



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE
– ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS**

**Curso de Especialização em Saúde Mental: Especialização em
saúde mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos
Educativos.**

**OS PROCESSOS DO CUIDADO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA: UM OLHAR PARA ALÉM DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS.**

CARLA FÉLIX DOS SANTOS

ORIENTADORA: ANDREA DA ROSA JARDIM

PORTO ALEGRE

2013



Ministério da
Saúde



Resumo

O trabalho tem como proposta falar sobre as práticas de trabalho e de cuidado em atenção básica do Consultório na Rua/Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, situado na zona norte de Porto Alegre/ RS, que começou suas atividades em 2010, visando contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde oferecido pelo SUS para pessoas em situação de rua. O objetivo uma reflexão crítica sobre as práticas das políticas públicas para população de rua, através da produção em saúde deste serviço. A metodologia será o relato de experiência da enfermeira do serviço, descrevendo a implantação, o desenvolvimento das ações, procedimentos e resultados de alguns dados de produtividade da equipe. Os resultados que, surgiram a partir do levantamento do banco de dados da própria da equipe, mostram que a proporção de homens nas ruas é maior quando comparados com as mulheres, o acessos à rede de saúde, mesmo quando acompanhadas pelo Consultório na Rua, as emergências clínicas e psiquiátricas são menos dificultado se comparadas à atenção primária, pois a mesma tem entraves burocráticos para poder acessar a rede de saúde. Ao concluir percebeu-se que para fazer prática em saúde para população em situação de rua e garantir seus os direitos é preciso uma efetiva mudança no cenário atual que necessita da contribuição dos outros atores da saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. População de Rua. Serviços de Saúde

Abstract

The paper aims to talk about work practices and care in primary health care in the Medical Office / Street Health Care in Conceição Hospital Group, located in the north of Porto Alegre / RS, which began its activities in 2010, aiming to contribute to the expanding access to health care offered by the NHS for people on the streets. The purpose of a critical reflection on the practices of public policies for the homeless, through the production of this health service. The methodology will be reporting experience by the nurse service, describing the deployment, development of actions, procedures and results of some data team productivity. The results that emerged from the survey database own team, show that the proportion of men in the streets increased compared with women. The access to health care services, even when accompanied by the "Street Office", show that the clinical and psychiatric emergencies are less complicated compared to primary care, because there are bureaucratic obstacles to access the health system. Upon completion it was realized that to make health practice for the homeless population and ensure their rights is necessary to an effective change in the current scenario, and requires the assistance of the other professionals layers in health care.

Keywords: Public Health . Population Street. Health Services

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 SOBRE A POPULAÇÃO DE RUA	9
3 O CONSULTÓRIO DE RUA E SUAS PRÁTICAS	12
4 DISCUSSÃO.....	20
5 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O presente artigo tem como proposta falar sobre a implantação de um Consultório na Rua/Pintando Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, em 2010, situado na zona norte de Porto Alegre/ RS e, que tem como objetivo uma reflexão crítica sobre as práticas das políticas públicas para população de rua, através da produção em saúde deste serviço. A motivação para esse trabalho surge através da experiência como enfermeira dentro dessa equipe de trabalho que, tem como público alvo população em condições de risco e vulnerabilidade pessoal e social. A metodologia será o relato de experiência sobre o Consultório na Rua, a sua implantação e o desenvolvimento de suas ações e procedimentos, demonstrando a pertinência da sua proposta como um dispositivo inovador de atendimento as populações em situação de rua no próprio espaço da rua.

Segundo Secretaria Nacional de Assistência Social (2005), a população em situação de rua é definida como: grupos populacionais heterogêneo, compostos por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelido a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente¹. Em 2009, de acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a população em situação de rua se trata de grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória².

Visibilizando esta população foi que surgiu a primeira experiência de Consultórios de Rua em Salvador no ano de 1999, onde profissionais de saúde que constataram que o número de crianças e jovens usuários de álcool e outras drogas, moradores de rua, diminuía quanto à frequência nos serviços de atendimento especializado quando atendidos pelos CR3. Esse projeto, idealizado pelo professor e psiquiatra Antônio Nery Filho, foi

inspirado no trabalho da Organização Não Governamental (ONG) francesa “Médica do Mundo”, que atuava com pessoas em situação de vulnerabilidade social. Os dados encontrados por Noto et al. (2004) revelaram que a maior parte dos jovens em situação de rua que buscou ajuda a fim de parar ou reduzir o consumo de alguma droga o fez junto a uma instituição de assistência específica para essa população, sendo que apenas 0,7% dos entrevistados procuraram uma unidade de saúde, mostrando “a enorme distância entre a situação de rua e os serviços de saúde”. Fatores como a descrença dos jovens em relação aos profissionais de saúde, a pouca familiaridade com os serviços de saúde, além dos “preconceitos dos profissionais em relação à situação de rua” parecem entrar no rol das dificuldades para se estabelecer uma relação com a rede sanitária institucionalizada⁴.

