



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Montenegro Engstrom, Elyne; Barros Teixeira, Mirna
Equipe “consultório na rua” de Manguinhos, rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e
promoção da saúde em um território vulnerável
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 6, junho, 2016, pp. 1839-1848
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046187017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável

Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, “Street Clinic” team: care and health promotion practice in a vulnerable territory

Elyne Montenegro Engstrom¹
Mirna Barros Teixeira¹

Abstract *The structuring of care to the homeless people through Primary Health Care (PHC), standardized in 2012 is a challenge to the Brazilian Health System. This article discuss the practices of a Street Clinic (eCnaR) team for the homeless and alcohol, crack and other drugs users in order to provide comprehensive care implemented according to PHC and health promotion conceptions. A qualitative analysis of an eCnaR of the Municipality of Rio de Janeiro in the period 2011-2013 was performed, considering PHC essential attributes, with the following analytical categories: the territorial approach; open-door reception services; the complexity of care to vulnerable groups and the coordination of the health and intersectoral network. As theoretical framework, we systematized the concepts of care provided for in Brazilian policies/standards, considering health needs, as well as alcohol, crack and drug dependence in the homeless. As a PHC team for vulnerable populations and territories, the eCnaR was powerful in promoting access, building longitudinality, providing comprehensive care from the perspective of harm reduction and extended clinic. There are challenges to achieve effectiveness of care, such as the multi-professional education and composition; logistical and specialized support to address complex cases and also, the fragility of the network.*

Key words Primary Health Care, Homeless people, Vulnerability, Care, Harm reduction

Resumo *A estruturação do cuidado à população em situação de rua (PSR) pela atenção primária à saúde (APS) é desafio para o Sistema Único de Saúde. O objetivo do artigo é discutir as práticas de uma equipe Consultório na Rua (eCnaR) para PSR e usuários de álcool, crack e outras drogas de forma a efetivar um cuidado integral implementado segundo os atributos da APS e da Promoção da Saúde. Análise qualitativa das práticas de uma eCnaR do Rio de Janeiro no período 2011-2013, considerando como referencial, atributos essenciais da APS e as seguintes categorias analíticas: a abordagem territorial; o acolhimento em serviços de portas abertas; a complexidade do cuidado a grupos vulneráveis e a articulação da rede de saúde e intersectorial. Sistematizou-se as concepções de cuidado previstas nas políticas/normas brasileiras. A eCnaR, como uma equipe de Saúde da Família para populações e territórios dinâmicos e vulneráveis, foi potente em promover acesso, construir vínculo, prover um cuidado integral na perspectiva da redução de danos e da clínica ampliada. Há desafios para a efetividade da atenção, como a formação e a composição multiprofissional, o suporte logístico para a abordagem na rua, o apoio institucional e de especialistas e a fragilidade das Redes.*

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, População em situação de rua, Vulnerabilidade, Cuidado, Redução de danos

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. engstrom@ensp.fiocruz.br

Introdução

O acesso universal à saúde é um direito constitucional garantido a todos os cidadãos brasileiros, mas ainda há populações em situação de extrema vulnerabilidade, como a população em situação de rua (PSR), para a qual persistem barreiras ao acesso e ao cuidado em saúde, mantendo-a invisível para o sistema. Contrariando o preceito da equidade na atenção, essa população tem dificuldade de acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua porta de entrada principal – a Atenção Primária à Saúde (APS); utilizando, em geral, as emergências nas situações agudas ou de risco iminente à saúde e à vida. A APS, implementada em seus atributos de *primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação* da atenção, deveria estar apta a prestar o cuidado integral a populações vulneráveis, como a dos moradores de rua. Sistemas de Saúde com forte referencial na APS são mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm custos menores e são mais equitativos, mesmo em contextos de grande iniquidade social^{1,2}. A PSR é um *grupo populacional heterogêneo, constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas, desenvolvidas nas ruas, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular*³.

Apesar de o Brasil dispor de inúmeros censos e sistemas de informação, a população em situação de rua não é contabilizada nessas estatísticas, e nem aparece no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica – o SIAB, cuja unidade de análise é domiciliar. A *Pesquisa Nacional sobre a PSR*⁴ realizada em 2008 pelo Ministério de Desenvolvimento Social em 71 municípios identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua (crianças e jovens não contabilizados). Somava-se a esse número 10.399; 916 e 888 adultos, respectivamente, nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Recife, dos quais 70,9% exerciam algum tipo de atividade remunerada; 51,9% possuíam algum parente na cidade em que se encontravam; 19% não conseguiam se alimentar nem pelo menos uma vez por dia; 29,1% haviam ido para rua por conta de desavenças familiares; 35,5% por causa do uso de álcool e outras drogas e 29,8% devido ao desemprego.

