



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. [http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)

 <http://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>

## SEGURIDADE, ACOLHIMENTO E POBREZA

# O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua

*The embracement in health in the space of the street:  
strategies of care of the Clinic in the Street*

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE 

Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil.



**RESUMO** – O objetivo deste artigo é apresentar alguns resultados, obtidos durante pesquisa de mestrado, sobre o processo de acolhimento em saúde no espaço da rua. Para tanto, nesta produção, daremos ênfase às concepções e percepções dos sujeitos entrevistados. A partir da análise de conteúdo, é possível afirmar que, para os(as) trabalhadores(as), o acolhimento é entrelaçado por estratégias, fundamentadas no Sistema Único de Saúde, que têm por uma das finalidades, contribuir com o acesso dessa população à rede de serviços intersetoriais. Já para os usuários, as concepções não perpassam tanto pelo processo de trabalho como para os(as) trabalhadores(as), mas sim pela percepção de quem é usuário do serviço, e de como essa equipe chega até eles. Nesse sentido, a *Persistência Acolhedora* se afirma como estratégia.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. População em situação de rua. Acolhimento. Consultório na Rua.

**ABSTRACT** – The aim of this paper is to present some results obtained during master's research on the health care process in street space. Therefore, in this production, we will emphasize the conceptions and perceptions of interviewees. From the content analysis, it is possible to affirm that, for the workers, the embracement is intertwined by strategies, based on the Unified Health System, whose purpose is to contribute with the access of this population to the intersectoral network services. As for the users, not the views pervade both the work process and the workers, but the perception of who is service user, and how this team reaches them. In this sense, the *Welcoming Persistence* is stated as a strategy.

**Keywords:** Homeless. Health Unified System. Embracement. Street Clinic.

## De onde partimos e de que forma abordamos o tema

**A**o abordar o tema referente ao processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua, no espaço da rua, é importante sinalizar o contexto nacional atual de desmonte das políticas públicas e sociais. Diferente de uma defesa e sustentação de cunho universal e que busquem a emancipação política dos sujeitos, as gestões municipal, estadual e federal, ao contrário disso, têm defendido e afirmado ações e políticas focadas e deterministas, por meio de ações higienistas, reportadas pela mídia nacional recentemente.

Um exemplo disso seriam as atuais ações da gestão municipal em Porto Alegre e em São Paulo, dentre outros que representam discursos valorativos e meritocráticos. Falas e ações em nome da defesa das famílias, do “bem-estar” da cidade e na luta contra as drogas.

Nesse sentido, podemos nos questionar: que vidas merecem ser defendidas e protegidas na atualidade? Quais são as raças, gêneros e classes sociais dessas vidas protegidas? As reivindicações, muitas vezes com uso da violência, de alguns governos municipais nos territórios do centro das cidades, por exemplo, apresentam uma autodefesa do Estado frente à ofensiva das drogas, em defesa da ordem social e da higienização da cidade, no qual consideramos serem formas veladas de guerra nas ruas, que beneficiam alguns grupos de interesses políticos e econômicos.

Butler (2015), apesar de apresentar reflexões a partir de um contexto de guerras declaradas, agrega conteúdos que se aproximam da valorização da vida frente às ações prioritárias do governo e as formas de violência institucional, justificadas pelo Estado e pela mídia.

As vidas são divididas entre aquelas que representam determinados tipos de estado e aquelas que representam ameaças à democracia liberal centrada no Estado, de tal modo que a guerra possa então ser travada de forma legítima em nome de algumas vidas, ao mesmo tempo que se pode defender de forma legítima a destruição de outras vidas (Butler, 2015, p.85-86).

As ações violentas e de higienização sofridas pela população em situação de rua demonstram a serviço de quem este governo opera e a quem ignora ou descarta. Na medida em que realiza o desmonte e o corte de programas e projetos, como foi o caso do projeto “De Braços Abertos” (DBA)<sup>1</sup>, destinado a população em situação de rua e usuários de drogas, criado no ano de 2015 na cidade de São Paulo. Ele articulava o cuidado intersetorial dessa população no município e as equipes de Consultório na Rua (CnaR) e Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) faziam parte das ações. Verifica-se que a continuidade desses programas e projetos fica ameaçada por políticas de governo conservadoras e não são garantidas por uma política de Estado que faça a defesa dos direitos dessa população.