Em nosso País a condição de vida da população de rua coloca, no cenário das políticas públicas de saúde, uma desafiadora e intensa situação de iniquidade. Nesta direção, a produção do cuidado voltado a este segmento populacional precisa considerar este cenário de vida em desigualdade social, contemplando as necessidades de saúde desta população com a elaboração e implantação de estratégias compensatórias. Uma prática de saúde que opera em discriminação positiva em ofertas terapêuticas que visam incluir ativamente na rede de cuidados em saúde aqueles coletivos em desvantagem social, visando produzir respostas ampliadas à diversidade de problemas de saúde ocorrentes junto a esta população. Para trabalhar com estas situações, o Ministério da Saúde elabora uma política pública para álcool e drogas propondo a criação dos Consultórios de Rua que oferecem soluções em saúde e estratégias para intervenção junto aos usuários de uso e abuso de SPA e em situação de rua, indicando o paradigma da redução de danos como estratégia fundamental, em conformidade com níveis de exigência e critérios mais flexíveis no tratamento dos usuários de drogas, por reconhecer as suas dificuldades no que tange à adesão ao tratamento, e o papel ativo do usuário nesse processo, fortalecendo a concepção da redução de danos “como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada”⁵.

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, que tem 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 rua⁶, admitindo-se a possibilidade do uso deste dispositivo visando ampliar o acesso da população de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica surgiu o Consultório na Rua no Brasil de acordo com a Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011, assim as eCR terão como proposta o acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos⁷. Nessa direção, esse estudo apresentará os processos de trabalho do Consultório na Rua do GHC, demonstrando suas práticas de cuidado em atenção básica que visa ampliar os acessos e os acolhimentos, potencializando o cuidado com uma população desassistida, apesar das políticas públicas direcionadas para população em situação de rua.

2 Sobre a população em situação de rua

Tomar o espaço das ruas como meio de sobrevivência não é um problema recente, já que desde as cidades pré-industriais se constatava a presença de hordas de miseráveis. Após a Revolução Industrial, no entanto, esse fenômeno vem aumentando, relacionado ao processo de ruptura social decorrente das mudanças no mundo da produção econômica, desde o crescimento do capitalismo, sobretudo da mudança do capitalismo financeiro e do neoliberalismo e as agudas desigualdades sociais produzidas nesse processo⁸. Embora grande parte dos estudos sobre esse tipo de população tenha sido realizada no século XX, há registros de sua existência desde o século XIV, e logo percebemos que a população em situação de rua não teve a devida atenção nos séculos anteriores, e sua abordagem pode ter sido impulsionada pelo aumento de seu contingente, visto que cada ano mais indivíduos utilizam as ruas como moradia.

Em relação ao termo “população em situação de rua” (PSR), as classificações são heterogêneas, sobretudo se comparadas diferentes realidades internacionais⁹. No Brasil, o termo consolidado expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar. Pode-se dizer então que o surgimento da população em situação de rua também é um dos reflexos da exclusão social, que cada dia atinge e prejudica uma quantidade maior de pessoas que não se enquadram no atual modelo econômico, o qual exige do trabalhador uma qualificação profissional, embora essa seja inacessível à maioria da população. Segundo SENAD, (2005), a condição de exclusão social é, fundamentalmente, reflexo do modo como a sociedade reconhece tais pessoas: um reconhecimento marcado intensamente pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria¹⁰. O termo exclusão apresenta uma ambiguidade de significadas e diferentes dimensões que englobam desde a desigualdade social até o aspecto ético-político da injustiça, passando pela dimensão subjetiva do sofrimento, ressalta Sawaia que Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico¹¹. Nesse sentido, a população que vive nas ruas, na impossibilidade de reconhecimento social, dignidade humana e cidadania, vivencia a situação de exclusão

nas suas diversas dimensões, sendo muitas vezes privados de vínculos familiares e sociais, sem de condições mínimas para sobreviverem. Assim, essas pessoas em sua maioria não são percebidas pelas pessoas que passam, ou são definitivamente ignoradas devido a sua condição de inutilidade social, sem direitos, vistas pelo senso comum como drogados, perigosos e sujos, ou seja, são invisíveis, todavia incomodam.

