

RESSIGNIFICANDO VIDAS: REFLEXÕES ACERCA DA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DO CONSULTÓRIO NA RUA (CNaR) – CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL

Giving new meaning to life: reflections on the construction of care in health in Consultório na Rua (CnaR) – contributions of occupational therapy

Dando un nuevo significado a la vida: reflexiones sobre la construcción de la atención en salud de Consultório na Rua (CnaR) - contribuciones de la terapia ocupacional

Soraya da Conceição Telles Silva

Terapeuta Ocupacional,
Programa de Residência Multiprofissional do
Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal
do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ
sorayacts@hotmail.com

Beatriz Akemi Takeiti

Terapeuta ocupacional e Docente do
Departamento de Terapia Ocupacional da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ.
biatakeiti@gmail.com

Keronlay da Silva Machado

Terapeuta Ocupacional do Departamento de
Terapia Ocupacional da Universidade Federal
do Rio de Janeiro, UFRJ
keronmachado@yahoo.com.br

Resumo

A oferta de cuidado em saúde a população em situação de rua ainda é recente no Brasil, portanto, enfrenta uma série de dificuldades, barreiras e preconceitos. O presente trabalho tem como objetivo analisar a oferta de cuidado do Consultório na Rua (CnaR) na perspectiva da integralidade do cuidado e as contribuições da Terapia enquanto área de produção de um saber científico transdisciplinar. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa, com base na realização de levantamento bibliográfico e pesquisa documental, que inclui o uso do diário de registro com vivências interprofissionais na rua. Utilizou-se este registro de experiência prática como base para a construção de cenas apresentadas, precursoras para a análise e reflexão das intervenções da equipe do Consultório na Rua em um determinado território geográfico da cidade do Rio de Janeiro. O estabelecimento de vínculo para o cuidado, a valorização do saber dos usuários e a produção de subjetividade que se dá na rua foram as categorias selecionadas que compuseram as cenas descritas. Foram observadas potencialidades do Consultório na Rua e nas relações profissional-usuário, assim como dificuldades enfrentadas

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua, Consultório na Rua, integralidade em saúde, Terapia Ocupacional.

366

Abstract

The health care offering to the underclass is still recent in Brazil, therefore, it even faces a number of difficulties, barriers and prejudices. This study aims to analyze the offering of clinic care on the street (CnaR) in view of the construction of health care and the contributions of occupational therapy as an area of production of a transdisciplinary scientific knowledge. This is an exploratory-descriptive research, qualitative approach, based on a bibliographical survey and documentary research, which includes the use of the field diary with records of interprofessional experiences on the street in Rio de Janeiro city, Brazil. This record of practical experience was used as the basis for the construction of presented scenes, precursors for the analysis and reflection of the interventions of the team of the Office in the Street. The establishment of the link for care, the valorization of users' knowledge and the production of subjectivity that takes place on the street were the selected categories that composed the scenes described. Potentialities of the on-site office and professional-user relationships were observed, as well as daily difficulties faced.

Keywords: Homeless persons, consultation office in the street, integrality in health, Occupational Therapy.

Resumen

La oferta de cuidado en la salud a la población en situación de calle es reciente en Brasil, por lo tanto, se enfrenta a una serie de dificultades, barreras y prejuicios. Este trabajo intenta analizar la oferta de cuidado al *Consultório na Rua* (CnaR) en la perspectiva de la construcción del cuidado en la salud y las contribuciones de terapia ocupacional como área de producción de un saber científico transdisciplinario. Tratase de una investigación exploratoria-descritiva, con enfoque cualitativo, con base en la realización de levantamiento bibliográfico e investigación documental, que incluye el uso del diário de registro de experiencia práctica como base para la construcción de escenas presentadas, precursoras para el análisis y reflexión de las intervenciones del equipo de CnaR. El establecimiento de vínculo para el cuidado, la valorización del saber de los usuarios y la producción de subjetividad que se da en la calle fueron las categorías seleccionadas que compusieron las escenas descriptivas. Observó el profesional así como frente a las dificultades cotidianas.

Palabras clave: población de la calle, consultorio en la calle, integralidad en salud, Terapia Ocupacional.

“O amor que a rua dá,
só quem vive a rua sente”.
Guarnier, (s/d).

1 INTRODUÇÃO

As histórias que vêm das ruas nem sempre alcançam visibilidade, pois as pessoas que nelas habitam passam, muitas vezes, despercebidas. Há muitas resistências, noutras, há desistências nessas histórias contadas. Muitas são as narrativas com perdas significativas e graves rupturas dos vínculos familiares e sociais levando a processos de vulnerabilização e desfiliação constantes¹. Experiências de luta, busca por saídas que se apresentam muitas vezes sem saída. Dar sentido à vida, “virar gente”, requerer direitos, exercê-los, constituem-se perspectivas quase sempre ameaçadas².

À medida que a população em situação de rua (PSR) vai adquirindo voz e espaço na sociedade, gestores públicos começam a traçar estratégias para lidar com as demandas apresentadas. Belo Horizonte foi o primeiro município a construir estratégias de suporte social e elaborar políticas públicas para este segmento social, que em 1993 capacitou a primeira equipe multiprofissional na atenção básica, para oferecer atendimento à população em situação de rua na rua³.

