículo próprio, que é dividido com outros serviços do GHC e isso limita determinadas ações, embora se tenha a opção por transporte de táxis para deslocamento de poucas pessoas. Outra questão que é destacada como dificuldade é o quantitativo de profissionais para contemplar mais territórios na zona norte de Porto Alegre, limitando o serviço nos locais já frequentados com regularidade, tendo carência de ampliação de novos locais de atuação. Há situações em que a população migra ou desabita um local de abordagem, nesses casos é mudado o itinerário para acompanhar o deslocamento desses usuários.

Com relação a quais os profissionais que deveriam ser agregados houve divisão de opiniões na equipe, pois alguns acreditam que seria primordial, primeiramente, priorizar o perfil profissional e não a profissão. Para os que defendem essa tese os trabalhadores do Consultório possuem muitas tarefas em comum e o mais importante é o perfil para trabalhar com a população de rua e com a equipe. O acesso às profissões específicas deveria se dar no acesso à rede. Por outro lado, um outro argumento é que a equipe precisaria das competências de alguns profissionais que não compõem a equipe atualmente, como é o caso do médico, do psicólogo, do odontólogo e do técnico em saúde bucal. Segundo o argumento, com a incorporação de novas profissões nos locais de abordagem seriam acrescentadas qualidades na equipe, como o diagnóstico e intervenção em saúde bucal e saúde mental. Desse modo, se teria um diagnóstico precoce, tendo atuação mais rápida e efetiva até na busca pelos serviços mais apropriados na rede.

Outro problema relatado por alguns componentes da equipe é de que, como o serviço é praticamente todo realizado na rua, em dias de alterações climáticas (em dias de chuva intensa, por exemplo), o dia de trabalho nas ruas é perdido. Algumas estratégias são feitas para amenizar esses impactos, como a de adaptar os horários do dia em que não está tão quente ou tão frio para que se possa encontrar um maior número de pessoas nos locais frequentados. Em dias de chuva também são marcados desdobramentos de abordagem, mas é salientado que nessas condições há maior número de “tocos”, termo designado pela equipe para quando os usuários não estão presentes no horário e local acordado.

Há um espaço de educação da equipe que é percebido como de fundamental importância, mas que desde 2012 não vem mais ocorrendo. A ideia surgiu desde

que o serviço iniciou suas atividades, no qual era disponibilizado um turno por semana para que toda a equipe se reunisse para estudar conceitos ou questões de saúde que estavam surgindo no decorrer do trabalho, isso serviu para que o Consultório criasse uma identidade maior do seu trabalho com a teoria e com o que estava ocorrendo em outros serviços. O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem autoanálise e principalmente autogestão, como na formulação de autores reconhecidos pelo grupo (CECCIM, 2005).

A rede de saúde também é um grande dificultador para o trabalho do Consultório, uma vez que ainda é muito difícil encontrar serviços ou profissionais que tenham um olhar sensível às populações vulneráveis. Perde-se muito tempo tentando articular locais para encaminhar determinado usuário, entretanto a equipe já conquistou a empatia de muitos serviços ou profissionais da rede, tendo um pouco menos de dificuldade desde seu início. Segundo Londero et al. (2012), o Consultório na Rua coloca a rede de saúde em xeque ao trazer à tona um tipo de população singular que problematiza os modos engessados de produzir saúde e que em muitas situações acaba caracterizando a rede.

6.6. Diferenciais ou inovações no cuidado à saúde que o serviço oferece

Algumas inovações são citadas nas conversas como difíceis de serem encontradas na rede e, portanto, um diferencial nesse desenho tecnoassistencial do CR Pintando Saúde. Importante lembrar que a abordagem é feita, normalmente, em duplas ou trios e nunca feitos somente com residentes e estagiários. Entre as inovações relatadas está a de todos atuarem eficientemente de forma multiprofissional e não fragmentada, exercendo diversas tarefas em comum, agilizando o trabalho e não repartindo o cuidado como se fosse um processo em série. Como exemplos dessas tarefas em comum está a da abordagem, escuta, acolhimento, distribuição de

insumos, decisão sobre o que será feito na rua (o projeto cuidador singular é posteriormente discutido em reunião de equipe), confecção de documentos, coleta de exames de escarro e acompanhamento à rede.

Outra característica da equipe é de todos saírem às ruas, portanto as abordagens também contemplam a multidisciplinaridade, sem ter um profissional específico ou predominante nas abordagens na rua, favorecendo maior vínculo.