Os personagens que hoje compõem o cenário de rua são muito mais abrangentes do que na época em que só a mendicância determinava esse destino. São homens, mulheres, crianças, idosos, e até mesmo famílias, que muitas vezes se formam nas ruas. Viver na rua pode nem sempre significar viver sem dinheiro, pois muitos indivíduos dela obtêm o mínimo necessário ao seu sustento, bem como não expressa viver sozinho, uma vez que os indivíduos podem nelas estabelecer novos vínculos¹². Estes vínculos vão se formando à medida que a rede de vínculos construída na rua passa a ser uma referência mais significativa para o indivíduo do que a própria família. Para HUTZ (1997), a história de vida de muitos que estão em situação de rua é marcada por uma série de conflitos familiares que geram uma fragilização dos seus laços sociais¹³. Em 2007, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou censo para PSR, que procedeu à contagem de todas as pessoas em situação de rua acima de 18 anos, em um universo de 71 municípios com população total superior a 300 mil habitantes à época, e reconheceu os quatro censos realizados autonomamente pelos municípios citados (São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre), em Porto Alegre no estudo de 2008 foram contabilizadas 1.406 pessoas em situação de rua. Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiram aos problemas de alcoolismo e /ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%); e, dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos três motivos, que a pesquisa destaca que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro¹⁴.

Frente aos resultados apontados pela pesquisa e ao aumento considerável de uso de drogas por pessoas em situação de rua, o Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, lança o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD, 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009 (BRASIL, 2009a), e do

Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010 , como objetivo de intervir nas causas e consequências do uso excessivo e prejudicial de álcool e outras drogas. Nessa lógica em 2009, o ocorre à proposição que o Consultório na Rua se torne uma das estratégias 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 .

3 Consultório na rua

O projeto Consultório de Rua foi concebido, na Bahia, em 1997, pelo coordenador e fundador do CETAD/UFBA, Professor Antônio Nery Filho, após a produção dessa pesquisa etnográfica sobre os meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas legais e ilegais, na cidade de Salvador. Naquela ocasião foi constatada a necessidade de respostas mais adequadas às questões relacionadas aos jovens usuários de drogas em situação de rua. Assim, o Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender aos meninos e meninas em situação de rua, usuários de drogas, que se encontram em risco pessoal e social, cujo atendimento se dá fora dos muros institucionais. Sua metodologia de trabalho envolve o desenvolvimento de ações através de equipes multidisciplinares que se dirigem ao encontro do público-alvo em seus locais de permanência, em pontos distintos da cidade, com o apoio de veículo adaptado para essa finalidade e realiza atendimentos, in loco, visando à prevenção e a redução de danos decorrentes do consumo de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS.

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 drogas¹⁵. A partir da lógica da “Política de Saúde Mental”, instituída através da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” vem garantindo a consolidação e a expansão da rede de serviços substitutivos¹⁶ e, na esteira desse processo, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, recomendada desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001¹⁷. Em conjunto, em 2003, o Ministério da Saúde reforçou a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas instituindo “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas” com o objetivo de articular ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas, a fim de organizar e implantar uma rede estratégica de serviços

extra-hospitalares de atenção para estes usuários. Sendo assim, o MS demonstra o reconhecimento de que “os comprometimentos associados ao consumo de álcool e outras drogas se constituíam em graves problemas de saúde pública, e que podia ser constatado um atraso do SUS em relação à assunção de responsabilidade pelo enfrentamento desses “problemas”¹⁸.

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 rua¹⁵. Visto que o consultório de rua constituiria como um potente dispositivo público de saúde na atenção básica, na atenção com populações em situação de rua levando o serviço de saúde até essas pessoas, estimulando o hábito do autocuidado, promovendo ações educacionais, preventivas e de enfrentamento ao uso de drogas. Foi considerada a vulnerabilidade a que estão expostos, agravados pelo uso de drogas, bem como das dificuldades em aderir aos modelos tradicionais de serviços da rede de saúde. Desta forma, o Ministério da Saúde (MS) ampliou as ações de enfrentamento para esta população, sendo inicialmente incentivada a implantação de 35 CR em 31 cidades brasileiras¹⁵.