Consideramos que, para construção de políticas públicas que leve em consideração este segmento populacional, a gestão e o planejamento devem conhecer os marcadores sociais. As categorias como: classe social, gênero, raça, devem substanciar ações que realmente atendam expressões da realidade, são interações e intersecção de formas de subordinação dinâmicas e não estáticas.

Ponderamos os diversos desafios em promover o acolhimento em saúde no espaço da rua, seja pelo processo de desinstitucionalização do cuidado e pela necessária articulação com a rede de serviços intersetoriais. Além das instituições dessa rede apresentarem grandes diferenças entre si, há uma demanda de ampliação das ofertas de atendimentos às necessidades desses usuários. Portanto, são essas e outras diferenças que surgem no acolhimento no espaço da rua, no qual identificamos algumas reflexões ao longo deste artigo. Nesse sentido, o objetivo aqui é mostrar alguns resultados, obtidos durante pesquisa de dissertação de mestrado, sobre o processo de acolhimento em saúde no espaço da rua. Para tanto, nesta produção, daremos ênfase às concepções e percepções dos sujeitos entrevistados.

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, com ênfase na pesquisa qualitativa, na qual utilizamos a técnica de pesquisa bibliográfica e empírica a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os sujeitos.

O universo da nossa pesquisa foi retirado da totalidade de doze (12) trabalhadores do Consultório na Rua, que corresponde a um serviço público, gerenciado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre e dos (as) quinze<sup>2</sup> (15) usuárias e usuários-representantes do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) da região central do mesmo município. Os sujeitos do estudo foram definidos por amostra do tipo intencional e foram coletados os dados através de entrevista com seis (6) trabalhadoras e trabalhadores que compõem a equipe do CnaR e quatro (4) integrantes (usuários e usuárias-representantes) do MNPR. As entrevistas foram do tipo semiestruturadas totalizando dez (10) entrevistados, a partir de roteiro elaborado com perguntas abertas. A pesquisa teve aprovação dos Comitês de Ética da PUCRS e da Secretaria de Saúde, assim como dos sujeitos entrevistados.

Na etapa de análise dos dados coletados, realizamos uma análise crítica de conteúdo, que leva em consideração significados que vão além do próprio texto em si, mas que buscam sentidos que se referem às experiências dos sujeitos expressos nas falas, que dão visibilidade às múltiplas determinações que compõem a totalidade social.

Para realização do estudo, partimos do entendimento do método dialético crítico e utilizamos o enfoque misto, analisando dados quantitativos e qualitativos que, de acordo com Prates (2012, p. 117):

Sujeitos, realidade e fenômenos são constituídos por elementos temporais, por exemplo, cuja identificação e reconhecimento são essenciais para que possamos explicar as suas transformações em diferentes estágios, que manifestam qualidades distintas. Não há como esperar que uma criança ande com 3 ou 4 meses, por que o tempo de maturação do seu corpo, um dado quantitativo, ainda não permite a transformação do não andar em andar. Mas a simples ou complexa maturação do corpo infantil não é suficiente para garantir a superação dessa contradição. São igualmente necessários aspectos de difícil quantificação, como estímulos, o contexto onde esse processo se realiza, entre outros condicionantes.

Destaca-se a relação e articulação entre qualidade e quantidade, expressas no movimento de maturação e desvendamento do real. Ainda de acordo com Prates (2012), o reconhecimento da categoria dos assistentes sociais quanto à importância da obra marxiana realizada nos processos de análise e intervenção da realidade social, tem contribuído para desocultar as diversas expressões da questão social, a partir do aporte de categorias que emanam do real e a ele retornam para desvendar a realidade social, histórica e concreta.

### **O fortalecimento do *elo* entre o usuário e as redes de cuidado**

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.088 do ano de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com um dos objetivos de ampliar e articular os serviços de atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas. Alguns dos serviços que constituem essa Rede são as Unidades de Saúde, Consultório na Rua, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Convivência, Unidade de Pronto Atendimento, entre outros.

Dentre as diretrizes e os objetivos da RAPS, o acolhimento e as atividades realizadas no território aparecem como pontos importantes para o trabalho das equipes de saúde, com intuito de favorecer a inclusão dessa população na rede de atenção e a qualificação do cuidado compartilhado. O Consultório na Rua, sendo um serviço integrante desta Rede, desenvolve ações no campo da atenção básica e da saúde mental à população em situação de rua *in loco*, de forma itinerante e compartilhada com outros pontos de atenção à saúde.

