

REDUÇÃO DE VULNERABILIDADES COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADOS DO CONSULTÓRIO NA RUA

Reducing vulnerabilities as a care strategy of the Street Clinic

Reducir las vulnerabilidades como estrategia de la atención del Consultorio en la
Calle

Adrielle Cristina Silva Souza
Universidade Católica de Goiás

Eurides Santos Pinho
Faculdade Sul-Americana

Mayk Diego Gomes da Glória Machado
Centro Universitário Alfredo Nasser

Luzana Eva Ferreira Lopes Nogueira
Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia

RESUMO

O Consultório na Rua desempenha papel transformador na sociedade por constituir um serviço produtor e difusor de cuidados, além de impulsionar a redução de vulnerabilidades e a reinserção social de pessoas que necessitam de assistência biopsicossocial. O estudo objetiva relatar a experiência de ações intersectoriais desenvolvidas pelo Consultório na Rua para a redução de vulnerabilidade e efetividade do cuidado. O relato pontua a promoção articulada intersectorialmente de cuidados biopsicossociais que resultaram em recuperação da autonomia, preservação da cidadania, promoção de autocuidado e acompanhamento especializado em saúde mental. A relação do consultório na rua com a rede assistencial do município é imprescindível, pois implica que seu desempenho tenha relação direta com resultados alcançados para o cuidado integral às pessoas vulneráveis. Assim, considera-se a experiência exitosa, por envolver uma complexa rede de relações entre serviços, profissionais e sujeito na assistência direcionada a atenção psicossocial e priorizar o uso de tecnologias leves.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Pública; Vulnerabilidade; Intervenção Psicossocial; Sem-teto.

ABSTRACT

The Street Clinic plays a transforming role in society as it is a producer and diffuser of care, driving the reduction of vulnerabilities and the social reintegration of people who need biopsychosocial assistance. The study aims to report the experience of intersectoral actions developed by the Street Clinic to reduce vulnerability and effectiveness of care. The report points to the inter-sectoral articulated promotion of biopsychosocial care that resulted in recovery of autonomy, preservation of citizenship, promotion of self-care and specialized mental health monitoring. The relationship of the office on the street with the assistance network of the municipality is essential, as it implies that its performance is directly related to the results. Thus, the experience is considered successful, as it involves a complex network of relationships between services, professionals and the subject in assistance directed to psychosocial care and prioritizes the use of light technologies.

Keywords: Public Health Services; Vulnerability; Psychosocial Intervention; Homeless.

RESUMEN

El Consultório na Rua juega un papel transformador en la sociedad al constituir un servicio que produce y difunde cuidados, además de promover la reducción de vulnerabilidades y la reinserción social de las personas que necesitan asistencia biopsicosocial. El estudio tiene como objetivo reportar la experiencia de acciones intersectoriales desarrolladas por el Consultório na Rua para reducir la vulnerabilidad y efectividad de la atención. El informe apunta a la promoción articulada intersectorial de la atención biopsicosocial que resultó en la recuperación de la autonomía, la preservación de la ciudadanía, la promoción del autocuidado y la vigilancia especializada en salud mental. La relación de la oficina en la calle con la red asistencial del municipio es fundamental, ya que implica que su desempeño está directamente relacionado con los resultados alcanzados para la atención integral a personas vulnerables. Así, la experiencia se considera exitosa, ya que involucra un complejo entramado de relaciones entre servicios, profesionales y el sujeto en la asistencia dirigida a la atención psicosocial y prioriza el uso de tecnologías ligeras.

Palabras clave: Servicios de Salud Pública; Vulnerabilidad; Intervención Psicosocial; Sin Techo.

INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua (CnaR) é um dispositivo itinerante que objetiva facilitar o acesso integral aos serviços de saúde à população em situação de rua exposta a riscos e vulnerabilidade social, agravados pelo uso ou dependência de drogas (Ministério da Saúde, 2012).