Políticas de saúde governamentais voltadas ao cuidado específico a essa população são recentes e se iniciaram no campo da saúde

mental, com os “Consultórios de Rua” (CR). Essa proposta inspirou-se no primeiro CR criado em 1999 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas⁵. A partir dessa experiência, em 2004, em Salvador, o CR foi vinculado a um equipamento da área de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), inaugurando tal dispositivo na rede institucional. Em 2009, o Ministério da Saúde reconheceu os CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD⁶. Suas equipes ofertavam um cardápio mais restrito de cuidados de saúde aos usuários em seus locais de permanência referenciando-os, quando necessário, uma vez que o objetivo era proporcionar maior acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada e à assistência integral e promover laços sociais para aqueles em situação de exclusão social. Experiências exitosas de equipes que trabalhavam com PSR foram realizadas em algumas cidades brasileiras, como Salvador, Recife e Rio de Janeiro. Em seminário realizado em 2012, estas experiências foram debatidas e sistematizadas em publicação da ENSP/Fiocruz⁷, evidenciando-se a diversidade das práticas e do processo de implantação das primeiras *Equipes de Consultório na Rua (eCnaR)*, dispositivos de cuidado aos usuários de crack e outras drogas junto à PSR.

É, pois, recente a concepção de cuidado à PSR, que foi realinhada às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011⁸, quando esta reconhece, frente à heterogeneidade brasileira, a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre essas, as para PSR. Dessa forma, em 2011, houve a normatização das equipes de eCnaR com modelo de APS flexível às diversas realidades do país, que tiveram como referências as Unidades Básicas de Saúde/SUS⁹. A eCnaR deve configurar-se, assim, como a principal porta de entrada dessa população para a rede de serviços e deve atuar integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), assim como a outras redes intersetoriais. Em sintonia ao modelo de APS adotado no país, propõe-se que a eCnaR desenvolva ações de saúde individuais e coletivas, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde⁸, considerando o contexto de vida da população. Dessa forma, a eCnaR, como as demais equipes da ESF, é

concebida como porta de entrada da APS para o SUS. Pelas normatizações, foram criadas três modalidades de eCnaR⁹, variando segundo a composição profissional: i) com 4 profissionais sendo 2 de nível superior e 2 de nível médio; ii) com 6 profissionais e a modalidade iii) acrescida do médico. Poderão compor as eCnaR várias categorias profissionais: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal dando um caráter interdisciplinar à atuação da equipe⁹.

Pela sistematização das políticas e normas brasileiras, que se relacionam com a implementação das eCnaR, pode-se destacar aquelas relacionadas ao campo da saúde, como a APS, saúde mental, álcool e drogas (AD) e a outros setores, representados por diferentes Ministérios. Estes, a partir do ano de 2000, lançaram políticas que são potentes para ampliar o cuidado a esse grupo vulnerável, haja vista sua natureza intersetorial e interdisciplinar. Pelo Ministério da Saúde destaca-se a Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (2003)¹⁰ e o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD, 2009)⁶, que se integram à PNAB⁸ e a outras normativas que reforçam o papel do Consultório na rua no âmbito da APS. Já o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por meio do censo da PSR, gerou informações relevantes para a formulação de políticas públicas⁴. Cabe destacar o protagonismo da Casa Civil da Presidência da República com a promulgação da Lei 11.343 em 2006, que diferenciou o usuário de drogas do traficante; e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD¹¹ e do Ministério da Justiça cuja Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) lançou, em 2011, o “Programa Crack é Possível Vencer”¹².

Esses documentos expressam avanços em termos de políticas e legislações voltadas à PSR. Entre eles destaca-se a concepção da eCnaR como dispositivo de política intersetorial também voltada para usuários de álcool e outras substâncias psicoativas como maconha, crack e solventes, agravos presentes em parcelas de moradores de rua, de abordagem complexa e, para os quais, a redução de danos é a estratégia principal para o cuidado^{9,10}. Para ampliar o acesso e qualificar a atenção psicossocial, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹³, cuja eCnaR é um dispositivo do cuidado. Nessa nova configuração da rede, a eCnaR e o CAPS-AD

configuram-se como as principais portas de entrada da PSR para o SUS, com a atribuição de integração com a rede de saúde e intersetorial, tornando-se, assim, dispositivos territoriais para uma atenção integral e resolutive.