De acordo com Martinez (2016), o CnaR, desde sua constituição, passa a ser um dispositivo da rede que faz *a ponte* entre a rua e os serviços de saúde, assim como faz a *costura* desta rede de atendimento e busca qualificar e garantir o acolhimento das necessidades desses indivíduos. Isso é alentado na fala de um dos trabalhadores entrevistados, demonstrando que a garantia desse acesso é tensionada pela equipe do Consultório na Rua, fortalecendo *elos* já enfraquecidos na rede de serviços:

“[...] a população vê nessa equipe, o elo que falta entre ele, a sociedade e as unidades de saúde. Por que tem alguém da sociedade, tem uma instituição chegando até eles, então isso, de uma forma, para eles é gratificante, eles entendem que tem alguém olhando por eles.” (Trabalhador 05)

Para o desenvolvimento das ações, os trabalhadores do CnaR utilizam um veículo que serve como transporte da equipe, de seus materiais de trabalho e dos usuários, quando necessário, assim como serve de referência para os usuários nos territórios, como forma de identificação. Esta identificação do veículo e a escolha de locais e territórios definidos favorecem as aproximações e construção de vínculo e confiança com os usuários (BRASIL, 2010).

“Outra coisa que facilita é ele nos identificar quando nós chegamos com a Kombi, eles vêm correndo todos daí. Lá está identificado que é Consultório na Rua e enche ao redor ali. Mesmo aqueles que não vêm muito aqui, que não procuram assistência de saúde, mas quando eles veem a gente na rua, daí eles vêm.” (Trabalhadora 01)

Quando perguntado sobre o que favorece o acolhimento na rua, a fala dos trabalhadores demonstra a importância de reconhecer o Consultório na Rua no território, através da identificação do veículo, fazendo com que o Sistema Único de Saúde (SUS) esteja mais próximo, principalmente, daqueles que não buscam assistência à saúde nas instituições convencionais, por diversas dificuldades. Nesse sentido uma das dificuldades apontadas pelos sujeitos refere-se à falta de transporte, pois a equipe é contemplada somente com um veículo, mas considerando a alta demanda necessitariam de um número maior de veículos e mais equipes no território.

Consideramos os inúmeros desafios de promover o acolhimento em saúde dentro da instituição ou fora dela. Pois, além dos serviços terem grandes diferenças, muitas vezes a queixa do usuário já aparece relacionada diretamente com a doença e com a oferta de insumos tecnológicos (exames, medicamentos, entre outros) e de resolução rápida. Já no espaço da rua, essa oferta de serviços e insumos não aparece de forma muito clara.

Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o setting terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses “lugares” precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários (BRASIL, 2010, p. 11).

A posição desses trabalhadores frente aos usuários e seus espaços de vida, a partir da metodologia de trabalho, são ações que apresentam uma disposição à acolhida e identificação das necessidades dessa população, a partir da escuta e criação de vínculo e confiança. De acordo com a fala de uma trabalhadora:

“Então ali já partimos da premissa que a gente vai oferecer saúde quando, na verdade, isso muda muito no serviço, as pessoas vão a procurar, a usufruir desse serviço, a gente na rua muitas vezes vai oferecer. Então já partimos dali que o acolhimento é diferente por que a gente vai oferecer. E ali começamos desde a apresentação do serviço, como a gente trabalha, os integrantes e ali a gente pergunta se a gente pode ajudar, oferecer nosso serviço enquanto a saúde.” (Trabalhadora 04)

Conforme sinalizado pela fala da trabalhadora e pelo documento do MS que fundamenta o trabalho do CnaR, o acolhimento no espaço da rua vai apresentar uma inversão do que acontece nas instituições de saúde. Isso porque, muitas vezes, no espaço da rua a equipe do CnaR não foi chamada, nem convidada pelo usuário para estar ali. Ela, através da busca ativa nos territórios, vai oferecer os serviços e, para isso, é

necessário criar esse *setting terapêutico*<sup>3</sup>, muito bem elaborado e cultivado por estes trabalhadores a partir do encontro com esses usuários.

## A persistência acolhedora e o acolhimento em saúde no espaço da rua

“Às vezes a gente vai aos pouquinhos, no tempo deles.” (Trabalhadora 02)

Chupel (2008), a partir de seu estudo, considera que não é possível realizar generalizações sobre o acolhimento, pois em diferentes autores podemos encontrar perspectivas distintas. A autora acredita que a discussão do acolhimento é permeada por influências da vertente crítica, por autores da saúde coletiva, e outras influências da vertente conservadora.