Esse dispositivo surgiu no Brasil, no final da década de 1990, em Salvador, Bahia. Foi uma proposta do Dr. Antonio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas/Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA), após realizar pesquisa etnográfica sobre meninas e meninos de rua usuários de substâncias psicoativas (Jorge & Corradi-Webster, 2012). Os princípios norteadores do CnaR são 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 (Ministério da Saúde, 2012).

O trabalho desenvolvido pelas equipes de CnaR é um avanço na perspectiva da construção de um cuidado humanizado, os usuários são vistos como sujeitos de direitos e deveres, aspectos que favorecem sua autonomia. No entanto, é preciso avançar na construção de políticas mais integradas e inclusivas, capazes de atender às necessidades dos diferentes segmentos sociais, que considerem o acolhimento ao invés da punição e da criminalização do usuário de drogas. Políticas que ampliem o acesso aos bens de consumo e dispositivos que fomentem a cidadania, e promovam redução de danos com observação a subjetividade do indivíduo e a necessidade diversificada de cuidado em saúde, de modo a avançar na legitimação desta como um direito constitucional (Engstrom & Teixeira, 2016).

Dentre os papéis do CnaR há a quebra de senso comum, que gera

estigmatização das pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para assumir atitudes de tolerância e de respeito às diferenças. Prestar atendimento e estar próximo às populações em situação de rua são tarefas para todos os profissionais de saúde, sendo uma exigência ética inerente ao compromisso com a saúde da população do país (Abreu & Oliveira, 2017) e a equipe do CnaR cabe propagar esse ideal.

O CnaR de Aparecida de Goiânia, Goiás, foi implantado em 2012, com vista a otimizar o atendimento à população em situação de rua e de vulnerabilidades, tais como, profissionais do sexo, usuários de álcool e outras drogas, dentre outros. Atualmente é composto por duas equipes que realizam intervenções educativas e psicossociais, conta com insumos para tratamento e acompanhamento de situações clínicas comuns, materiais para curativos, medicamentos, além de recursos para ações de redução de danos, recipientes individuais de água e preservativos masculino e feminino para distribuição às população supracitada. As equipes de CnaR de Aparecida de Goiânia, são compostas por profissionais de nível superior e médio, como enfermeiro, psicólogo, assistente social, musicoterapeuta, médico, agente social, técnico de enfermagem, e dentre outras profissões, como define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (Machado, 2016). Os profissionais possuem capacidade técnica para a execução de ações de cuidado, promoção da saúde e prevenção de doenças, além de abordagem às demandas psicossociais.

Nesse sentido, as equipes de CnaR do município citado buscam levar assistência à saúde e acolhimento às pessoas em situação de rua e grupos vulneráveis, por meio da realização de psicoeducação pertinente ao uso de substâncias psicoativas e comorbidades psiquiátricas, de oficinas de educação em saúde, de incentivo ao uso de estratégias de redução de danos ao uso e abuso de álcool e outras drogas, bem como de ações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS. Em seu escopo realiza consultas multiprofissionais para garantir acesso a saúde de qualidade, e encaminhamentos das demandas não atendidas na rua aos serviços especializados, com isso aproxima a população atendida aos dispositivos da rede assistencial do município por meio de articulação intersetorial com os serviços da educação, assistência social e segurança.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva relatar a experiência de ações intersetoriais desenvolvidas pelo CnaR para a redução de vulnerabilidade e efetividade do cuidado. Por meio da explanação da vivência das equipes perante a assistência oferecida a uma pessoa em situação de rua, envolvendo dispositivos intersetoriais da saúde, da assistência social e da segurança e justiça, sem perder de vista a posição central do usuário, problematizando as fragilidades do processo e conexões realizadas na produção do

cuidado e no tecer das redes.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das equipes do CnaR de Aparecida de Goiânia com referência aos desafios e êxitos vivenciados na prática de cuidados a um usuário do serviço.