Em conjunto com as práticas de trabalho dos CR a Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, vez que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas¹⁹. A partir da mudança na lei, que ocorre em 2006, a estratégia de Redução de Danos passa a inserir-se nos espaços institucionais através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental

e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas. Está prevista também na Política Nacional sobre Drogas, realinhada em 2004. A RD pode ser entendida como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que traz novos desafios à clínica e implementam novas tecnologias de cuidado, levando os compromissos e diretrizes da Reforma para pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA). O princípio da clínica ampliada, como diretriz principal das estratégias de redução de danos, aproxima a Reforma Psiquiátrica do campo da drogadição, fazendo emergir deste processo novos sujeitos de direito: pessoas que fazem uso abusivo de drogas e que são marginalizadas pelo histórico de uma política repressiva.

Contrapondo a diretriz da Redução de danos, as políticas de repressão às drogas que visam à diminuição do consumo pela população por meio da redução da oferta têm sido consideradas, de modo consensual, dispendiosas e ineficazes, com resultados práticos extremamente reduzidos em termos de saúde pública, da mesma forma que as propostas cuja meta é a abstinência, têm revelado pouca resolutividade, pois, muitas vezes, o usuário não quer abandonar seu consumo, pelo menos, não naquele momento. Assim, as tentativas de solução do fenômeno da expansão das drogas focadas na binomia repressão/abstinência têm sido consideradas, no mínimo, insuficientes^{20,21}. Algumas experiências que vêm sendo realizadas no Brasil através da estratégia de redução de danos apontam para uma resposta extremamente positiva, não só em relação aos números, que evidenciam uma maior adesão dos usuários às orientações preventivas relacionadas ao uso de drogas injetáveis como, também para o alcance que os princípios éticos da RD podem atingir ao lidar com os usuários no seu contexto de vida, e, ainda, pelos efeitos resultantes do estabelecimento de laços entre esses e os redutores de danos^{22,23}.

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 de 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-educadora, 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 nº122, de 25 de janeiro de 2012: 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.

Nessa lógica o trabalho da equipe de Consultório de Rua do Grupo Hospitalar Conceição, nomeado “Pintando Saúde”, começou a ser escrito em fevereiro 2010 e o projeto nasceu de uma necessidade desse tipo de serviço na cidade de Porto Alegre, visto 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. Os aspectos que também foram abordados para a atuação da equipe multiprofissional pautaram-se na 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. Desde a criação do projeto verificaram-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 122/2012, bem como tem trabalhado na ativação da rede de atenção psicossocial, conforme apregoado na Portaria GM/MS 3088/2011. Atualmente a equipe é da modalidade II com a seguinte composição: A equipe do consultório na Rua do GHC é atualmente composta pelos seguintes profissionais: uma assistente social, um educador físico, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar administrativo.

A equipe do CR está lotada na Gerência de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição e tem sede própria desde Agosto de 2013, antes compartilhada como Caps i da instituição, nas proximidades do hospital. A equipe, atualmente, com sete funcionários do GHC, também conta com dois R2, dois R1 de saúde mental da Residência

Multidisciplinar Integrada em Saúde Mental do GHC, dois estagiários do bacharelado de Saúde Coletiva da UFRGS e um estagiário curricular de enfermagem da UFCSPA, que promovem em conjunto com as equipe relações multiprofissionais e interdisciplinares quando compartilham e integram saberes. Para as atividades na rua é disponibilizado uma Kombi da Gerência de Saúde Comunitária que é compartilhado com outros serviços, visto que o veículo próprio do CR está em manutenção há mais de um ano, dois telefones celulares, alguns lanches e sucos fornecidos pela instituição, preservativos, materiais de enfermagem para curativos, aplicação de medicação, alguns medicamentos que podem ser prescritos pela enfermeira, conforme protocolo institucional. As atividades de trabalho de equipe são divididas por microequipes de combinações de aproximadamente três pessoas por territórios abordados pela equipe, nos mesmos dias da semana, como estratégia de vinculação com a população do território. Atualmente são abordados 5 territórios na zona norte de Porto Alegre, definidos a partir de um mapeamento da área com o auxílio dos agentes em 4 locais que apresentam em coletivo de pessoas distintas em comparação de “modo de viver” na rua, alternado gêneros, atividades na rua e tipo de SPA utilizadas por estes. Mas a atividades da equipe não se detém a abordagem coletiva na rua, pois quando necessário e, com a vontade do usuário, os trabalhadores do serviço fazem a inserção e acompanham estes nos serviços necessários para a efetivação do projeto terapêutico singular, prevenindo e reduzindo danos associados, ou não, ao uso de substâncias psicoativas pessoas em situação de rua. As principais características a serem destacadas nessa metodologia é a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra (*in loco*), levando em consideração que *setting* é a rua, isso por sua vez exige ou instiga a uma atuação da equipe que avalie as condições de vida, facilite o seu acesso à rede de serviços do município, ofereça assistência multi e interdisciplinar, cidadania, dignidade e com base nos seus princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade à saúde. Para Lancetti a desterritorialização do *setting* possibilita, a seu ver, a criação de outras formas de “engate terapêutico”. Dentre essas práticas peripatéticas, inclui a estratégia de Redução de Danos como um exemplo dessas novas formas de trabalhar, endereçada aos usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados socialmente²³.