Partimos de uma direção teórica crítica do processo de acolhimento em saúde, que deve ser tomado enquanto dispositivo de mudança na reorganização dos serviços, seja nos processos de trabalho da própria instituição, seja na organização e gestão das políticas sociais (FRANCO, BUENO e MERHY, 2003). Nesse sentido, torna-se fundamental a aproximação entre o planejamento das políticas e sua efetivação nas instituições de saúde. Tendo em vista que, atualmente, observam-se dificuldades significativas em materializar ações nos serviços de saúde por diversos fatores, desde a desvalorização e o desmonte do SUS, à precarização das condições de trabalho, passando pelo direcionamento da formação dos trabalhadores de saúde por um modelo de saúde privada, entre outros aspectos da mesma ordem.

Consideramos que o acolhimento nos serviços de saúde e no espaço da rua, além de facilitar o acesso institucional, irá ao encontro da garantia da universalidade e da integralidade<sup>4</sup> das ações, incluindo o usuário no processo de cuidado. Concordamos que, para isso, é necessário o reconhecimento do protagonismo por parte do usuário e pelos trabalhadores na produção da saúde, assim como nos espaços democráticos nas instituições, através de gestão participativa, colegiados, conselhos locais, o próprio Movimento Nacional da População de Rua, entre outros espaços relevantes.

Para nós, a integralidade aqui defendida, diferente do conceito restrito, possui um sentido amplo e de direito, que motiva e garante a participação do usuário em seu acompanhamento de saúde e construção de diálogos sobre seus projetos de vida. Neste contexto, como já assinalamos não deixa de ser um desafio para a equipe acessar essa população que vive à margem dos serviços de saúde, que muitas vezes passam por situações de falta de acolhimento e estigmatização nos espaços institucionais, o que faz com que percam a confiança nesses dispositivos.

Através de construção de vínculo e relação de confiança, identificado como uma estratégia que se aplica no processo de trabalho, o CnaR busca ultrapassar e ressignificar essas barreiras, pois acolhe e realiza uma escuta desta população em seus próprios territórios e espaços de vida. Mas, para isso, é necessário se despir de algumas construções e padrões engessados do fazer tradicional na saúde e da temerosa matriz neoliberal e meritocrática.

Durante a coleta e análise de dados, dos 10 entrevistados, 09 afirmaram que o trabalho do CnaR favorece o acesso dessa população aos serviços de saúde e da rede intersetorial. Identificando a efetividade do acolhimento em saúde no espaço da rua como garantia do acesso desses usuários.

Em relação ao sentimento de confiança dos usuários para com a equipe do CnaR, de 04 usuários, 03 deles, em suas falas, apresentam uma identificação deste sentimento como um benefício gerado pelo atendimento prestado. Sendo assim, acesso, identificação e confiança são as categorias que mais aparecem nas respostas dos entrevistados e representam as concepções sobre o acolhimento no espaço da rua.

Já a confiança nos trabalhadores seria identificada como um sinal, um meio necessário, para construção de uma relação que favoreça o processo de trabalho do cuidado em saúde. De 06 trabalhadores, 04 apresentam essa percepção. O vínculo também aparece na fala dos trabalhadores. Dos 06 entrevistados, 05 afirmam o vínculo como uma estratégia necessária na relação de confiança entre usuário e a equipe de saúde.

De acordo com as respostas, verificamos que a ambiência construída para a escuta e para a criação de vínculo será propícia a partir do momento que este encontro seja construído; estando atento à temporalidade da rua e das pessoas que vivem nela, respeitando e identificando as particularidade e diferenças dos indivíduos.

“Às vezes a gente vai aos pouquinhos, no tempo deles. Por que às vezes o tempo do pessoal da rua não é o nosso tempo, a gente coloca as nossas ansiedades, as nossas vontades neles e os nossos horários. Então é tudo bem diferente, a gente sempre tenta respeitar o momento deles. Para ter um bom vínculo, se não é muito difícil e outras vezes, é bem tranquilo, bem fácil, eles nos chamam, nos conhecem hoje, amanhã eles já estão aqui. Bem diversificado, tem muitos casos bem diferente um do outro.” (Trabalhadora 02)

De acordo com a fala da trabalhadora 02, verificamos a heterogeneidade explícita deste seguimento, também destacada nas pesquisas e censos sobre essa população. Os dados também demonstram diferenças nas percepções e crenças sobre o estado de saúde, ou o que seria um bom estado de saúde, por exemplo. Essa também é uma questão identificada na pesquisa, a partir de um processo contraditório. Pois, além do que é defendido e instituído pelos órgãos como a Organização Mundial de Saúde e o próprio SUS, há outras concepções e sentidos do que seria um estado saudável ou um estado de bem-estar, seja de uma vivência mais concreta ou espiritual do sujeito.