Os Consultórios na Rua (CnaR) surgiram como proposta de oferecer cuidado em saúde a PSR, independente da sua condição social ou pessoal. Segundo Albuquerque (2014)⁴, tem sido uma política recente de intervenção com a população em situação de rua que produz outras dimensões críticas e reflexivas sobre a prática do cuidado, provocando deslocamentos tanto dos atores quanto dos serviços de atenção existentes, convocando os profissionais para pensar outros arranjos que escapam aos protocolos instituídos. Pensar a ocupação com um direito no cotidiano da rua, tendo em vista a oferta de cuidado em saúde parece, a nosso ver, um dos elementos centrais para o terapeuta ocupacional engajado nas equipes do CnaR.

A realização dos fazeres e a maneira como o sujeito as desempenha compõe o cotidiano de cada usuário, tornando-o único nas vivências e na produção de subjetividades. Ainda, além da unicidade, cada cotidiano vivenciado é irrepetível na medida em que ele marca uma singularidade do sujeito no tempo e no espaço vivenciado⁵.

A vivência desse cotidiano pela PSR leva os profissionais a desempenharem suas ações a partir de demandas específicas. Assim, o CnaR desenvolve uma ação transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental como a dispositivos práticos vinculados à atenção primária⁴.

O CnaR, sendo um serviço público de saúde, busca em suas práticas, seguir as regulamentações do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira humanizada e integrada à rede intersetorial, a fim de proporcionar melhores ofertas de cuidado e assistência aos usuários. Dentre as estratégias adotadas pela equipe do Consultório na Rua (eCnaR) para atender usuários de álcool e outras drogas, é a Redução de Danos (RD), uma prática que busca minimizar as consequências do uso abusivo de álcool e outras drogas não apenas do ponto de vista da saúde, mas, também, envolvendo aspectos sociais e econômicos⁴.

Dentre as estratégias adotadas pela equipe do Consultório na Rua (eCnaR) para atender às pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas que se apresentam no cotidiano do trabalho, está a Redução de Danos (RD). Trata-se de uma prática que busca minimizar as consequências do uso problemático de álcool e outras drogas não apenas do ponto de vista da saúde, mas, também, envolvendo aspectos sociais e econômicos, sem exigir a abstinência como objetivo único a se alcançar do processo de cuidado.

1.1. População em situação de rua e vulnerabilidades sociais

368

A PSR não possui uma classificação homogênea, pois pode ser compreendida de diferentes maneiras de acordo com a realidade de cada país. No Brasil, este termo está relacionado com a condição do sujeito e não apenas a ausência de residência fixa. Segundo a Política Nacional para a PSR (2009)⁶, este termo pode ser descrito como:

“grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (p.1).

As diferentes vivências das experiências de cada um e como reagem aos efeitos das condições desiguais de vida interferem na maneira como os sujeitos apresentam-se socialmente e articulam-se em suas redes sociais. Estas constituem-se de uma estrutura dinâmica onde seus integrantes relacionam-se horizontalmente, sem que haja a imposição de poder sobre os demais⁷. Pertencer a uma rede social promove sentimentos de pertencimento

em um coletivo e de identificação por características de determinados grupos. Se esta rede sofre a intercorrência de barreiras sociais e/ou pessoais, essa pode acabar rompendo suas conexões, ocasionando vulnerabilidades⁷.

Robert Castel (1998)¹, sociólogo francês, descreveu a situação da sociedade salarial a partir dos processos de industrialização que ocorreram na Europa, no final do século XIX. As consequências dessa mudança, no mundo do trabalho, convergiram para situações de vulnerabilização e desfiliação constantes, com a ruptura do social. Para ele, esses processos devem ser analisados a partir do efeito da conjugação de dois vetores: o eixo de integração/não integração pelo trabalho e o eixo de inserção/não inserção pela sociabilidade sociofamiliar. Pessoas que possuem, além de uma fragilidade nas relações sociais, também podem sofrer insuficiência de bens materiais, não se limitando à insuficiência, mas também ao processo de ruptura dos vínculos sociais, desencadeando, desta forma, processos de desfiliação. Alterações nestes eixos geram diferentes espaços sociais, atribuídas por Castel como a zona de desfiliação e a zona de vulnerabilidade. A zona de desfiliação configura-se quando o sujeito encontra-se sem trabalho e isolado socialmente, e a zona de vulnerabilidade constitui-se quando o indivíduo apresenta uma fragilidade em seu trabalho e precárias relações sociais.

1.2.O Consultório na Rua e a estratégia de Redução de Danos - interfaces de um cuidado em saúde

A partir das Portarias nº 122 (2012) e nº 123 (2012) do Ministério da Saúde⁸, determinou-se adequações no CnaR e a implantação de novas equipes. Desde 2009, o CnaR esteve ligado à Coordenação Nacional de Saúde Mental, com a proposta de redução de danos aos moradores em situação de rua e em uso problemático de álcool e outras drogas. A partir das Portarias, os referidos equipamentos foram orientados a adequar suas equipes e passaram a denominar-se CnaR, vinculados ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS)³.

Esta mudança ocorreu com o objetivo de ampliar a atuação do CnaR e atender um maior número populacional, não se limitando apenas a usuários de álcool e outras drogas, mas também a moradores de rua com transtornos psíquicos ou com necessidades de cuidado à saúde em geral, ampliando a oferta de cuidado à toda PSR. Essas Portarias também

determinaram que as equipes do CnaR devem ter sua base dentro de instalações de Unidades Básicas de Saúde do território, articulando com às Redes de Atenção Psicossocial enquanto componente da atenção básica, em conformidade à Portaria 3.088/2011⁹.