Os dados apresentados foram construídos com base nos registros realizados pelas equipes multiprofissionais, a partir de discussões em reuniões de equipe. O relato foi sistematizado em dois momentos, no primeiro foi realizada a exposição da experiência de cuidado contínuo a um usuário em situação de rua, em que trazemos relatos organizados cronologicamente desde o primeiro atendimento em 2015, até o primeiro semestre de 2020. No segundo momento algumas situações foram problematizadas, com apontamentos sobre os desafios e potencialidades encontrados pelas equipes e dispositivos intersetoriais diante dos atendimentos ao usuário em questão. Por fim, apresenta-se as reflexões finais e as contribuições da experiência para a prática assistencial das equipes do CnaR e dos dispositivos intersetoriais envolvidos.

Ressalta-se que presente relato compõe um projeto maior intitulado: Análise de diferentes cenários de cuidado no contexto da Atenção Psicossocial em um município do estado de Goiás, que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG) sob o protocolo nº CAAE 29694520.1.0000.5083.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A EXPERIÊNCIA...

O trabalho das equipes do CnaR compreende o oferecimento de suporte social, afetivo e perspectivas de mudanças da realidade da população assistida. Os processos de trabalho desenvolvidos deparam-se com embaraçosos desafios diante do cuidado à população em situação de rua, a exemplo dessas dificuldades de acesso aos serviços públicos estão as atitudes de preconceitos e discriminações por parte de profissionais das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (Abreu & Oliveira, 2017).

No ano de 2015, as equipes do CnaR tiveram o primeiro contato com uma situação muito peculiar de vulnerabilidade, caracterizada pela falta de moradia, de documentação e de assistência por serviços intersetoriais do município. No acolhimento inicial as equipes se depararam com um quadro de sintomas psicóticos, dentre eles alucinações visuais e auditivas, além de sinais da Síndrome de Diógenes, tais como o

coleccionismo de objetos, entulhos, materiais recicláveis e até lixo, bem como por delírio de grandeza, megalomania e delírios religiosos. Segundo Lark e Manikar (1975), a Síndrome de Diógenes é caracterizada por afetar o indivíduo no aspecto do cuidado pessoal, incluindo higienização do local em que reside, prejuízos no convívio social, comportamento paranoico e frequentemente o colecionismo e acumulação de objetos.

Ao longo das três abordagens seguintes, além das avaliações *in loco*, foram realizadas entrevistas e investigações no território que possibilitaram identificar a condição de vulnerabilidade e situação de rua existia há aproximadamente 3 anos. Na perspectiva de corresponsabilização da família pelo cuidado, foram realizadas buscas de contatos familiares, sem sucesso no primeiro momento. Merhy (2003) nos fala que, devemos procurar entender o contexto do usuário, pois o mesmo deve intervir nos modos de ação do profissional, para que assim novas lógicas e práticas de saúde sejam propostas no ato do cuidado. A partir do momento em que se conhece a realidade pode-se intervir diretamente no que realmente é necessário.

Vale ressaltar que nas abordagens realizadas não foi observado sinal de embriaguez, odor característico do uso de álcool, tão pouco aparência de uso de substâncias como crack, maconha, thinner, benzina, entre outros. No local onde o usuário estava instalado não foi encontrado restos de latas de alumínio, canos PVC, ou ainda frascos de cachaça com aparência de recém-utilizados, como típicos encontrados em locais de uso e abuso de álcool e substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Essas condições indicaram ausência de demandas relacionadas ao uso dessas substâncias.

Houve a decisão de realizar visitas semanais para acompanhar o quadro clínico e psíquico, com isso a construção de vínculo foi facilitada, fato que permitiu o desenvolvimento dos cuidados necessários. As equipes do CnaR prezam pelo vínculo e o veem como forma de promoção de cuidado singular e humanizado. Constituir o vínculo no cuidado no contexto da rua é sempre uma experiência exitosa, considerando os desafios existentes.

O desenvolvimento de práticas de saúde para o cuidado integral das pessoas em situação de rua está fundamentado na construção de vínculo entre os atores, destacando a relação dialógica e a escuta qualificada como saberes imprescindíveis (Silva, Frazão & Linhares, 2014). Para compreender as necessidades dessas pessoas e construir alternativas de cuidado e de vida fora das ruas, é preciso caminhar em direção da produção de vínculos (Hino, Santos & Rosa, 2018).