O trabalhador 05, a seguir, também trata dessa atenção e respeito à temporalidade do usuário e considera que os trabalhadores das equipes devem, além de respeitar a autonomia do usuário, apropriar-se e adequar as rotinas de trabalho ao ambiente da rua, local de vida dessas pessoas e de trabalho.

“Então assim, a equipe que trabalha com saúde, com essa população ela tem que estar aberta para esse tipo de situação. De saber que o momento é dele, não é você que determina a hora especificamente, não é você que determina o melhor momento, tudo depende do ambiente e da aceitação do paciente. Então assim, a gente perde aquele empoderamento que a gente tem dentro de um consultório. Que a gente que leva a consulta [...], na rua no caso, você perde esse direcionamento, você que tem que se adequar, é o profissional que se adéqua ao ambiente, ao momento, para garantir uma consulta com qualidade ao paciente em situação de rua. Mais ou menos nesse sentido.” (Trabalhador 05)

Consideramos, a partir dos estudos em Marx (1964) e Lefebvre (1995), que é na prática, no concreto que se constrói as formas de cuidado em saúde. O real tem que conformar a ideia e não ao contrário. Nesse sentido, o acolhimento e o cuidado em saúde não devem estar somente na contemplação e no discurso, deve ter a prática como critério de verdade, no plano de trabalho, por exemplo, daquele território, ou daquele projeto terapêutico singular<sup>5</sup>, a aplicabilidade deles será verificada na prática, a partir daí podemos reavaliar a teoria e o planejamento realizado.

Ao considerar a dinâmica do processo de trabalho e da aplicabilidade do acolhimento, da busca ativa com enfoque no espaço da rua, verificamos algo comum nas falas dos sujeitos, que escolhemos chamar de uma **persistência acolhedora**. De acordo com o dicionário de língua portuguesa “persistência” significa: ato persistente, que não desiste do objetivo; e “persistir”: demonstrar constância, insistência e perseverança.

Entendemos que a *persistência acolhedora* seria uma estratégia criada através do processo de trabalho e experiência destes trabalhadores. Na prática, ela é desenvolvida através de uma metodologia de diversas aproximações estimuladas com os usuários. Para isso são pensadas com base na relação de confiança, respeitando o momento desses usuários. E o trabalhador não desiste, mesmo sem ter tido resultados por vezes nada concretos nesses primeiros encontros.

“Tem dificuldades sim, tem dificuldades, por que muitos se renegam a ser atendidos. Aí tem aquela insistência, até um certo grau, tem que parar, por que não adianta, então

insistir, então volte no outro dia, quando a pessoa tá mais, não tá “elevado” mal, não está “elevado” nas drogas. No outro dia ela já vai estar pensando de outra maneira. Às vezes a pessoa é estúpida, mas fora da sua mentalidade, entende? Ai ela tá [sic] drogada ou alcoolizada. A maioria é alcoolizada, se retrai mais para ser atendido. Mas é fundamental, sempre vou falar, é fundamental que as pessoas são muito boas quando trata a gente na rua.” (Usuário 02)

“Tem dificuldades para eles por que tem muita gente ignorante na rua que não gosta de ser atendido, ou não querem ser atendido e daí fica difícil para eles também, eles que estão atendendo na rua. E tem muita gente que trata eles: ‘Não vão embora, eu não quero saber!’” (Usuário 04)

Conforme a fala dos usuários quando perguntamos sobre as dificuldades do acolhimento no espaço da rua, eles falam dessa desconfiança de um primeiro momento com a equipe e com os serviços. Os usuários poderão estar sob efeito do uso de substâncias psicoativas e isso exigirá da equipe uma atenção singular que evite esse sentimento de desconfiança. O que reafirma mais uma vez a necessária sensibilidade e respeito a essa temporalidade da população em situação de rua por parte dos trabalhadores.

De acordo com a Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social da Bahia (SJDHDS) e do Centro de Referência Integral de Adolescentes (CRIA), responsáveis pelo Programa *Corra pro abraço*, destinado à população em situação de rua:

É importante ressaltar que esta sensação de medo e desconfiança não corresponde pura e simplesmente ao efeito da substância no organismo, mas ao contexto social em que vivem, constantemente imersos em situações de violência da polícia, por exemplo. A paranoia é fruto também de um contexto de relações violentas e de disseminação do medo em relação a essa população (SJDHDS; CRIA, 2016, p. 77).