De acordo com Santos (2013)¹⁰, o objetivo do CnaR consistem em ampliar o acesso aos serviços de assistência e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam drogas. Estes objetivos podem ser alcançados através de ações de saúde nas ruas (consultório itinerante), para que seja possível ampliar o acesso da população em situação de rua e oferecer, dentro das possibilidades, atenção integral à saúde, por meio do acesso aos serviços de atenção primária.

A equipe do CnaR trabalha com as medidas de RD como estratégia de intervenção⁴ e pode ser constituída, de acordo com a Portaria nº 122⁸, por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. A composição de cada equipe varia de acordo com a modalidade do CnaR, ou seja, a extensão do território e a quantidade populacional do mesmo determinam qual será a modalidade necessária para a oferta de cuidado.

Como uma das estratégias de atuação do CnaR, a RD, segundo a *International Harm Reduction Association*¹¹, define-se a partir de um conjunto de ações em saúde para os usuários de álcool e outras drogas, com a finalidade de minimizar os efeitos negativos a que estão suscetíveis na rua. Essas ações estão voltadas, a princípio, para o campo da saúde e, no Brasil, são usualmente exercidas em serviços/instituições públicas, por estarem preferencialmente direcionadas para uma população que, em sua maioria, encontra-se em vulnerabilidade social.

Segundo Lancetti (2008)¹² a RD precisa ser compreendida a partir de duas dimensões, a saber: enquanto política e enquanto prática de saúde. Enquanto política pública de saúde, a RD constitui-se como uma diretriz orientadora do cuidado, levando-se em consideração os contextos sociais e as singularidades das pessoas que fazem uso de substância psicoativa. Enquanto medida de cuidado, a RD comporta uma série de práticas em saúde na direção de diminuir problemas relacionados ao consumo de drogas.

Atualmente, em nosso país, a RD é compreendida como um conjunto de políticas públicas relacionadas as possíveis dificuldades relacionadas ao consumo de drogas, vinculando diferentes realidades: prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, promoção integral de saúde às pessoas que usam drogas e diminuição da violência¹³. Este trabalho busca refletir os novos arranjos de cuidado em saúde para as pessoas que se encontram na rua e pensar, de que maneira, Terapia Ocupacional pode contribuir para o

trabalho da equipe do CnaR. Alguns questionamentos nos acompanharam ao longo da pesquisa e possibilitaram pensar sobre a oferta de cuidado à população em situação de rua que se desenhava a partir da clínica do CnaR, tendo em vista que se trata de uma política recente para um problema social secular: garantir o acesso desta população aos serviços de saúde, independente e prioritariamente porque vivem no contexto da rua.

2 CAMINHOS DO PESQUISADOR NO CAMPO DA PESQUISA – ASPECTOS METODOLÓGICOS

O trabalho foi elaborado a partir de uma perspectiva qualitativa do tipo exploratória-descriptiva, utilizando como método a revisão bibliográfica não sistemática e a pesquisa documental.

A pesquisa qualitativa baseia-se em questões únicas, que não podem ou não deveriam ser quantificadas, pois aborda o universo dos significados, aspirações, crenças, valores e atitudes¹⁴. A elaboração de um trabalho com essa metodologia traz uma parte da realidade humana e, portanto, não possui uma neutralidade na condição de pesquisa, pois apresenta a relação do pesquisador com o contexto temático, ou seja, entre o real e a realidade que ele conhece¹⁵.

O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de julho a setembro de 2015, utilizando para a busca os seguintes descritores controlados: população em situação de rua, território, rede de suporte social, Terapia Ocupacional, CnaR. A combinação destes descritores se deu a partir do cruzamento de pares, utilizando o operador booleano AND e delimitação de proximidade (“”) conforme a Tabela 1, a seguir. Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos completos, em língua portuguesa, inseridos nas bases de dados nacionais, abordagem quantitativa e qualitativa, público-alvo PSR. Para os critérios de exclusão: textos incompletos, em outra língua que não o português. A opção pelos textos em português e indexados em bases nacionais se deu em virtude do interesse pela temática do CnaR como política pública de saúde brasileira.

Um segundo levantamento foi realizado no site do Ministério da Saúde, afim de buscar por diretrizes normativas – leis, decretos, portarias e cartilhas – que pautam a operacionalização das políticas sobre drogas, da População em Situação de Rua e do CnaR. Ainda, ao fazer a busca no banco de teses e dissertações do Instituto Brasileiro de Informação

em Ciência e Tecnologia (IBICT), no mesmo período do levantamento dos artigos, com os mesmos descritores, duas teses foram incluídas por estarem dentro do escopo deste estudo.

Após o levantamento bibliográfico, utilizamos o *diário de registros* produzido pela primeira autora no período de experiência do estágio acadêmico extracurricular, realizado em um Consultório na Rua num determinado território geográfico na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2014. Entende-se este recurso de pesquisa documental como um tipo de documento produzido pelo homem, que apresenta registros de suas ações. Estas ações podem apresentar suas ideias, visões e maneiras de atuar e viver¹⁶.