Algumas situações fragilizam esse vínculo, um exemplo disso foi quando o usuário agrediu um policial e foi baleado nos membros inferiores, esse fato ocorreu em um momento em que a polícia foi acionada para intermediar a limpeza do local onde o usuário se abrigava. A agressão foi justificada pelo usuário como a necessidade de defender seu

espaço, a rua que considera seu lar. O incidente levou o usuário a internação em um hospital de urgência, e após alta hospitalar, a continuidade dos cuidados clínicos aos ferimentos e acompanhamento psicossocial foi reatualizadas pelas equipes de CnaR.

Mediante a situação narrada, as equipes de CnaR fizeram uma importante articulação com a promotoria do município por meio de relatório que contextualizava a situação de vulnerabilidade e o local de moradia do usuário. Como desdobramento da articulação, foi garantido que a equipe de desenvolvimento urbano do município, responsável pela manutenção da limpeza urbana, deveria contactar o CnaR para a realização das limpezas subsequentes. Desta forma, nos dias em que a limpeza urbana estava agendada uma das equipes do CnaR chegava antes no local e abordava respeitosamente o usuário pontuando como seria realizada a higienização, preparando-o e minimizando a ocorrência de crises, sem uso de medicações. Com isso, o usuário acompanhava a limpeza sem alteração do comportamento.

Neste contexto, fica evidente que a resposta do usuário depende da atenção que lhe é ofertada, quando foi estabelecida relação de cuidado, baseada em empatia, a resposta foi de compreensão e receptividade às orientações e abordagens. Essa conexão afetuosa e construtiva permitiu que o usuário fosse sensibilizado sobre a importância de ser acompanhado em serviços especializados de saúde mental e assistência social para cuidados psicossociais e recuperação de instrumentos que viabilizam a cidadania, tais como seus documentos pessoais. Com isso, em 2016, o usuário solicitou o atendimento especializado em saúde mental e os serviços disponíveis para atendê-lo eram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o hospital psiquiátrico. O usuário optou pelo hospital psiquiátrico e sua decisão foi respeitada.

Para o transporte até o hospital psiquiátrico, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi acionado, o qual inicialmente recusou o transporte com a justificativa que o usuário “*não tinha perfil*” para ser transportado pela unidade móvel de urgência para internação em unidade psiquiátrica. O transporte foi realizado após intervenção da equipe do CnaR que estava no local, em que foi pontuado que naquele momento o usuário encontrava-se em um quadro crítico de delírios e alucinações, ausência de comportamento de hetero ou autoagressividade, sem vínculos familiares para acompanhar o transporte, e necessitando de intervenção médica para estabilização do quadro psíquico.

Dalgarrondo (2019) nos mostra os delírios como sendo uma alteração do juízo da realidade, em que o indivíduo acredita veemente que o delírio é real, o mesmo não é questionado e não se modifica por meio da experiência. Já as alucinações são descritas como a percepção de um objeto sem que o mesmo esteja presente, sem estímulo sensorial respectivo.

Realizamos contato direto com a unidade psiquiátrica que iria recebê-lo, seu

histórico de acompanhamento pelas equipes de CnaR foi repassado e o CnaR foi disponibilizado como unidade para contrarreferência. O período de internação se estendeu por 30 dias, em que foi introduzido tratamento medicamentoso.

Após esse período, o CnaR foi solicitado pelo usuário para viabilizar meios que possibilitasse o aluguel de uma casa para sua moradia, referiu não querer manter uso contínuo de medicação. Foi ressaltada a necessidade de ter documentos pessoais e dar continuidade ao tratamento para manter a estabilidade do quadro psíquico e alcançar seus desejos. Essa ação objetivou a promoção da autonomia do sujeito, estimulando o empoderamento na busca pelos seus direitos, de modo a sair da margem social e resgatar sua cidadania.