O CR Pintando Saúde também é reportado e observado como mais de uma atuação pelo projeto terapêutico de determinado caso, em que todos têm opiniões respeitadas, levando em consideração o maior tempo de vinculação ou conhecimento do caso, além das competências e tarefas em comum já relatadas. Londero et. al (2012) reporta que não há condições prévias, o caminho está por se fazer junto ao usuário acolhido, de modo que os ditos lugares identitários de cada profissão são construídos em ato, ou melhor, o profissional passa por uma desconstrução de seu modo disciplinar que até então o delimitava como terapeuta.

O uso do telefone também é referenciado como uma particularidade e uma inovação para os habitantes da rua acessarem esse serviço, pois muitas das continuidades dos acompanhamentos na rua são agendadas ou solicitadas via telefone. Durante as abordagens, a equipe distribui cartões do serviço com o número e a opção do usuário ligar “a cobrar” para contatá-los. Por esse meio, também é aberta a possibilidade de escuta, mesmo sem ser nos horários de visitaçãõ agendados pela equipe. O grupo conta com dois telefones celulares e um telefone fixo, que são requisitados frequentemente por seus usuários, dando conta da população que solicita o uso do serviço e da dificuldade que a equipe conta de não possuir infraestrutura própria para ser acessada.

A equipe tem atuação inovadora junto ao programa de rádio “Quartas Intenções”, da Associação dos Moradores do Bairro Rubem Berta – Amorb, uma rádio de licença comunitária com transmissão em banda FM, a FM 87.9. Esse programa dirigido pela equipe do Consultório na Rua tem como objetivo reunir e convidar pessoas envolvidas com questões de saúde mental ou com a rua e que estão em tratamento ou acompanhamento, funcionando como apoio à inserção social, comunicação e interação em sociedade, lazer criativo, construção de laços comunitários e vínculos

cooperativos.

A capacidade de acolhimento, vínculo e responsabilização da equipe também é uma das virtudes para o trabalho desenvolvido, pois é indispensável para um cuidador da rua a segurança e confiança despertada. Merhy (1994) escreve que “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro”. Para o autor, nos sentimos responsáveis pela vida e morte do usuário, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

6.7. Perfil dos usuários

A equipe do CR Pintando Saúde, inicialmente, tinha como área de atuação os usuários da Zona Norte Eixo-Baltazar (zona distrital de saúde). No entanto, devido ao deslocamento dos usuários e novas áreas de atuação, o espaço caracteriza-se por abordagens dentro dos limites ampliados da Zona Norte de Porto Alegre. Nesta região, o acesso a esta população de rua se encontra mais difícil, devido ao fato que a mesma tem a característica de permanecer escondida dentro de matos e vielas, distantes dos grandes centros, ao contrário da região central da capital. Com alguma constância, as populações migram, muitas vezes informando o serviço sobre o novo destino.

Em locais de uso intensivo de álcool, como o caso da Praça México, os usuários têm vidas mais organizadas, com horários de alimentação e de uso da droga. Nesses espaços, se priorizam escutas individuais, encaminhamentos, procedimentos locais, oficinas e atividades de lazer. Pacientes de localidades com uso intensivo de crack, além das atividades citadas, recebem condutas de redução de danos, como aporte nutricional e hídrico, são levados com frequência lanches e bebidas aos locais de uso. Em muitos casos, os usuários possuem um lar, no entanto passam muitos dias na rua com o uso contínuo da droga, principalmente de crack, e depois voltam pra casa. Outros moradores improvisam lonas e outros materiais para forjar um abrigo dentro de matos ou locais abandonados.

Pode-se caracterizar essa população, em grande maioria, com elevados índices de drogadição por álcool e crack, de difícil acesso, com pouquíssimo contato com a

rede de saúde, com grande dificuldade de adesão aos tratamentos e com muitas questões de saúde.

6.8. Metas do Serviço

As metas locais são pactuadas no início de cada ano em decisão conjunta da equipe. Desde sua inauguração, o CR Pintando Saúde visa sistematizar indicadores do serviço e da sua população. Propõe-se a buscar ativamente os portadores de Tuberculose e HIV, oferecendo e acompanhando o tratamento, a buscar e acompanhar as gestantes, oferecendo práticas de pré-natal e orientando o parto em serviços de saúde. Há preocupação com a educação permanente da equipe, estruturando momentos diferenciados para esse fim. Ocupam-se de melhorar os instrumentos de registro da produtividade da equipe, tentando dar fidedignidade aos dados e indicadores. Necessitam elaborar e publicizar as produções acerca do Consultório e monitorar o fluxo com outros equipamentos de atenção à saúde e rede intersetorial.