Pautado nas leis e portarias referentes à política do CnaR e do diário de campo produzido pela primeira autora, a análise dos dados deu-se a partir de uma leitura aprofundada do material associada à pesquisa bibliográfica e à memória experimentada no campo vivencial extraindo, assim, deste último, categorias para a realização de uma análise descritivo-reflexiva a partir da contextualização local da experiência, os estigmas e preconceitos oriundos da dependência química vivida na rua e os dilemas que se apresentam às práticas interprofissionais. A análise desta pesquisa, portanto, segue a compreensão de alguns autores que afirmam que é preciso ir além do que é descrito, realizando uma “decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas” (p.80)¹⁴. A análise do conteúdo de uma pesquisa é realizada com o desejo de obter indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos à temática¹⁴ onde a inferência é uma etapa entre a descrição e a interpretação. A interpretação é uma fase que antecipa ou ocorre após a análise, pois busca-se encontrar o sentido das ações, afim de chegar a uma explicação¹⁴.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 13 artigos científicos e 2 teses, conforme a Tabela 1 a seguir:

DESCRITORES	PSR	Território	Terapia Ocupacional	Rede de suporte social	CnaR
PSR		1	3	1	4

Território		1	2	0
Terapia Ocupacional			3	0
Rede de suporte social				0
CnaR				
			Total	15

Tabela 1. Levantamento bibliográfico dos artigos e teses na BVS, 2015.

A partir do levantamento dos artigos e das teses encontrados, foi realizada a leitura dos resumos e, em seguida, descritos autores por área de conhecimento, tipo de estudo, público-alvo, temática do CnaR.

Destas 15 referências, 4 delas foram publicadas por terapeutas ocupacionais, e 1 artigo contou com autoria conjunta com o médico. Os demais artigos foram publicados pelos diversos profissionais que compõe a equipe do CnaR - cientistas sociais, enfermeiros e psicólogos. A abordagem qualitativa foi a perspectiva utilizada por 14 estudos, sendo apenas 1 utilizando a abordagem quantitativa. Em relação às temáticas abordadas sobre o tema do CnaR, os autores relatam experiências da vivência prática profissional do serviço na rua em diversos contextos brasileiros, abordam tanto populações adultas quanto crianças e adolescentes e descrevem uma atuação em que se dá na interface entre a Atenção Primária e a Saúde Mental.

Em relação ao levantamento das Leis, Decretos, Portarias e Notas Técnicas – utilizou-se os seguintes descritores: *Consultório na Rua*, *Pessoas em Situação de Rua*, *Redução de Danos* e *Sistema Único de Saúde (SUS)*. Foram encontrados 6 documentos, conforme Tabela 2 a seguir:

Descritor/ Tipo de documento	CnaR	PSR	RD	SUS
1. Decreto no. 4.345, de 26 de Agosto de 2002			Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências	
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		
3. Portaria nº 122 e nº123, de 25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua			
4. Portaria nº 3.088, de 13 Dezembro de 2011	Define as Diretrizes de Organização e Funcionamento das Equipes de Consultório na Rua			
5. Nota Técnica Conjunta nº 001, de 16 de Setembro de 2015			Diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.	
6. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012				Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica
Total				06

Tabela 2. Levantamento documental das Leis, Portarias, Decretos e Manuais nacionais, Ministério da Saúde, 2015.

3.1. Cena 1: encontros no território da vida

Entro na Clínica da Família em busca de uma informação sobre a localidade do Consultório na Rua, onde sou encaminhada para os fundos desta instituição, uma sala pequena com um

ar acolhedor dos profissionais que ali encontro. A atenção e receptividade da psicóloga do CnaR que me recebe tira meu foco do incômodo pela instituição de atenção primária à saúde sofrer com os aspectos sonoros e olfativos da instituição vizinha (Diário de campo, 2014).

As sensações e percepções no primeiro contato com a localização do CnaR onde foi realizada a vivência geraram incômodos, pois apresentava um mal cheiro e latidos constantes dos animais presentes na instituição vizinha cuidadora de animais. Estas inquietações despertaram interesse em buscar saber como ocorrem as relações territoriais. Pois, assim como características de determinado território interferem no serviço de saúde responsável pela oferta de cuidado daquele local, esta instituição também ocasiona um impacto naquele território e nas pessoas que ali se encontram ou perpassam pelo mesmo.

O CnaR, mesmo possuindo uma sede fixa de localização e referência para a população em situação de rua e outros serviços da rede de cuidado, possui como local principal de atuação a rua, buscando maior aproximação e compreensão do cotidiano dos usuários do serviço e conseqüentemente, ocasionando um impacto significativo no território que se encontra.

A rua se apresenta como território de vida para as pessoas que vivem nas mesmas, onde “sua especificidade é a velocidade e a provisoriedade de sua dinâmica de organização” (p. 12)¹⁷, ou seja, a rua é muito sensível às dinâmicas urbanas. Por isso, para oferecer atenção à saúde das pessoas em situação de rua é necessário ampliar as concepções do SUS para a prática, exigindo dos profissionais uma sintonia sensível e atenta para se produzir o cuidado integral¹⁷.

As equipes do CnaR vão além da oferta de cuidado tradicional, ampliando a assistência, tendo como peças fundamentais o vínculo, a escuta qualificada, a compreensão da subjetividade do outro e o contexto que o mesmo se encontra. Estes profissionais são sujeitos que respeitam os direitos do próximo e realizam ações necessárias à vida em sociedade. Pessoas que buscam construir convivências sociais de forma justa, livre e solidária, protegendo a dignidade humana e promovendo sua liberdade e autonomia dos usuários, visando a inclusão social¹⁸.