O campo da Promoção da Saúde (PS) tem sido potente para enfrentar o desafio da intersetorialidade, na medida em que recupera a saúde como prática socialmente construída, compreendida dentro de um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os agentes sociais estão inseridos¹⁴.

A eCnaR é, assim, a expressão da reorientação dos serviços de saúde¹⁵ para grupos vulneráveis atuando na prevenção, promoção e atenção com enfoque na integralidade das ações de saúde e na perspectiva de um cuidado ampliado com respeito ao contexto sociopolítico em que se inserem, bem como com as peculiaridades culturais locais. A redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas é um dos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde revisada em 2014, tendo como um dos seus eixos operacionais a territorialização e a articulação intersetorial¹⁶.

Considera-se a eCnaR um dispositivo da APS privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de PS que compreendam empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade em suas práticas.

Para além de algumas reflexões teóricas inspiradas nestas políticas públicas do século XXI, muito há o que se aprender das experiências práticas das eCnaR, que são protagonistas de novos processos de trabalho no cuidado à PSR.

A questão que motiva o presente artigo é compreender como e quais arranjos uma eCnaR pode desenvolver em suas ações cotidianas de cuidado, de forma a efetivar um cuidado integral, implementado segundo os atributos da APS¹ e da PS. Para tanto, objetivou-se descrever e refletir acerca das práticas de cuidado e promoção da saúde de uma equipe de Consultório na Rua que atuava em um território vulnerável em um grande centro urbano.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa que traz a sistematização de uma experiência, associada às reflexões acerca da mesma, delimitada em contexto e tempo,

visando à interpretação entre os pressupostos concebidos e sua expressão nas práticas dos serviços. O estudo de caso de uma dada experiência pode ser considerada metodologia estratégica para a área da gestão em saúde por descrever, com mais profundidade e em detalhe, o objeto em seu contexto¹⁷.

A partir do relato dessa experiência, vivenciada e observada diretamente pelas autoras no papel de gestora e apoiadora das ações de uma equipe – eCnaR de Manguinhos – e utilizando documentos de gestão (material técnico de acesso público)¹⁸, buscou-se, em um componente analítico, apreender as várias dimensões do seu processo de implementação, à luz de os referenciais das Políticas de Atenção Básica e Promoção da Saúde que consideram a temática de atenção a grupos vulneráveis, como a PSR. Dessa forma, a análise de práticas de uma equipe de atenção primária à saúde para população em situação de rua torna-se relevante pelo componente inovador e contemporâneo das normatizações oriundas das políticas públicas, ações estas que trazem desafios e soluções que podem ser aplicáveis à outros cenários de atenção à saúde, especialmente nos centros urbanos.

Estudou-se a eCnaR que atuava no bairro de Manguinhos, situado na zona norte do Município do Rio de Janeiro (MRJ), e suas práticas de cuidado desenvolvidas no período de 2010, ano de sua implantação, até 2013. O território em questão, com cerca de 37.000 moradores¹⁸, é um local de extrema pobreza, violência, conflitos armados e tráfico de drogas, com um contingente expressivo de moradores de rua e usuários de drogas. No ano de 2010, em sintonia à expansão da APS no MRJ, houve na comunidade, uma expansão da ESF (13 equipes, distribuídas em duas Unidades de Saúde) e neste bojo, em setembro de 2011, a criação da eCnaRua apresentada no presente artigo. Esse processo foi acompanhado pelas autoras desde a sua criação até maio de 2013, como observação direta e registro em diários de campo no cotidiano de suas funções na gestão local^{18,19}. Cabe destacar que esta experiência foi uma construção compartilhada com profissionais de saúde, gestores, apoiadores institucionais e a comunidade local.

As estratégias para a elaboração do material empírico foram: a sistematização dos documentos e a análise temática do conteúdo à luz dos pressupostos teóricos que apontassem a eCnaR como dispositivo para reorientação dos serviços, segundo as diretrizes da APS e PS. Com a técnica de análise temática do conteúdo,

construíram-se as seguintes categorias analíticas: a abordagem territorial; o serviço de portas abertas; a complexidade no cuidado a grupos vulneráveis e a articulação com a rede de saúde e intersetorial, cujos achados são descritos a seguir.