Um dos territórios abordados, que predominantemente tem o gênero feminino às mulheres que transitam, algumas tendo moradia fixa apenas trabalhando no território tem a

prostituição com atividade de trabalho e, fazem uso abusivo de crack associados ou não com álcool, portanto as atividades demandadas para equipe por essa população atingem a partir da distribuição de preservativos, teste rápido de HIV e sífilis, exames para confirmação de gravidez e DST's, aplicação de contraceptivo injetável, curativos, documentação de identidade, acompanhamento nas emergências psiquiátricas para internação para desintoxicação, redução de danos nutricional, acompanhamento de pré-natal até mesmo diálogo com os profissionais que se faz presente como forma, não só de escuta, mas de vinculação. Concomitantemente, outro território que é abordado semanalmente apresenta em sua população o predomínio do sexo masculino e, que na mesma praça em que se faz o encontro com a equipe é sua moradia, fazem do álcool a principal substância abusada por esta população e percebo que as necessidades de saúde são as mesmas, observados os procedimentos específicos para cada sexo com a aplicação de contraceptivo. Outros territórios abordados semanalmente têm públicos mais mistos, mais ainda com predomínio da população masculina, que circulam e/ou moram em outros espaços da zona norte com demandas muito próximas de toda a população atendida.

Depois de levantadas as necessidades individuais de saúde , a partir da abordagem em grupos o trabalhador de referência do território , quando não podendo ser realizado o procedimento necessário é marcado com o usuário outra data para a equipe acompanhá-lo. Pois quando se faz necessário acessar a rede de saúde com Unidades de Saúde (US) ou Estratégias de Saúde da Família (ESF), os de prontos atendimentos e emergências se tornam lugares mais “facilmente” acessados devido a não exigência de documentação de identificação ou comprovante de residência, mas não tem considerado a vulnerabilidade como necessidade de um atendimento mais breve ou diferenciado, quando se trata de priorização de atendimentos ou vaga de internação. Evidências como essas levam Paim (2005) a fazer uma alusão à estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) sugerindo “que deveriam ser cogitadas alternativas para os ‘sem família’, como as crianças e adolescentes em situação de risco e grupos residentes em áreas sob o domínio do tráfico”²⁴. Nesse sentido, o atendimento a grupos em situação de risco e de exclusão social procura transpor o desafio de combinar o princípio da universalidade com o da equidade como forma de minorar as desigualdades existentes, e deveriam se concretizar na prática, dois dos princípios éticos que regem o SUS.

Mais atividades, com reuniões de equipes semanais também fazem parte do serviço e visam propiciar momentos da equipe de educação permanente, discussão de casos, compartilhamento de ações e intervenções a serem realizadas no território, promove a gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas. 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. A participação dos usuários e ex-usuários dos serviços de toda saúde mental é o foco no programa, pois é um espaço onde têm oportunidade de interagir, serem ouvidas. Para organizar os processos de trabalho cadastrando os usuários atendidos pelo serviço e ter a produtividade de ações e procedimento do serviço, em 2013 o CR reformulou seu a planilha de abordagem e banco de dados para otimizar a manutenção desses dados. Tendo como principal objetivo facilitar o acesso à saúde aos habitantes da rua, percebemos que a necessidade de atender essa população desassistida, com relação ao uso de drogas e também a todas as questões de saúde que envolva o morar na rua apresento os dados das as ações e procedimentos desenvolvidos pela equipe no primeiro semestre de 2013. O levantamento dos resultados dos dados demonstrado nesse trabalho foi colhido do banco de dados da equipe do CR do GHC, e alimentado por instrumento próprio que, também foi desenvolvida e preenchida pela equipe durante os encontros dos trabalhadores com os usuários (FIG 1). O formulário específico tem por objetivo demonstrar os tipos de atendimentos acessados, ou não, pela população em situação de rua nos serviços da rede de saúde e intersetorial (CREAS, abrigos, albergues, Tudo Fácil, igrejas, escolas e etc.), obter dados como nome completo, idade, raça, procedimentos realizados pela equipe e espaço livre para colocar pactuações ou outras informações pertinentes. Contudo a equipe teve a preocupação de formular uma planilha de maneira que as informações contidas sejam facilmente preenchidas pelos trabalhadores e estudantes que a utilizam, devido ao dinamismo do trabalho nos cenários de rua e para o correto preenchimento das informações.