O serviço dispõe de informações como número de gestantes, de tuberculosos, de portadores de HIV e de preservativos distribuídos por período. A equipe concorda que esses números são importantes, todavia reforçam a relevância da autonomia e da concepção de redução de danos, prevendo casos de escutas individuais que podem durar muito tempo e não são numericamente contabilizadas. Há a questão de muitos usuários não aceitarem tratamentos e isso ser respeitado como uma decisão pessoal, além de uma infinidade de outras situações em que a informação quantitativa não pode se expressar, mas que deveriam ser qualitativamente avaliadas na produtividade de uma equipe.

6.9. Construção da Planilha de Abordagens

Devido à inovação desse serviço em atenção básica e os poucos anos de atuação, a formulação dos registros de abordagem ainda eram muito incipientes e os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde também não são totalmente

aplicáveis ao serviço. Durante a vivência neste espaço foi possibilitada a construção, em conjunto com toda a equipe, de uma nova planilha de abordagem para o serviço. A dificuldade maior era tentar agregar mais dados qualitativos ao instrumento, pois muitos dos procedimentos não poderiam ser colocados apenas com números. Ao término do instrumento, ele ficou constituído de data da abordagem; o nome do usuário, que poderia ser apenas um apelido ou o nome com que o mesmo se identifica nas ruas (muitos não querem a identificação com o nome verdadeiro); a microárea onde o habitante se encontra; o tipo de abordagem realizada, que pode ser a primeira ou abordagem continuada, em que já houve um contato anterior com a equipe; cor/raça; ações, se foi abordagem na rua ou se foi outra modalidade, como visita domiciliar ou visita institucional; o procedimento realizado, se foi diálogo, curativo, encaminhamento etc.; e acompanhamento, para assinalar para qual serviço ou local o indivíduo será acompanhado com a equipe. No verso do instrumento tem um espaço para escrever sobre a situação de saúde apresentada naquela abordagem e qual a potencialidade verificada, no sentido de registrar também melhorias ou alguma observação que seja positiva naquela situação. Também há um espaço para relatar se o habitante já foi internado, quantas vezes e se realmente houve o acesso, informando se o usuário possui documento de identificação e, por fim, um espaço livre para o relatório de campo.

A adaptação da equipe à utilização do instrumento nas ruas foi um pouco demorada, pois não se estava acostumado ao preenchimento desses campos. Porém, após alguns ajustes, a equipe incorporou o instrumento e o mesmo já conta com um sistema onde são alimentadas as informações dos atendimentos. Trabalha-se no sentido de avançar ainda mais na fidedignidade desse instrumento, para que seja um bom indicador de produtividade e de planejamento de metas para a equipe do Consultório na Rua.

7. Conversas e percepções adicionais

O reconhecimento desse serviço como um dentre outros modelos de serviços de saúde que vão em direção da mudança de modelo tecnoassistencial está na não percepção da centralidade do cuidado, ainda muito presente na rede de saúde, principalmente pelo centramento no conhecimento médico ou na tecnologia hospitalar. Esse serviço dispõe da centralidade no encontro, ou seja, o encontro com o usuário seria o motivador do seu cuidado. Para Ceccim e Merhy (2009) a atenção implicando a constitutividade de relações de alteridade, portanto, implicando encontros para além das forças a que chamamos de externas, coloca o centro da atenção cuidadora “no encontro”, cuja regulação nasce do contato com a alteridade. Para os autores, aí o cotidiano do atender passa a ser visto como um campo singular da produção de saúde e não como um campo particular da prestação de assistência.

Para além desta constatação, a reflexão sobre o trabalho aqui desenvolvido também aponta um diferencial com relação à equidade e integralidade em saúde, que são princípios norteadores desses serviços. O primeiro conceito é muitas vezes esquecido na atenção básica por não se dar o cuidado diferencial para as populações vulneráveis, e o segundo por, na maioria dos serviços, não possuir qualidade no acompanhamento e atenção integral, por ainda trabalhar na lógica de encaminhamentos com referência e contrarreferência, como se o sujeito fizesse um itinerário de um ponto a outro de uma rede de saúde que não dialoga.

Também se nota a preocupação meramente quantitativa em detrimento da preocupação a qualidade na atenção aos usuários, isso reflete na necessidade do cumprimento de um excesso de “metas” assistenciais. Diferente da maioria dos serviços, por enquanto, o modelo tecnoassistencial do Consultório na Rua tem registro qualitativo e sensorial.