Resultados e Discussão

Abordagem territorial

Uma das primeiras atividades da eCnaR é a abordagem na rua por meio de visitas sistemáticas ao território para conhecê-lo, não apenas em sua dimensão geográfica, mas, também, em suas características ambientais, sanitárias e em suas áreas de risco e violência. Nessa experiência¹⁸, a PSR situava-se nas áreas de estrutura ambiental de péssima qualidade, sem luz, escondido debaixo dos viadutos, na beira de valões, cercada por amontoados de lixo, copos descartáveis de água mineral que eram usados como apetrechos para consumo do crack, de elevada prevalência na área. Era importante perceber, na dinâmica da organização social, se havia grandes aglomerados de moradores de rua (alguns com até 80 pessoas), se estes se compunham de famílias ou de pequenos núcleos (“o pai e a mãe da rua”) ou ainda, se viviam isolados.

Acerca da forma de abordagem, esta precisava ser gradual com a equipe se fazendo presente no território e mostrando-se acessível. A eCnaR, uniformizada e identificada como profissionais *de saúde*, percorria os espaços e anotava em diários de campo, as características dessas áreas (dormitórios, higiene e consumo de drogas). Foram encontrados espaços com grande aglomeração de usuários de drogas, principalmente de crack, denominados “cenas de uso”, revelando que nesse contexto, esse uso coletivo do espaço talvez fosse justificado por segurança e proteção entre os pares. Desse modo, a eCnaR se apresentava aos usuários, informava sobre a possibilidade do cuidado – na própria rua ou na unidade básica de saúde – esclarecendo sobre o sigilo das informações e da não obrigatoriedade de documentos de identificação, estabelecendo inicialmente laços de confiança e vínculo.

A abordagem na rua era realizada por mais de um membro da eCnaR, sendo sempre que possível, um agente comunitário, um técnico de enfermagem e ao menos um profissional de nível superior. Adotou-se, em Manguinhos, a Modalidade III de equipe^{9,19}, caracterizada pela

presença do médico e contando com enfermeiro, psicóloga, assistente social, odontólogo além de três agentes sociais e um técnico de enfermagem. Nessa abordagem, era possível identificar limites, mesmo que dinâmicos, das cenas de uso e realizar cadastro dos usuários, de forma preliminar (contagem de grupos, como se organizam – as “famílias formadas na rua”) ou mais completo, dependendo da oportunidade e da disponibilidade do usuário em fornecer informações. O número de cadastrados, após um ano de implantação, contabilizava cerca de 200¹⁹ e essa prática ajudava a dimensionar e a planejar o trabalho. A eCnaR disponibilizava seu contato (telefone) ao usuário, em caso de necessidade de saúde, situação de recolhimento para abrigos, situações de emergência e até mesmo em casos de migração para outras áreas da cidade.

Sobre os aspectos operacionais, além de dois telefones celulares, a equipe dispunha de um carro para locomoção da mesma no território, que era, ainda, utilizado, ocasionalmente, para transporte dos usuários até a Unidade Básica de Saúde ou até mesmo para internação e acesso a outros dispositivos da rede. O registro das informações era feito em diários de campo, não informatizados, preenchidos a cada visita de campo. Uma descrição detalhada da etnografia do ambiente, das cenas, dos moradores, das percepções e ações realizadas em campo era tema para discussão nas reuniões regulares da eCnaR, e subsidiava a melhoria da organização do processo de trabalho e planejamento das ações da equipe.

Diferente da ESF, que trabalha com território e domicílios delimitados, para a eCnaR a delimitação territorial era mais imprecisa e foi pactuada e revista segundo as dinâmicas sociais, considerando a migração intensa da PSR, tendo como área adscrita todo o território de Manguinhos e adjacências. Dessa forma, a adscrição era pactuada diretamente com o usuário, com flexibilidade para possível mudança deste para outras áreas.