A produtividade do Consultório na Rua “Pintando Saúde” apresentada a seguir surgiu do período de 01/01/2013 à 30/06/2013 com 736 usuários cadastrados. Do total de usuários atendidos apresentados por gênero foi de 473 (64%) homens e de 263 (36%) mulheres (FIG 2). A variação de idade só conseguiu ser avaliada a partir de 243 pessoas

que informaram e, que demonstrou que a idade média é de 30 anos de idade, a máxima foi 62 anos e a mínima de 2 anos de idade. Sobre o acompanhamento na rede saúde aos usuários pela equipe Pintando Saúde vê-se que de 21 pessoas internadas; 29% internação hospital geral e 47% internação psiquiátrica e 24% outros (FIG 3). Quando olhamos das 19 pessoas atendidas nas emergências; 16% foram para emergência geral, 56% emergência de saúde Mental e 26% foram atendidas nas emergências psiquiátricas e encaminhadas para as emergências gerais (FIG 4). Do total de 1829 procedimentos realizados exclusivamente pela equipe, os três mais realizados se destacaram foram o diálogo 1139 (62%), entrega de preservativos 239 (13%), e Redução de danos nutricionais 165(9%). Na esfera das ações foram contabilizados 1306 na sua totalidade, e que abordagem na rua se mostrou a principal ação com 933 (78%), seguido por busca programada de 105 pessoas (9 %), Visita institucional 75(6%), visita a familiares 60 (5%) e demanda espontânea de 28 pessoas (2)% ao serviço do CR.

4 Discussão

A proporção de homens serem maiores, quando comparado, as mulheres em situação de rua como mostra os dados de atividades do CR “Pintando Saúde” não foge a média nacional e ao que é percebido como trabalhadora dessa equipe. Conforme Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada 2008 que mostrou 82% da PSR ser do sexo masculino em paralelo a isso a faixa etária se mostrando na média de possui entre 25 e 44 anos¹⁴. Quando falamos de acesso à rede de saúde percebemos que CR do GHC trabalha 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, com relação aos dados de inserção na rede de saúde que, numa importante parcela, inclui a internação psiquiátrica com a estratégia de Redução de Danos como um exemplo dessas novas formas de trabalhar, endereçada aos usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados socialmente. A peripatética se torna fundamental nos espaços em que a PSR está inserida, pois norteiam as práticas dos profissionais que atuam nesses espaços do campo da saúde mental, oferecendo assim possibilidades terapêuticas por funcionar/operar no meio aberto em que o indivíduo pode encontrar, nas situações externas cotidianas (ambiente familiar e sociocultural), as oportunidades de trabalho clínico-terapêutico.

A clínica ampliada também é uma prática percebida da equipe CR Pintando Saúde que se norteia na das diretrizes que a Política Nacional de Humanização, onde o modo de se fazer saúde se torna mais qualificado, porque se propõe a ligar os atores de saúde, rede intersetorial e família no cuidado em conjunto com os usuários. Vemos claramente que essas práticas aumentam a autonomia do usuário quando esse procura espontaneamente o serviço de saúde, ou quando a visita às famílias, que é a “rede afetiva” dos usuários, se torna um potente instrumento que une as equipes de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e com a criação de vínculo com o usuário. Considerando que a rede de saúde é um grande dificultante para a PSR que, ao procurar atendimento nos serviços públicos, precisam superar a rejeição dos profissionais de saúde, pois o aspecto físico de quem mora na rua, em função da dificuldade de manter uma higiene regular pode provocar atitudes de repulsa por parte das equipes, além falta de documentação e

comprovante de residência que são pedidos no cadastramento dos serviços. A falta de comprovante de residência e muitas vezes sem documentos de identificação, as pessoas em situação de rua enfrentam pesados entraves burocráticos no acesso às unidades de saúde, principalmente na atenção primária, dificultando sua entrada e passagem pelos diferentes estágios do tratamento, entre eles o recebimento de medicação, a marcação de consulta de retorno e o agendamento de exames²⁵. Esse aspecto é reforçado por Teixeira (2002), que refere à importância da busca de alternativas que possam contribuir para o alcance e a aproximação dos objetivos de universalidade, integralidade e equidade, bem como da investigação e reflexão crítica do processo e dos resultados da implementação de inovações gerenciais, organizativas e operacionais em saúde cujas atividades extrapolem os muros das unidades de saúde, articulando ações educativas de promoção da saúde com ações de prevenção de riscos e agravos²⁶.