O cuidado desenvolvido em uma intervenção é considerado intersubjetivo, ou seja, na relação entre profissional de saúde e o usuário e que envolve a escuta, o vínculo e a singularidade, é considerado uma tecnologia que se difere do modelo de atenção assistencial à saúde. Estas são as chamadas tecnologias leves, e podem estar associadas pelo profissional de saúde com as tecnologias leve-duras, conhecidas como o raciocínio clínico, saber

epidemiológico e terapêutico. As tecnologias duras, equipamentos complexos e recursos físicos, podem ser utilizadas em menor quantidade, sem substituir as outras, apenas como complementares¹⁹.

A partir da complexidade dinâmica da construção do cuidado, existem algumas tensões encontradas pela eCnaR. Barreiras impostas por outros sujeitos interferem na obtenção de um melhor nível de saúde, por isso há a necessidade em conscientizar e sensibilizar as pessoas de forma geral para a convivência da diversidade humana sem o preconceito, conhecida como acessibilidade atitudinal¹⁸.

Uma barreira encontrada no trabalho do CnaR é referente à alguns profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que não atuam cotidianamente com a população em situação de rua, que questionam a presença dos usuários dentro das unidades de saúde. Este fato demonstra que ainda existe uma limitação de profissionais de saúde na compreensão da importância e necessidade destas pessoas ocuparem espaços dos serviços de saúde, bem como usufruí-los.

Identificando esta questão, a eCnaR realiza um trabalho de sensibilização destes profissionais desde o momento da implantação deste serviço em uma unidade básica de saúde, com a finalidade de ampliar a perspectiva do cuidado desses profissionais, possibilitando a contribuição dos mesmos na oferta de atenção da saúde para a população em situação de rua.

Há necessidade da inclusão de discussões e debates dos profissionais de saúde de maneira ampla, sobre a oferta de cuidado a esta parcela populacional e a singularidade do processo saúde-doença-cuidado da mesma. É fundamental o entendimento de que o SUS tem o dever de garantir o “atendimento integral, universal e equânime a todos os brasileiros, criando e mantendo serviços, capacitando trabalhadores para o cuidado profissional” (p. 50)²⁰. Vale ressaltar que, não basta o conhecimento teórico e científico, mas também proporcionar o cuidado através do encontro com o outro, sem apresentar estigmas e preconceito²⁰.

3.2. Cena 2: dos estigmas aos preconceitos – interfaces entre a redução de danos e o CnaR

Avistamos a usuária no território próximo do CnaR para realizar a intervenção, sentada em uma cadeira de plástico com as pernas cruzadas e algumas pessoas mais afastadas da mesma, ela está segurando um copo plástico descartável com uma pedra de crack dentro, em meio à sombra do viaduto e escondida da sociedade. Ela não se incomoda com nossa aproximação e continua na sua relação com o uso do crack, de forma contida e com uma

das mãos na barriga que começa a tomar forma. A psicóloga pergunta como ela está e conta que está no horário de sua medicação, apresentando a cartela de remédios e um copo plástico com água. Ela não aceita a medicação naquele momento, dizendo que não deseja misturar as substâncias, mas se compromete a tomar a medicação assim que acabasse o 'cachimbo' e quando estivesse mais isolada, pois não desejava ingerir o remédio na frente de outras pessoas. A psicóloga respeita o desejo da paciente, reforça a importância de tomar o remédio diariamente e destaca para a usuária a importância de sua participação no tratamento. A usuária confirma, agradece e reforça seu comprometimento, alertando que não deseja que nada de ruim aconteça com sua criança (Diário de campo, 2014).

As pessoas que se encontram em situação de rua vivenciam diversos estigmas e discriminações atribuídos em virtude da precarização da condição social, cujas características dos modos de produção de vida fogem aos padrões “normativos” esperados pelo restante da sociedade. Segundo Erving Goffman (2004)²¹, o estigma pode estar relacionado tanto a uma deformidade física quanto a uma diferença de caráter individual identificada a partir do olhar de outro sujeito, ou proferido por uma crença, etnia ou nação. Estas diferentes formas de conceber o outro, àquilo que é estranho, ocasiona discriminações e afetos negativos, sendo explicado por uma ideologia construída na inferioridade pela diferença.

O contato com a prática do CnaR permitiu desconstruir e reconstruir diversos estigmas e preconceitos. As aproximações com sujeitos que fazem da rua seu habitat “natural” permitiram compreender também de que maneira a RD constitui uma estratégia de cuidado possível, onde o saber do profissional não é imposto ao sujeito, e o mesmo é respeitado e responsável por suas ações e decisões¹⁰.

A cena descrita acima envolve, além do uso de substâncias ilícitas e a situação de rua, a questão da gravidez, sendo a ação realizada através das estratégias de redução de danos, envolvendo a tecnologia leve. O CnaR é um serviço que utiliza constantemente essa tecnologia em suas ações, pois, de acordo com Merhy e Feuerwerker (2009)¹⁹, permite que o profissional realize um trabalho vivo através do encontro e das relações com os usuários, e que estes possam ampliar suas atuações, interações e capacidade de afetar o outro.