Serviços de portas abertas: acolher e não recolher

O princípio da universalidade de acesso à saúde é, sem dúvida, um dos eixos éticos que norteiam a prática de cuidado à PSR e aos usuários AD, tendo em vista a situação de exclusão social a que estão submetidos. Assim, o objetivo da eCnaR, num primeiro momento, era intervir inserindo esses usuários na rede de cuidado

concedendo-lhes o direito constitucional à saúde e funcionando como porta de entrada no sistema de saúde capaz de dar respostas positivas a esses usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços⁷. Acolher e promover a inclusão das pessoas morando na rua à cidadania, aos serviços de saúde e a outros setores é atributo dos mais importantes, considerando-se sua extrema vulnerabilidade.

O acolhimento traz sempre uma combinação de duas dimensões, sendo uma no campo relacional, de postura do profissional em relação ao usuário, de escuta qualificada, de humanização; e outra no campo da organização de processos de trabalho, no qual o acolhimento pode ser um dispositivo que a eCnaR utiliza para promover o acesso e a resolutividade da atenção à saúde. Os profissionais de saúde, fundamentais para consolidar a estratégia da inclusão, do acesso e do acolhimento a essa população, precisavam desenvolver a habilidade de ouvir sem julgamento e preconceitos analisando as possibilidades do cuidado, num cardápio variado de ofertas da rede de saúde e intersetorial.

Por isso, o respeito à autonomia dos sujeitos se dava em uma perspectiva de um cuidado ampliado de saúde²⁰ que visava uma abordagem para além das necessidades físicas, incluindo uma postura de redução de danos que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários em abrigos ou da internação compulsória. De forma conflitante e associada às incursões policiais, os agentes da Secretaria de Assistência Social realizavam também ações de recolhimento dos usuários de crack, direcionando-os para o abrigamento obrigatório, sem o desejo dos mesmos. Isso gerava muita desconfiança e medo por parte dos moradores de rua, e exigia que a eCnaR se desvinculasse de tais práticas não participando desse tipo de ação. Essa prática de recolhimento foi objeto de intenso debate político no MRJ.

Dependendo da complexidade dos casos, a eCnaR se tornava a porta de acesso para outros níveis da rede de cuidado como as emergências/hospitais clínicos ou a atenção psicossocial. Além de cuidados na rua, ofertava-se, também, a possibilidade de atendimentos específicos na UBS, onde a eCnaR dividia espaço com outras equipes de saúde da família, com atendimento programado e demanda espontânea, com o acolhimento feito por profissionais da equipe em escala, sem horários restritos, observando-se as necessidades e possíveis ofertas. Como a unidade

dispunha de prontuário eletrônico para todos os usuários, também os registros da eCnaR eram informatizados podendo gerar um número de Cartão SUS.

A complexidade no cuidado a grupos vulneráveis

Ofertar a continuidade da atenção é também dizer para o outro que nos corresponsabilizamos por sua vida; é realizar compartilhamentos entre profissionais e usuários, em defesa da vida e com reconhecimento de que o trabalho em saúde pode ser apoiado por um modo de cogestão de coletivos²¹. Ao estabelecer o vínculo com sua clientela, a eCnaR procurava articular, com certo grau de liberdade e com espaço de singularização, as relações entre as instituições e as conexões entre os pontos de atenção da rede da saúde e intersetorial.

Uma relação dialógica de cogestão somada à ideia de apoio, de articulação em rede, é o que se espera da democracia nas relações de trabalho, no movimento de envolvimento do profissional com seu labor^{20,21}. A eCnaR precisava construir caso-a-caso os projetos terapêuticos, respeitando a singularidade de cada história de vida e a complexidade dos processos de saúde e doença, de forma a favorecer a autoestima e a adesão às terapêuticas pactuadas²⁰.

O vínculo podia ser estabelecido com qualquer profissional da equipe, que podia se tornar o gestor do caso, ou seja, o responsável por acompanhar o plano de cuidado daquele usuário. Nesse plano, pactuavam-se com o usuário ações de promoção e prevenção à saúde, tratamento e reabilitação. O atendimento clínico imediato (como fornecimento de analgésico, antibiótico, curativo, cuidado dentário) era, muitas vezes, a primeira forma de vínculo e a janela de oportunidade para a longitudinalidade do cuidado; outras vezes era ofertado o corte de cabelo como forma de primeiro cuidado. Abria-se, ainda, um cardápio maior de serviços e tecnologias (vacinação, curativos, exames laboratoriais e radiológicos, preventivo ginecológico, acesso a medicamentos, insumos como preservativos e, também, voltados à saúde bucal, dentre outros).