Em parceria com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) deu-se início ao processo de recuperação dos documentos pessoais. O Centro POP localizou o cartório em que o usuário foi registrado, no estado do Maranhão, e a segunda via da certidão de nascimento foi emitida sem custo financeiros para o usuário. Com a certidão de nascimento em mãos, em 2017, foi possível que o usuário fizesse o Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Título de Eleitor.

Com esses encaminhamentos, o CnaR fez novos contatos com familiares com vistas a obter auxílio no processo de aluguel de moradia, novamente não foi obtido sucesso. Uma pessoa da vizinhança cedeu uma casa simples para sua moradia até que conseguisse alugar algo melhor. Nesse espaço, com condições mais dignas e confortáveis de moradia, surgiram oportunidades de trabalho para compor sua renda, como, pequenos consertos de bicicletas e a coleta e venda de materiais recicláveis.

Maslow (1943) apresenta a teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas, uma escala em que, quando uma necessidade é atendida surge outra em seu lugar, sendo cinco níveis a serem atendidos, em primeiro temos a necessidade fisiológica, como necessidade de respirar, comer, beber, dormir, manter-se vivo. Em seguida surge a necessidade de segurança, saúde, emprego e moradia. No âmbito da moradia e do trabalho, as necessidades foram atendidas com apoio do próprio território que o usuário estava inserido.

Quando as equipes conheceram o usuário, apresentava-se introspectivo e reservado, não tinha convívio com outras pessoas. Nesse ponto, o trabalho multiprofissional de aproximação e construção de vínculo, permitiu que o usuário experimentasse um contato interpessoal, com tempo este contato se estendeu para novas relações com vizinhos, amigos e dispositivos sociais. Em terceiro lugar na pirâmide de Maslow tem-se a necessidade de amor, gregária e relacionamentos interpessoais (Maslow, 1943). Conquistados os aspectos basais, os próximos passos a serem dados alçaram os outros níveis da pirâmide de Maslow e junto ao usuário foram traçadas metas contínuas em busca

de mais contemplações.

O trabalho com pequenos consertos auxiliou no controle de ansiedade e das vozes que escutava. Aos poucos a medicação foi substituída por girar um parafuso em uma porca, enquanto ele girava, observava o dispositivo rodando, mantinha o cérebro focado em outra atividade, distraíndo sua atenção das vozes e acalmando sua ansiedade. Há mais de um ano esse método tem sido eficaz e mantido sua estabilidade do quadro psíquico sem uso de medicações.

Após várias tentativas, conseguimos convencê-lo a conhecer o CAPS tipo III destinado a atender pessoas com transtorno mental. Ao visitar a unidade sentiu interesse em participar de grupos terapêuticos. Com isso, semanalmente uma equipe do CnaR conduzia o usuário até o CAPS para participar do grupo terapêutico e o conduzia de volta para casa. O tempo do deslocamento se tornou espaço para acolhimento e intervenções terapêuticas breves de sensibilização para o autocuidado e a autonomia.

O autocuidado foi percebido pelos banhos e higiene oral diários que desenvolveram níveis melhores de autoestima a ponto de resgatar sua historicidade de vida, e se declarando disponível para um novo relacionamento amoroso.

Com o tempo o usuário foi encorajado a utilizar o transporte coletivo para ir ao CAPS, os primeiros dias de uso do transporte coletivo foi acompanhado por um profissional do CnaR, para experienciar o trajeto com mais confiança. No entanto, em determinado dia de acompanhamento até o CAPS, o profissional do CnaR não conseguiu chegar até a residência do usuário para seguir o trajeto de transporte coletivo, devido falta a manutenção do carro do CnaR. Esse fato foi crucial para novo e importante desfecho do caso.

A ausência do usuário foi percebida por um usuário do CAPS que participava do mesmo grupo terapêutico. Este colega foi até a casa do usuário e o buscou de ônibus, ensinando como fazer o trajeto do CAPS a sua casa. Tal ação mobilizou ambos serviços, ao ver laços de amizade e cuidados serem tecidos. A partir de então, a relação com o CAPS foi mantida de forma autônoma, em que consegue ir à unidade quando deseja e não apenas para seu grupo ou nos dias de sua consulta médica.