Compreender o uso de qualquer substância, lícita ou ilícita, como componente do fazer cotidiano de um indivíduo possibilita a aproximação do profissional ao usuário, com o objetivo de ofertar cuidado em todos os sentidos e compreender as relações que estes sujeitos estabelecem com a rua, com a droga e com as pessoas que habitam este território²².

Mulheres grávidas em situação de rua, que fazem ou não o consumo de álcool e outras drogas são vistas socialmente como incapazes de cuidar e de criar seus filhos¹⁸. Porém, a vulnerabilidade social não pode ser considerada como obstáculo o acesso e a inclusão dos direitos básicos. De acordo com o Artigo 22 da Nota Técnica Conjunta nº 001²³, estas mulheres têm o direito de permanecer com seus filhos assim como aos demais direitos à liberdade e à saúde.

Para que este direito seja assegurado ao longo da atenção em qualquer esfera, incluindo a saúde, é fundamental que o cuidado transversal esteja presente, ou seja, o usuário é identificado pela equipe como o sujeito de ações cotidianas, como eixo das relações e interações. Os usuários são indivíduos e, seu amplo contexto, envolve o histórico, o social e a subjetividade, não sendo possível limitá-lo apenas as questões e dificuldades presentes no momento. Por isso eles compõem o trabalho da equipe, um entrelaçamento de diferentes áreas e a interação entre usuários e profissionais²⁴.

Enxergar usuárias grávidas para além do processo da gravidez é um ponto observado pela equipe do CnaR, ou seja, reconhecer que a pessoa grávida é uma mulher que passou por inúmeras experiências, possui questões para além da gravidez e apresenta desejos futuros de desempenhar outros papéis ocupacionais. Estas observações nem sempre são identificadas por uma equipe de saúde de qualquer outro serviço, que poderiam ampliar a clínica deste cuidado.

Como possível componente da equipe do CnaR e, tendo como identidade e processo a ação humana, o terapeuta ocupacional auxilia e contribui na construção de estratégias para o rearranjo da realização dos papéis ocupacionais, compreendido como a realização de funções sociais, atividades realizadas em uma determinada ocupação por um indivíduo ou por um grupo²⁵.

Durante o momento do fazer vão sendo construídas e recriadas transformações. Portanto, o terapeuta ocupacional apresenta e contribui para uma equipe multiprofissional a “possibilidade de (re) construir, (re) criar e (re) organizar cadeias operatórias, preservando ou recuperando a identidade do sujeito” (p. 113)²⁶.

3.3. Cena 3: casa das primas, saberes da vida

O território ‘Casa das Primas’ tem essa denominação por ser conhecido desta forma pelos moradores da região, e por ser um lugar caracterizado pela prostituição, onde pessoas de diversos gêneros se prostituem, trabalham e moram em casas minúsculas de madeira ao longo da linha do trem. Ao chegar em uma das casas, a equipe perguntou

como as mulheres que lá estavam, o que ocorreu de novo desde a última vez que estiveram lá (na última semana), ofereci preservativo e elas aceitaram, me apresentei, e fui dando conta de que haviam 2 mulheres e mais 1 que preferiu ficar no interior da casa, sem falar com a equipe. Uma das mulheres apresentava o papel de organizar a questão de medicamentos e datas de exames na Clínica da Família das demais mulheres da casa, e a equipe foi auxiliando a usuária, mostrando a disponibilidade a orientar todas as mulheres quanto às necessidades sociais e de saúde apresentadas (Diário de campo, 2014).

A equipe do CnaR levou um tempo para estar no território descrito, necessitando primeiramente conhecê-lo e observar suas dinâmicas de funcionamento, além de possuir certo vínculo e abertura com algumas pessoas que utilizam com frequência o local Casa das Primas. Provavelmente, as pessoas que possuem vivências neste território cotidianamente apresentam um estranhamento e dificuldades em ocupar espaços que nunca tiveram acesso, entre eles o serviço de atenção básica de saúde, necessitando também de conhecê-lo e aproximar-se do espaço desconhecido aos poucos. A eCnaR se aproxima destas pessoas, propondo um cuidado inicial à saúde, favorecendo o acesso a outros serviços, construindo com os sujeitos as informações sobre seus próprios direitos de usufruir dos serviços ofertados. Para que essa construção ocorra de maneira satisfatória, o vínculo terapêutico e a valorização do saber do usuário são elementos fundamentais para a construção desta relação.

O vínculo se constitui, segundo Silva et al (2014)²⁶, como uma disponibilidade do profissional e do sujeito para a abertura de um campo relacional ao qual é ofertado o cuidado, que perpassa o corpo, aproxima um ao outro pelo toque, permitindo que se conheça a essência do sujeito através da coordenação de ações e de emoções. Proporcionar que o outro doe um pouco de si e ofertar um pouco de si ao outro é um desafio enfrentado pelos profissionais da área da saúde dispostos a se relacionarem, porém é algo que motiva o mesmo a manter o desejo de estar com o outro e oferecer um cuidado sensível, atendo às necessidades requeridas.

A educação em saúde também é observada na atuação dos profissionais do CnaR, e pode ser compreendida, segundo Silva (2013)²⁰ como uma estratégia para a atuação da equipe de saúde, que oferta informações de saúde a uma determinada clientela, capaz de gerar certa reflexão. Uma prática que não se limita ao saber profissional de quem as realiza, mas proporciona um espaço de trocas de saberes, onde ambos os conhecimentos são valorizados e considerados para que um cuidado efetivo possa ser construído, parece ser o caminho possível

para lidar com as questões que vem da rua. Devemos pensar a produção do saber que potencializa a autonomia e o reconhecimento de identidades plurais.