A abordagem da eCnaR envolvia a identificação de riscos e vulnerabilidades dos indivíduos e a captação de casos de maior risco para uma atenção mais premente. Dessa forma, os testes rápidos (para gravidez, sífilis, hepatite, HIV), coleta de escarro para tuberculose, por

exemplo, eram realizados na rua e na clínica, no momento mais oportuno possível, assim como intervenções rápidas. Na medida em que o vínculo se estabelecia, era possível planejar projetos terapêuticos, incorporando ações educativas, de promoção da saúde, de apoio e de inclusão social.

Para a oferta de cuidado, cada categoria profissional tinha um conjunto de procedimentos específicos a seu núcleo de saber, além daqueles relativos ao campo de atuação²¹, ampliando assim o cuidado a essa população extremamente vulnerável. A presença do médico, prevista apenas na Modalidade III⁹ era essencial para a qualidade e a continuidade da atenção, um avanço em relação às demais modalidades por ampliar a resolutividade da atenção.

Considerando o trabalho interdisciplinar fundamental para a abordagem à PSR, a incorporação de profissionais da saúde bucal (dentista, técnico de higiene bucal) foi fundamental. Ao cuidar dos agravos orais dessa população, frequentes nos usuários de drogas inaladas e com contato com mucosa oral, melhorava-se a autoestima dos usuários, conseguindo, assim, mais uma possibilidade de ampliação do cuidado específico à PSR. A equipe de saúde bucal participava das ações de campo com pequenas avaliações dos pacientes na rua, orientações, distribuição de kits, assim como realizava tratamentos clínicos. O psicólogo, atuando em seu núcleo específico da saúde mental, era um potente articulador dos dispositivos da rede psicossocial do seu território. O assistente social era profissional bastante atuante na valorização da cidadania com ajuda na retirada de documentação, abrigamento, quando necessário, e reinserção familiar, já que as vulnerabilidades sociais são determinantes do processo saúde-doença.

Demandas na atenção à saúde mental a usuários de AD, assim como no cuidado clínico à saúde tinham como enfoque a estratégia de redução de danos²², direcionando a oferta de cuidados que minimizavam as consequências adversas do uso prejudicial de drogas, tanto para o indivíduo como para a sociedade. Quando os usuários solicitavam tratamento para abandono das drogas, realizava-se uma análise das possíveis condições de adesão ao tratamento, segundo o perfil do usuário; buscava-se acesso à rede de saúde e intersetorial (abrigos, hospitais, locais para tratamento ambulatorial e internação para o uso de drogas), além de avaliação de reinserção familiar.

As ações valorizavam as atividades educativas e informativas utilizando material com informações diretas e práticas sobre agravos mais recorrentes como tuberculose; sobre o autocuidado, com a alimentação e a higiene, alertando para os danos relacionados ao uso de drogas, sexualidade, uso do preservativo, direitos humanos e cidadania, dentre outros temas relativos à qualidade de vida. As atividades artísticas e recreativas eram importantes estratégias de intervenção coletiva – partidas de futebol, roda de capoeira, trabalhos manuais, oficina de beleza, dentre outros – intensificando o vínculo e a integração das ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, ações fortemente induzidas pelos agentes sociais⁹.

Articulação com a rede de saúde e intersetorial

A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados para o alcance de um objetivo comum. Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde¹³, a coordenação do cuidado assume papel de destaque, uma vez que sem ela o primeiro contato é uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perde seu potencial e a integralidade é dificultada. A coordenação do cuidado busca romper com a fragmentação dos serviços se tornando um diferencial nos sistemas integrados de serviços de saúde, já que estes são organizados por meio de uma rede de pontos de atenção, prestando uma assistência contínua a uma população definida, onde a APS atua como centro de comunicação, ordenando os fluxos.

A coordenação do cuidado, pela eCnaR, foi atributo de difícil execução, visto que dependia da construção de uma rede, tanto no setor da saúde como intersetoriais, como a Assistência Social, que tinha uma agenda diferente no atendimento à PSR. Além disso, havia escassez de equipamentos disponíveis nos territórios para que a eCnaR pudesse operacionalizar a conexão desses pontos de atenção da RAS e RAPS¹³.