Ainda em busca dos seus direitos, houve articulação com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para aposentadoria por invalidez, entendendo que o usuário não consegue cumprir regras sociais exigidas no mercado de trabalho, como cumprir horários rigorosos, trabalhar sob pressão, dentre outros. Para acompanhamento do processo de perícias e avaliações contamos com a parceria de um vizinho, que é contador e o orienta quando necessário.

O processo encontra-se em aberto e caso seja atendido pela aposentadoria almeja alugar local para viver melhor e abrir uma oficina de bicicletas como forma de complemento de renda. Além disso, relata que se trata de uma atividade terapêutica visto

que ajuda no controle da ansiedade.

PROBLEMATIZANDO O CASO...

A população em situação de rua apresenta condições sociais e de saúde bastante precárias, restrição aos direitos sociais básicos e constitucionais, como relatado acima. A expropriação das classes pobres e marginalizadas se materializa pela falta de acesso ao mercado formal de trabalho, à educação de boa qualidade, aos serviços de saúde e a outros serviços públicos. Essa expropriação favorece formas de apresentação social a partir das quais se constroem imagens sociais negativas dos sujeitos, interferindo diretamente nas atitudes e comportamentos dos profissionais que, por sua vez, prejudicam as relações inerentes à atenção e ao cuidado. Assim, a negação dos direitos produz um círculo vicioso que engloba os profissionais dos serviços públicos como atores envolvidos na produção de mais marginalização, estigma e preconceitos (Abreu & Oliveira, 2017).

Ao envolver outros serviços municipais foi possível ampliar o acesso da população vulnerável aos serviços saúde, educação, assistência social e segurança pública. A conexão com este último é um grande fator para a prevenção à violência contra os mesmos, e resgate dos seus direitos e cidadania.

As ações de saúde realizadas no cotidiano de trabalho das equipes de CnaR voltam-se para as demandas das pessoas em uma abordagem articulada aos serviços da rede básica de saúde e à rede intersetorial. Sendo assim, as práticas de trabalho devem compreender que a realidade em que atuam envolve um contexto de desigualdade social presente no cotidiano dessa população, que carrega o fardo da invisibilidade como ser humano, além das precárias condições de vida (Silva, Frazão & Linhares, 2014).

O trabalho promovido pelo CnaR potencializado pela rede têm impacto social ao reduzir as condições de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, profissionais do sexo e usuários de drogas exposta a diversas situações de risco, tais como: violência, perda de bens, doenças, falecimentos precoces e gravidez não planejada. Além, de fortalecer a cidadania e os direitos individuais e coletivos desses grupos vulneráveis.

Santos (2014) relata que há pessoas vivendo em situação de rua desde a Idade Média, pessoas que não se adequavam ao padrão de boas qualidades para sobreviver em sociedade eram condenadas a viverem às margens da sociedade. Bursztyn (2003), também afirma que pessoas vivendo em situação de rua nos remete ao nascimento do capitalismo, portanto não seria um fator social recente, e sim um evento ligado a própria história das grandes cidades.

O CnaR desenha-se como estratégia e ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, que incorpora a redução de danos de forma transversal em sua prática. A

redução de danos carece ser pensada de forma ampliada, como um conhecimento e olhar singular sobre as situações e demandas apresentadas pela população em situação de rua, incluindo a atenção integral à saúde (Abreu & Oliveira, 2017).

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. Por meio das ações de redução de danos e de intersetorialidade o CnaR, faz o reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo dessa população, propõe que o profissional de saúde vá ao usuário onde quer que ele esteja, colocando em prática os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. A redução de danos é destacada como estratégias que orientam o trabalho do CnaR (Simões, Couto, Miranda & Delgado, 2017).

Inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1994 como estratégia de saúde pública do Ministério da Saúde, a Redução de Danos destinou-se à prevenção das IST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis (Machado, 2016). Sua concepção por muito tempo esteve entrelaçada à prevenção de IST/AIDS. Contudo, na atualidade a compreensão direciona-se ao investimento em estratégias de promoção da saúde (Pacheco & Andrade, 2017).

A perspectiva da Redução de Danos propõe ações de promoção da saúde a partir das especificidades existentes em cada sujeito e cada território, considerando seus funcionamentos, condições e características; também constrói estratégias ampliadas de saúde e de qualidade apoiado nas singularidades de cada sujeito e seu momento no processo de vida e da comunidade. Sua metodologia é produzida a partir do encontro com o território e sua população, e dispõe como sustentação a construção e produção de vínculos e relacionamentos capazes de ultrapassarem o atendimento usual às pessoas em vulnerabilidade, e na produção de ações potencializadoras da saúde (Macerata, 2014).

Seu uso é ressaltado por profissionais do CnaR como uma importante prática de possibilidade de construção conjunta com aposta no protagonismo do usuário para realizar escolhas mesmo diante de condições desfavoráveis. Sua descrição inclui a distribuição de insumos, o contato com o usuário no local em que vive, ações de prevenção e educação em saúde e a discussão com outros atores do território do usuário (Simões, Couto, Miranda & Delgado, 2017).

O SUS tem como um de seus princípios doutrinários a equidade, ou seja, tratar os diferentes de maneira diferente para que haja justiça, contudo o que se percebe é que quanto mais se precisa menos se tem (Brasil, 1990). Pessoas sem documentos, cartão SUS e que não possui comprovante de endereço, muitas vezes tem o atendimento negado nas unidades de saúde. A equidade parece funcionar apenas quando se trata da classificação de risco, em que o critério de atendimento vai além da ordem de chegada, e procura-se atender primeiramente quem está em estado mais grave. No que diz respeito à saúde

pública, para redução do impacto dos determinantes sociais, é importante a melhoria no reconhecimento de grupos específicos onde a população de rua se encaixaria.

Ainda precisamos avançar no reconhecimento da pobreza, das necessidades dos vulneráveis como uma questão estrutural das sociedades, que, diariamente, “fabrica” e mantém a pobreza ao não compreender os processos de produção social que resultam em iniquidades, tanto na inserção dos bens socialmente produzidos (Egry, 2020), quanto no acesso à atenção psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados oferecidos pelo CnaR são desafiantes, pois requer abrir brechas nas rígidas estruturas dos dispositivos sociais e de saúde. Para tal nos baseamos nas políticas públicas de saúde e nos princípios norteadores do SUS, tais como universalidade, integralidade e equidade, para que toda população atendida seja assistida devidamente e possa usufruir dos direitos garantidos constitucionalmente. Os caminhos percorridos no processo e cuidado buscou garantir a efetivação e concretude de tais princípios, assim como coproduzir a autonomia do usuário.

Seguindo uma perspectiva alinhada aos Direitos Humanos, as intervenções do CnaR utilizam de tecnologias de abordagem e intervenção que buscam proporcionar construção de autonomia e empoderamento dos usuários atendidos, fundamentados por estratégias de redução de vulnerabilidades. Estas têm como objetivo principal a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do modo de vida e das experiências no contexto da rua.

As práticas aqui relatadas dizem de uma Clínica balizada na capacidade reflexiva e crítica da realidade, e na necessidade de compreensão das singularidades, especificidades que as pessoas estão expostas na rua. Trata-se de uma clínica artesanal, política, ampliada, confeccionada na construção conjunta e na corresponsabilidade que possibilita a diversidade de sentidos dado à existência dessas pessoas por si mesmas (Machado, 2016).

Por fim, um dos nossos bens maiores é a ampliação do acolhimento e acesso para as pessoas em situação de vulnerabilidade social. Haja vista que temos constatado que a equidade no SUS muitas vezes tem sido restringida a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, não se aplicando a situações de vulnerabilidade social.