Para Merhy (2000), “o tema de qualquer modelo de atenção à 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”²⁷. Logo se antes de quaisquer saberes clínicos, considerarmos a vulnerabilidade e o risco do indivíduo, como diagnóstico, pois também leva em conta a história de quem está sendo cuidada, teremos um olhar mais integral e menos burocrático para essa população de necessidades singulares. Desse modo, ações básicas e especializadas de atenção à saúde aos segmentos da população excluídos do acesso aos serviços se cada vez mais dificultadas, por isso o Consultório na Rua vêm se apresentando resolutivo como uma das estratégias de reorganização e inserção da atenção à saúde, fazendo interlocução da rede de saúde e a PSR que, não se sente usuário do SUS por não conseguir por si só, por entraves de documentação acessar a rede pública.

6 Conclusão

Na condição de trabalhadora do serviço percebo a atuação de toda equipe que se preocupa com a construção de vínculos com os usuários em seus territórios vivo como ferramenta de trabalho com as pessoas que não se adaptam aos modelos clínicos tradicionais. Mas vivencio conjuntamente com essa equipe, frustrações com certa “impotência” de um serviço que vislumbra facilitar o acesso de uma população a rede de saúde, e também se sente excluída juntamente, situação que cala a voz de vários usuários que não podem se fazer ouvir, pois se encontram fora de todos os espaços garantidos por legislações, mas nem sempre pelos outros trabalhadores da saúde.

Tive como proposta nesse trabalho a realizar brevemente um relato de alguns dados de produtividade percebidos pela vivência como enfermeira do Consultório na Rua Pintando Saúde, ao longo de um ano. Pretendeu-se assim apresentar a existência e a prática, do “nosso fazer” em saúde de novas práticas ao “cobrar” os seus direitos da população em situação de rua, no que está posto na lei pode, no plano teórico, mas nem sempre garantido os direitos dessa população, mas uma efetiva mudança neste cenário requer conscientização, sensibilização e, sobretudo, vontade política e, ainda, as transformações das práticas de saúde e de seus profissionais, operadores das novas práticas. Assim, para que possamos buscar as soluções para a questão população que está nas ruas, que na sua maioria é usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados da sociedade proponho para outros estudos, que se aprofunde na análise os dados de produtividade como desafio para inovadoras e novas propostas que se dirigem a esse segmento.

Referências

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.
2. _____. Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009: institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília; 2009.
3. Proença D. Sem domicílio sim, sem saúde não. *Revista Brasileira Saúde da Família* 2011 jan/abr; 12(28): 20-5.
4. Noto A R, et al. Catálogo de Instituições que assistem Crianças e Adolescentes em Situação de Rua em 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID, 2004. P. 85-90.
5. _____. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a. 24 p.
6. _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de Trabalho para II Oficina Nacional de consultórios de Rua do SUS. Brasília; 2010.
7. _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de redução de danos. Brasília, 2001. 114 p.
8. Bursztyn M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. IN: _____. No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p. 27-52.
9. Adorno R C F; Varanda W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-45, 2004.
10. _____. SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas. Fórum Nacional sobre Drogas (mimeo), 2005.
11. Sawaia B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007. P. 7-13.

12. Aristides JL, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de Rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Revista Espaço para Saúde* 2009 jun; 10(2): 43-52.
13. Hutz CS; KOLLER, SH. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos em Psicologia, Natal*, vol. 2, p. 175-197, 1997.
14. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008.
15. _____. 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.
16. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 4. Ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. P. 7-150.
17. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. p. 11-135.
18. Machado, AR. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2006. 151 f.
19. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2004b.
20. Bastos, F I (Orgs.). Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC, 1994. 215 p.
21. Bucher R. Drogas e sociedade nos tempos da AIDS. Brasília: Universidade de Brasília, 1996. 131 p.
22. Conte M. Redução de danos e psicanálise: articulações possíveis? Scielo, APPOA, Porto Alegre, RS, 2003. 11 p.
23. Lancetti A., Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2006. 127 p.