A construção da rede de atenção da eCnaR se deu por meio de visita dos profissionais da equipe às instituições que atendiam à PSR e usuários de drogas, o que envolveu tanto a rede de saúde quanto a intersetorial. Nessas visitas, a equipe construía uma agenda falada, descrevia os sentimentos, os perfis, as características, os

entraves e as facilidades encontradas nos serviços visitados. Com tais informações, conseguiu-se a criação de um catálogo de serviços construído por meio de levantamento de dispositivos que os usuários já acessavam e, também, o conhecimento da rede de saúde pelos seus profissionais e os de outros setores, estabelecendo-se conexões entre os serviços, respeitando os processos de referência já formalizados na rede e construindo-se outros ainda não tão formalizados. Um outro importante ganho que fortaleceu a intersetorialidade foi a reunião mensal conjunta com a equipe do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), para a elaboração de projetos terapêuticos integrados já que tinham a mesma população como alvo.

A equipe procurava atuar num movimento de reaproximação dos usuários com os espaços do trabalho, do lazer e da cultura, levando em conta a rede social e familiar. Muitas vezes, os moradores de rua necessitavam de cuidados de saúde de outros níveis e era preciso que a eCnaR tivesse acesso aos outros componentes da rede, como os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Já a articulação com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) era mais facilitada pela proximidade geográfica com a Unidade Básica de Saúde, com as gerências e com os profissionais desses equipamentos, tornando possível que a eCnaR acompanhasse de perto as internações. Esforços dos profissionais da eCnaR eram empreendidos para a coordenação relacionada a outros componentes da Atenção Psicossocial, assim como com o hospital de internação especializada. A eCnaR fazia visitas aos pacientes internados nesse hospital e quanto tinham alta continuavam a ser cuidados na APS. Uma grande dificuldade, dada a sua escassez na cidade do Rio, era o acesso aos demais componentes da RAPS, como as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial¹³.

Considerações finais

A complexidade das condições de vida e saúde nos grandes centros urbanos traz imensos desafios para o SUS em relação ao alcance da equidade, princípio estruturante de políticas públicas, como da Promoção da Saúde e da Atenção Primária à Saúde. Grupos vulneráveis, como PSR, têm direito à cidadania, assim como à garantia de atenção à saúde. Para implementar os atributos da APS é preciso que as eCnaR desenvolvam

processos de trabalho que, de certa forma, sejam criativos, inovadores, radicais e singularizados às necessidades de sua clientela. Considera-se que a experiência aqui descrita trouxe avanços na consolidação de uma APS integral, principalmente em relação à intersetorialidade. Do mesmo modo, há experiências virtuosas em outras áreas da cidade do Rio (como as eCnaR do Centro da cidade e da área do Jacarezinho), e em outras capitais brasileiras, que precisam ser divulgadas^{7,23,24}.

O trabalho desenvolvido pelas eCnaR é um avanço na perspectiva da construção de um cuidado humanizado, considerando os usuários como sujeitos de direitos e deveres e favorecendo sua autonomia. Pode-se dizer que, ainda, é preciso avançar na construção de políticas mais integradas e cada vez mais inclusivas, capazes de atender às necessidades dos diferentes seguimentos sociais, e que considerem o acolhimento ao invés da punição e da criminalização do usuário de drogas; a ampliação do acesso a bens e serviços e à cidadania, eliminando as práticas repressivas, preconceituosas e punitivas, promovendo as de redução de danos que compreendam a diversidade do cuidado em saúde, avançando na legitimação desta como um direito constitucional.

A clientela atendida pelo Consultório na Rua, devido a seus históricos e condições de vida, aos agravos clínicos e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, é um grupo de elevada vulnerabilidade. A configuração multiprofissional e interdisciplinar do atendimento permite que seus olhares e saberes plurais lidem com as necessidades biológicas, psíquicas e sociais desse segmento fragilizado da sociedade, atuando de forma a promover equidade no cuidado à saúde^{8,9}. Há que se cultivar, nesses profissionais, o compromisso ético e político em defesa da vida, a empatia e a solidariedade, competências clínicas e relacionais necessárias para atuar junto à população de tamanha vulnerabilidade.

No campo do consumo abusivo de drogas, o Brasil avançou bastante na formulação de políticas a esses usuários, à medida em que o cuidado deixou de ser pautado na abstinência como o único caminho a ser seguido. A redução de danos tornou-se uma estratégia norteadora do cuidado, um novo paradigma ético, clínico e político²²; uma estratégia do Ministério da Saúde¹⁰ que oferta cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo os prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas.