É relevante considerar, também, que as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas. Elas também exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias

igualmente dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde (Alves & Junior, 2007).

O apoiador institucional no serviço do Consultório na Rua é visto como favorável para a manutenção da qualidade do serviço, salientando, nesse sentido, que o olhar externo seria um acréscimo para aperfeiçoar as percepções e eventuais acomodações da equipe.

Sobre as opiniões e percepções relatadas pelos usuários à equipe, geralmente se referem a citar o quanto gostam dos atendimentos ofertados e que aguardam periodicamente pelo serviço nos locais de abordagem. Alguns reclamam da rede ou de quando sua questão de saúde não é resolvida. Também cobram quando o serviço não apareceu em determinado dia, até constituem uma certa dependência, mas talvez isto seja apenas um descritor dessa população, não um problema a superar.

Sobre a questão da possível reação dos usuários com a Lei da Internação Compulsória que tramita no Congresso Nacional (essa Lei prevê obrigatoriedade de internação para os usuários de drogas, não importando a vontade de adesão ou não ao tratamento) a equipe ainda tem dúvidas, mas acredita que o bom vínculo pode ser o fator chave para que não se “misture os papéis” e continue se acreditando e aderindo ao serviço oferecido pelo Consultório. Também há a preocupação com a remoção de alguns habitantes da rua, Varanda & Adorno (2004) falam que a vida na rua e a sua proximidade com o lixo urbano a torna um alvo de ações de limpeza das vias públicas e das medidas encampadas pelos órgãos públicos de ação social.

O conhecimento que se pensa ter adquirido ou organizado deve funcionar como analisador das práticas, não como descritor de modos como devem funcionar as unidades de serviço no escopo do contato com habitantes da rua.

A mudança de modelo de atenção é um processo que exige mudanças, portanto é necessário reestruturar o processo de trabalho em saúde e repensar para quem se estrutura o cuidado, assumindo a centralidade no encontro com o usuário. Espera-se a continuidade de equipamentos como o do Consultório na Rua e outros tantos que, de fato, produzam saúde e que se divulguem mais exemplos do modo de atuação e

das modelagens tecnoassistenciais inovadoras e motivadoras para a mudança nas práticas em saúde e consolidação de um Sistema Único de Saúde com qualidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, 2009, p. 2309-2319.

BOCCARDO, Andréa Cristina S.; ZANE, Fabiana Cristina; RODRIGUES, Suréia & MANGIA, Elisabete Ferreira. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Revista de Terapia Ocupacional, v. 22, n. 1, 2011, p. 85-92.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003.

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**. Brasília: EPSJV-Fiocruz, set. 2010, 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria GM/MS nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília: MS, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg & FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg & MERHY, Emerson Elias. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas**. Interface – comunicação, saúde e educação, v. 13, supl. 1, 2009, p. 531-542.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS**. In: PINHEIRO, Roseni & SILVA Jr., Aluísio Gomes (Org.). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010, p. 131-154.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface – comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, 2005, p. 161-178.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. Rio de Janeiro: 34, 2008.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 2001, p 79-98.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Consultório de Rua do SUS: projeto “Pintando Saúde”**. Porto Alegre: GHC, 2010.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LÉVINAS, Emmanuel. **O outro, utopia e justiça**. In: LÉVINAS, Emmanuel. Entre nós: ensaios sobre a alteridade. Petropolis: Vozes, 2004, p. 286-99.

LONDERO, Mário Francis Petry et al. **Consultório de rua: o desafio para um cuidado desejante em saúde**. 2007. Trabalho Inédito.

MERHY, Emerson Elias. **Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir antimanicomial**. In: MERHY, Emerson Elias & AMARAL Heloisa (Org.). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 25-37.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.116-60.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 1997.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & sociedade**, v. 23, n. 1, 2011, p.154-162.

SAMPAIO, Christiane & FREITAS, Deisi Sangoi. **Redução de danos e SUS: enlaces, contribuições e interfaces**. 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rdchristianedeisi.pdf>>. Acesso em: 13 de Junho de 2013.

SANCHEZ, Alda Idaly Muñoz & BERTOLOZZI, Maria Rita. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva?** *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, n. 2, 2007, p.319-324.

SILVA Jr, Aluísio Gomes da & ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso & CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-41.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, 2010, p. 166-176.

VARANDA, Walter & ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 1, 2004, p. 56-69.