24. Paim, J. S. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA,2006. 152 p.
25. Carbone M. Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
26. Teixeira, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cadernos de Saúde Pública, 18 (suplemento) Rio de Janeiro, p. 153-162, 2002.
27. Merhy E E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir antimanicomial. In: MERHY,Emerson Elias & AMARAL Heloisa.

Anexos

Figura 1- Formulário de informações de abordagem diárias.

		Consultório na Rua				Preenchido por: _____ Data: _____			
Identificação 1				Território					
Idade/Data Nas c		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Cor <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> O		Tipo Abordagem <input type="checkbox"/> Primeira <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Rede		Ações <input type="checkbox"/> Abordagem na Rua <input type="checkbox"/> Visita Domiciliar <input type="checkbox"/> Visita Institucional <input type="checkbox"/> Demanda Esport. <input type="checkbox"/> Busca Programada ()C ()NC <input type="checkbox"/> Telefonema ()Recebido ()Efetuado	
Procedimento Realizado <input type="checkbox"/> Diálogo <input type="checkbox"/> Contraceptivo <input type="checkbox"/> RD Nutricional <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Encaminhamento <input type="checkbox"/> V.T. <input type="checkbox"/> Lazer/Cultura <input type="checkbox"/> Outro			Acompanhamentos <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Emergência Geral <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> Emergência Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Outro			Acesso à Rede Acesso à Rede <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Internou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Psiq.		Internação Prévia (D.Q.) Hospitalar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Comunidade Terapêutica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Situação de Saúde / Observações Gerais 									

Figura 2- Total de 736 pessoas abordadas a partir do sexo.

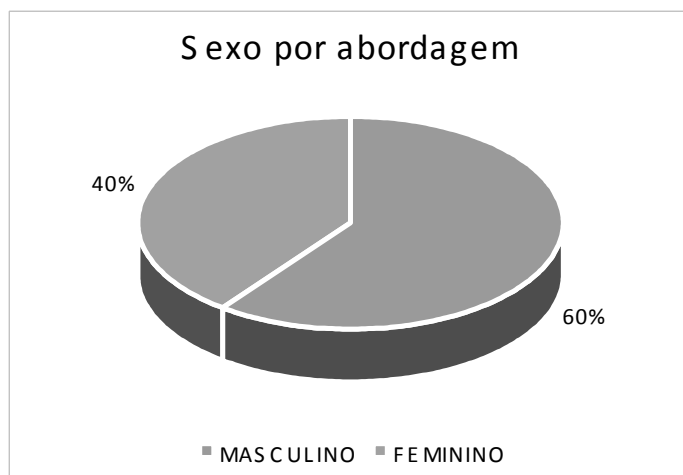


Figura 3- Total de 21 pessoas acompanhadas para internação.

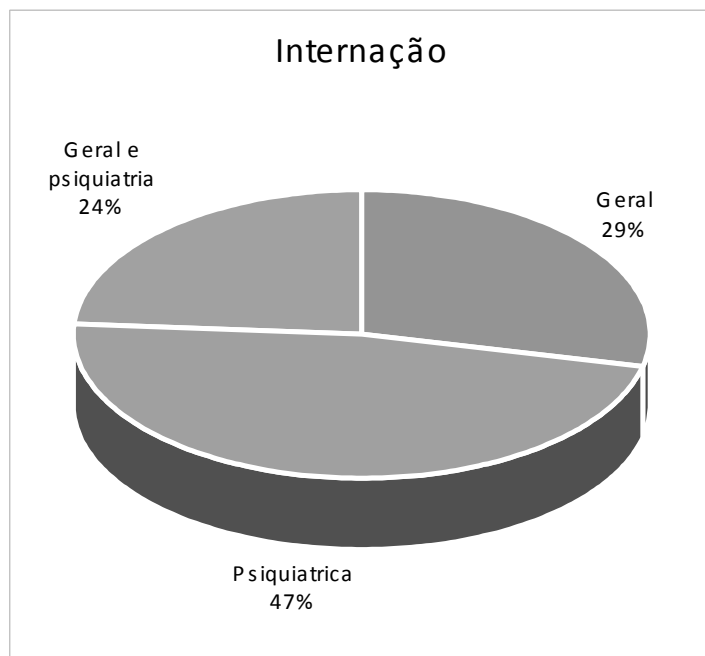


Figura 4- Total de 19 pessoas acompanhadas nas emergências.