Ao iniciar estas estratégias de cuidado não tínhamos idéia do impacto e da dimensão que o serviço itinerante alcançaria, ajudando muitas pessoas que vivem em situação de rua e profissionais do sexo a se empoderarem e circularem em seus espaços de direito.

AGRADECIMENTOS

Essa experiência pode ser relatada graças ao incentivo à ciência produzido pela coordenação geral de saúde mental do município de Aparecida de Goiânia, que viabilizou e incentivou a criação do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (NIPESME). Esse grupo reúne profissionais dos serviços especializados em saúde mental e do Consultório na Rua do município e conta com profissionais que estudam e escrevem a respeito de experiências exitosas vivenciadas e situações desafiadoras em seus processos de trabalho. Agradecemos ao NIPESME pelo apoio e incentivo na produção de conteúdo que fortalece a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Abreu, D., & Oliveira, W. F. (2017). Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 33(2). Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n2/e00196916/pt>
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.
- Bursztyjn, M. (2003). *No meio da Rua: nômades, excluídos e viradores*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Clark, A. N. G., & Manikar, G. O. (1975). Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *The Lancet*, 305(7903), 366-368. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673675912805>
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (3ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Demarco, M. A. (2003). *A face Humana da Medicina – do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Egry, E. Y. (2020). Desafios da enfermagem brasileira para a equidade e a sustentabilidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e2020n3. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n3/pt_0034-7167-reben-73-03-e2020n3.pdf
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & saúde coletiva*, 21, 1839-1848. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n6/1839-1848/pt/>
- Espíndola, I. M., & Braga, T. B. M. (2019). Acompanhamento terapêutico com população em situação de rua de pacientes do CAPS-ad: um vínculo possível. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 30. Recuperado de <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/115>
- Hino, P.; Santos, J. O., & Rosa, A. S. (2018). Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 1), 684-692. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
- Jorge, J. S., & Corradi-Webster, C. M. (2012). Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social*, 3(1), 39-48. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100007&lng=pt&tlng=pt.

- Macerata, I. (2014). Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Revista Polis e Psique*, 3(2), 207-219. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/46178/28740>
- Machado, M. D. G. G. (2016). *Mulheres no contexto da rua: a questão do gênero, uso de drogas e a violência*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás). Recuperado de <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6264>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 (4), 370–396. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 27(65), 316-323. Recuperado de https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_e_merson_merhy_tulio_franco.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: DF. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
- Pacheco, M. E. A. G., & Andrade, J. T. (2017). Concepções em redução de danos no projeto Consultório de Rua: práticas na saúde mental. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, 14(2), 57-74. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2017v14n2p57>
- Santos, V. B. (2014). *Mulheres em vivência de rua e a integralidade no cuidado em saúde*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria). Recuperado de <http://w3.ufsm.br/ppgp/images/dissertacoes/2013-2014/veronica-bem.pdf>
- Silva, F. P.; Frazão, I. S.; Linhares, F. M. P. (2014). Health practices by teams from Street Outreach Offices. *Cad Saúde Pública*, 30(4), 805-814. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0805.pdf>
- Simões, T. R. B. A.; Couto, M. C. V.; Miranda, L. & Delgado, P. G. G. (2017). Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde em Debate*, 41(114), 963-975. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300963&lng=pt&tlng=pt

Nota sobre os autores

Adrielle Cristina Silva Souza - Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Coordenadora do Consultório da Rua, Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.
E-mail: enfeadrielle@gmail.com

Eurides Santos Pinho - Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade Sul-Americana (FASAM). Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.
E-mail: euridesenf@gmail.com

Mayk Diego Gomes da Glória Machado - Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professor no curso de Psicologia do Centro Universitário Alfredo Nasser – UNIFAN. CAPS AD III Criarte Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.
E-mail: maykdagloria.machado@gmail.com

Luzana Eva Ferreira Lopes Nogueira - Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Chefe Administrativo do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.
E-mail: ferreiraluzana@gmail.com

Recebido em: 15/04/2020

Aprovado em: 05/08/2020