“A arte de educar compreende propostas amplas, que incluem redução de vulnerabilidades pessoais e crescimento humano por meio de escolhas conscientes que contribuam positivamente com a melhoria da qualidade de vida do indivíduo” (SILVA, 2013, p.28).

Atualmente no Brasil, os grandes desafios relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas são caracterizados pelas abordagens terapêuticas centradas na internação e segregação das pessoas que fazem uso de drogas e pela falta do conhecimento científico dos profissionais que atuam com esta clientela²². Para alterar esta forma de abordagem de promoção de cuidado, além das tecnologias leves, há também a importância da utilização de tecnologias leve-duras. Gallassi e Santos²⁷ descrevem a importância do investimento na formação dos profissionais que atuam com usuários que fazem uso de álcool e outras drogas, visando identificar e orientar melhor as equipes de saúde que respeitem as demandas e desejos de cada indivíduo.

Os desafios encontrados no campo da saúde mental, social e de produção podem ser focos de atuação da Terapia Ocupacional com pessoas em sofrimento pelo uso de drogas²², ou qualquer outra vulnerabilidade que lhe cause um sofrimento que interfira nas ações do cotidiano, como no caso descrito nesta cena. O terapeuta ocupacional busca possibilidades através da realização de atividades significativas, gerando a oportunidade de retomar vivências como também novas descobertas e experimentações²².

A Terapia Ocupacional compreende a promoção de saúde com base no desempenho dos usuários nas suas ocupações significativas, dentro de diferentes contextos que estão inseridos²⁶. As ocupações são identificadas como fundamentais para a construção da identidade e percepção do sujeito, além de ocorrerem pelas mais diversas razões²⁸. Essa percepção contribui para ampliar a visão sobre saúde da eCnaR e facilitar nos possíveis modos de intervenção com os usuários.

Discussões da Terapia Ocupacional vêm apresentando questões sobre condicionantes sociais do desempenho ocupacional, onde o histórico de vulnerabilidade e de exclusão social interferem nas oportunidades que cada pessoa possui para desempenhar ocupações significativas, caracterizando ocasiões de justiça ou injustiça ocupacional²⁸. Os contextos ou momentos que um indivíduo não tem a chance de realizar ações importantes para si é

considerado injustiça social, necessitando a construção de estratégias de empoderamento de indivíduos e de coletivos²⁸.

Este empoderamento pode ser compreendido, de acordo com Carleto *et al* (2010) como “processo que capacita as pessoas e a comunidade para que assumam um maior controle sobre fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais que influenciam sua saúde”(p. 90)²⁸.

Compreendendo o conceito sobre o empoderamento e após realizar a análise de diversas cenas sobre a vivência no CnaR, é possível identificar que esta é uma ação presente em todas as intervenções e ofertas de cuidado aos usuários, a fim de alterar a visão que eles possuem sobre si mesmos e contribuir para que a sociedade enxergue o que está diante de seus olhos: seres humanos de direitos e de produção de vidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar as andanças da equipe do CnaR num determinado território geográfico da cidade do Rio de Janeiro foi singular na medida em que a clínica que se apresentava diferia em muito da realidade apresentada pelos serviços tradicionais.

Participar das intervenções, dialogar com os usuários do CnaR e propor estratégias de intervenção junto com as equipes favoreceu para que esta experiência prática se constituísse em um tema de reflexão que aqui se apresenta. Dentre as reflexões trazidas, podemos apontar que, segundo Santos (2013)¹⁰, o CnaR por ser um serviço de atenção básica de saúde voltado para atendimentos à população em situação de rua, possibilita um espaço de reconhecimento de identidades plurais dos usuários e de construção e experimentação de diferentes papéis desempenhados pelos profissionais no território da rua.

Além disso, as experiências permitiram pensar nas diversas esferas de cuidado e atenção que devem se voltar para as populações que habitam as ruas da cidade. Tais esferas devem estar interligadas em redes de atenção ao cuidado para que não haja uma sobrecarga em nenhum campo em específico e para que o suporte possa ocorrer de maneira efetiva, ativa e concreta. A implementação das políticas através das ações em serviços e equipamentos devem proporcionar a estas pessoas autonomia e independência na realização de ocupações satisfatórias e de seu próprio interesse. É necessário dar voz a esta parcela populacional, com o sentido de permitir que elas possam expressar seus desejos e dificuldades além de acolher e compreender suas necessidades. A partir de então, talvez seja possível ressignificar os

atributos destinados na forma de estigmas e preconceitos referentes às pessoas de rua, reconhecendo-as como sujeitos de direitos, fazedores das suas próprias histórias e das histórias do mundo.

Em meio às produções de vida e cuidado do CnaR, a Terapia Ocupacional encontra-se neste cenário com um olhar voltado para o fazer humano, favorecendo a construção e organização dos significados de vida, potenciais para a produção de saúde e outras esferas do cuidado. Envolve a sutileza da escuta terapêutica qualificada e a valorização dos encontros, trabalhando suas ações e fazeres cotidianos de acordo com os desejos e demandas dos usuários, permitindo que os mesmos criem novas maneiras de ocupar as ruas e a sociedade.