Com a instituição do cuidado organizado a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do ordenamento da APS, esse nível de atenção básica precisava dar uma alternativa efetiva de cuidado a essa população, ao invés de ficar apenas na posição crítica ao recolhimento e à internação involuntária dos usuários de crack e das pessoas em situação de rua. Como dispositivo da RAS e, mais especificamente, da RAPS, conclui-se que a eCnaR pode promover o acesso e a qualidade da atenção à PSR e ofertar um cuidado de qualidade, segundo os atributos da APS. Escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição da liberdade para a PSR, são opções que dialogam com as políticas públicas inclusivas, como a de Promoção da Saúde, em consonância às diretrizes da reforma psiquiátrica.

A valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo do conhecimento e das práticas da saúde coletiva e da clínica, ao buscar a construção compartilhada do cuidado entre usuários e profissionais²¹. Novas práticas tensionam e promovem mudanças na organização dos serviços, muitas vezes engessados a antigas pouco flexíveis (horários rígidos, exigência de documentos, vestuário, higiene, etc).

A experiência da eCnaR tem demonstrado que o cuidado à saúde das pessoas é muito potente no território, onde a rede social e comunitária pode auxiliar no tratamento e alívio do sofrimento.

Dentro dessa lógica de cuidado, a atenção às pessoas em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas tem como objetivo não apenas o controle sobre sua sintomatologia, mas o exercício pleno de sua cidadania e o apoio social, conforme definido por Valla²⁵, como um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

Nesse sentido, a organização de serviços de portas abertas centrados no usuário e com a participação deste, exercendo uma clínica ampliada e compartilhada²¹ na perspectiva da RD, é um grande desafio para o cuidado da PSR, assim como o é a construção de políticas públicas intersetoriais para a promoção de um cuidado, especialmente àqueles usuários de crack, álcool e outras drogas. Conclui-se que a eCnaR, implementando os atributos da APS integral é potente para promover um cuidado efetivo e singular junto à PSR e usuários AD, em um esforço direcionado à preservação da vida.

Colaboradores

EM Engstrom e MB Teixeira trabalharam conjuntamente na concepção e delineamento do estudo, na interpretação dos achados, assim como na redação do artigo.

Agradecimentos

Aos profissionais de Saúde da Família e da Equipe Consultório na Rua do Programa TEIAS-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro.

Referências

1. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: OMS; 2008.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto Presidencial 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. *Diário Oficial da União* 2009; 24 dez.
4. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à 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: MS/Convênio Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV), Fiocruz; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. PEAD 2009-2010. *Diário Oficial da União* 2009; 5 jun.
7. Teixeira M, Fonseca Z. *Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e Usuários de Álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas*. 2ª ed. revista e ampliada. Brasília: MS; 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.
11. Brasil. Presidência da República. Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 28 set.
12. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Programa Crack é Possível Vencer: enfrentar o crack compromisso de todos*. Brasília: MJ; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.

14. Bodstein R. O Debate sobre Avaliação das práticas e estratégias em Promoção da saúde. *B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.* 2009; 35(2):7-15.
15. World Health Organization (WHO). Global Health Promotion. 2009. Relatório da CDSS. Chapter tree, p. 1-5. [acessado 2015 ago 10]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
16. Brasil. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar.
17. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 1984.
18. Teixeira M, Sampaio C, Soares M, Lima C, Antunes V, Lima JD, Araújo A, Mendonça W, Mello R, Lopes E, Engstrom E. Promoção da Saúde: Relato de experiência da equipe de Consultório na Rua do Teias-Escola Manguinhos – ENSP/Fiocruz. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadoras. *Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e Usuários de Alcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 69-86.
19. Casanova A, Teixeira MB, Engstrom EM. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saúde Colet* 2014; 19(11):4417-4426.
20. Campos GWS, Guerreiro ADP, organizadores. *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
21. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
22. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade* 2011; 23(1):154-162.
23. Cruz M, Bertoni N, Bastos FI, Burnett C, Gooch J, Fischer B. Comparing key characteristics of Young adults crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2014; 9:2.
24. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. C. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49):251-260.
25. Valla VV. Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa MV, organizador. *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola; 1998. p. 151-179.

Artigo apresentado em 28/01/2016

Aprovado em 03/03/2016

Versão final apresentada em 05/03/2016