O CnaR, por ser constituído por uma equipe interdisciplinar, os saberes e experiências tanto dos usuários quanto dos profissionais passam a ser compartilhados, afinando desta forma, as intervenções que se realizam no espaço da rua. Utilizamos, para tal, as estratégias de RD, enquanto um campo de conhecimento técnico-científico (tecnologias duro-leves), mas, sobretudo, nos valem das investidas nas relações com os usuários (tecnologias leves). A RD possibilita abordagem atenta pela equipe de saúde em todos seus aspectos: reconhecendo a subjetividade, o papel ativo do usuário, a valorização do vínculo para que ele possa aderir durante o processo de tratamento, a questão da territorialidade e a importância da articulação com os serviços de saúde.

O CnaR se apresenta como uma *obra aberta*, em que as cenas do cuidado e da atenção para com a população na rua vão sendo tecidas a cada encontro, a cada palavra, a cada gesto, a cada acontecimento. É preciso estarmos atentos às dinâmicas urbanas e sensíveis para lidar com as narrativas da rua, para que possamos desempenhar as ações condizentes com as reais necessidades dos usuários do CnaR.

Referências

1. Castel R. **Da indignação à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional.** In: Lancetti A, organizador. Saúde loucura. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 21-48.
2. Rosa A da S, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. **O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua.** Rev Latino Americ Enfermagem. 2005; 13(4):576-82.
3. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf

Acesso em 15 de novembro de 2015.

4. Albuquerque SC de. **Cuidado em Saúde frente às Vulnerabilidades: práticas do consultório na rua** [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP; 2014.

5. Galheigo SM. **O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo. 2003; 14(3):104-109.

6. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 23 Dez 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm Acesso em 15 de novembro de 2015.

7. Costa SL da, Mendes R. **Redes Sociais Territoriais**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2014.

8. Brasil. Portaria nº 122 e nº123, de 25 de janeiro de 2012. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 25 Jan 2012.

9. Brasil. Portaria nº 3.088. **Define as Diretrizes de Organização e Funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 13 Dez 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em 15 de novembro de 2015.

10. Santos CF dos. **Os Processos do Cuidado na Saúde da População em Situação de Rua: um olhar para além das políticas públicas** [tese]. Porto Alegre (RS): Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, 2013.

11. International Harm Reduction Association. **O que é Redução de Danos? uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos**. 2010. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portugues Acesso em 12 out 2015.

12. Lancetti A. **Clínica Peripatética**. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

13. Fonsêca CJB da. **Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética**. Rev Psicologia & Saberes. 2012; 1(1):11-36.

14. Gomes R. **Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa**. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo C de S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 33ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

15. Minayo MC de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

16. Silva LRC da, *et al.* **Pesquisa Documental: alternativa investigativa na formação docente**. In: Congresso Nacional de Educação, EDUCERE, 9, Paraná, 2009.

17. Souza T de P, Macerata I. **A Clínica nos Consultórios na Rua: territórios, coletivos e transversalidades.** Rev. Psicol. 2015; 0 (2):03-23.
18. Trino AT, Machado MPM, Rodrigues RB. **Conceitos Norteadores do Cuidado Junto à População em Situação de Rua.** In: 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. 1a ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
19. Merhy EE, Feuerwerker LCM. **Novo Olhar sobre as Tecnologias de Saúde: uma necessidade contemporânea.** In: Mandarino AC de S, Gomberg E. Leituras de Novas Tecnologias e Saúde. Bahia: Editora UFS; 2009.
20. Silva FP da. **As Práticas de Saúde das Equipes dos Consultórios de Rua** [tese]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco, 2013.
21. Goffman E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Edição digitalizada. Sabotagem; 2004.
22. Gallassi AD, Santos V dos. **Editorial: uso de drogas e vulnerabilidades associadas.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2014; 22:1-4.
23. Brasil. Nota Técnica Conjunta nº 001. **Diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Acesso em 16 Setembro de 2015.
24. Vanacor G. **Transdisciplinaridade no Sistema Único de Saúde.** Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/61694-transdisciplinaridade-no-sistema-unico-de-saud> Acesso em 12 de outubro 2015.
25. Associação Americana de Terapia Ocupacional - AOTA. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo.** Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015, 26:1-49.
26. Silva MR da, Costa SL, Kinoshita RT. **A interação na Construção do Sujeito e da Prática da Terapia Ocupacional.** Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014; 25 (2):111-118.
27. Gallassi AD, Santos V dos. **O Abuso de Drogas: desafios e opções para a prática do profissional de saúde no Brasil.** Brasília Médica. 2013; 50:51-57.
28. Carleto DGS, Alves HC, Gontijo D T. **Promoção de Saúde, Desempenho Ocupacional e Vulnerabilidade Social: subsídios para a intervenção da Terapia Ocupacional com adolescentes acolhidas institucionalmente.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2010; 21(1): p. 89-97.

Contribuição das autoras: Soraya da Conceição Telles Silva participou da concepção do texto, organização de fontes e análises e redação do texto. Beatriz Akemi Takeiti participou da organização de análises, redação do texto e revisão. Keronlay da Silva Machado participou da organização de análises e revisão.

Submetido em: 05/04/2017

Aceito em: 07/07/2017

Publicado em: 31/07/2017