O conceito de *persistência acolhedora*, ancorado nos princípios e diretrizes do SUS, refere-se ao ato ou ação da equipe em constante movimento para com o acolhimento do usuário no espaço da rua. Uma ação que inicia no primeiro encontro com o usuário e se transforma por meio da construção da relação de vínculo. A *persistência acolhedora*, enquanto estratégia pressupõe considerar a confiança perdida dos usuários nas relações de vínculo, frente às discriminações sofridas diariamente, pois muitas vezes são coibidos e até mesmo expulsos ao acessar alguns locais.

Isso se confirma nos dados publicados pelo último Censo Municipal da População em Situação de Rua de Porto Alegre (UFRGS, 2016). O medo e a sensação de estar vulnerável à violência nas ruas foram apontados pelos sujeitos entrevistados. O medo estaria diretamente ligado às experiências sofridas identificadas pela maioria dos entrevistados (60,6%) quando questionados se alguma vez sofreram algum tipo de violência nas ruas. Destaca-se a violência institucional cometida por agentes do estado (Policiais da Brigada Militar, dentre outros) e violências cometidas por *outros grupos de rua*, geradas pelas disputas de espaço e recursos disponíveis na rua. Nesse sentido, a violência identificada em alguns territórios do município de Porto Alegre também foi mencionada por um dos sujeitos em nossa pesquisa, como um dos condicionantes que dificulta o acolhimento realizado pela equipe do Consultório na Rua.

É importante deixar claro que a *persistência acolhedora*, calhada como estratégia no processo de trabalho do CnaR, irá ser desenvolvida considerando esses dados da realidade e da violência sofrida por essa população, assim como as particularidades dos indivíduos e grupos, e as características dos territórios. Nesse sentido, a *persistência acolhedora* não poderá ser identificada isoladamente, pois é composta de outras técnicas e instrumentos que se inter-relacionam mutuamente. Além da consonância necessária com o planejamento de trabalho de todos componentes da equipe, o instrumental utilizado deve fortalecer o objetivo de avançar na constituição do cuidado em saúde compartilhado com a rede de serviços, que garanta o acesso e continuidade do acompanhamento de saúde dessa população.

Identificamos que a *persistência acolhedora*, a partir das falas, passa pela compreensão dos trabalhadores que este usuário, sofre a discriminação diária quando necessita acessar os serviços de saúde

e, além dessas dificuldades de acesso, apresentam uma *desqualificação social*<sup>6</sup> que reverbera na relação com seu autocuidado. Essa população, muitas vezes, passa a apresentar baixa autoestima, desmotivação para cuidar de si, vergonha, medos e desconfiança dos serviços. Acredita-se que todo esse processo interfira na autonomia do usuário e em sua capacidade de escolha.

Dessa forma, acreditamos que essas metodologias e estratégias, incluindo a *persistência acolhedora*, sustentam-se no CnaR, pois a dinâmica deste serviço é inversa comparada às de outros locais, onde os usuários buscam os serviços de saúde. Essa diferença, assim como as negações dos usuários quanto à aproximação desses serviços, certamente aparece conforme a fala de uma das trabalhadoras:

“[...] o vínculo é outra ferramenta que a gente tem, as vezes eu falo que é uma insistência nossa. O paciente fala: ‘não precisa, muito obrigada!’. ‘A gente volta outro dia para gente conversar’. A gente tem, bom eu acho que assim, a sensibilidade eu acho, uma ferramenta, que nós utilizamos nesse sentido.” (Trabalhadora 04)

A sensibilidade também é necessária para captura da realidade objetiva, o acolhimento, o olho no olho, o afeto, a criação do vínculo.

[...] a apropriação sensível da essência e da vida humanas, do homem objectivo, das criações humanas para e através do homem, não deve considerar-se apenas no sentido do ter. O homem apropria-se do seu ser omnilateral de uma maneira omnicomprensiva, por tanto, como homem total (MARX, 1964, p. 196).

O processo de trabalho do acolhimento em saúde a essa população não deve estar voltada ao um olhar restrito às faltas e do não desejo. Consideramos a falta como o sentido do “ter”: não ter emprego, não ter casa, não ter familiar. Devemos estar atentos aos sentidos do “ser”, do olho que enxerga, do ouvido que escuta, e visualizar as potencialidades humanas a partir dos encontros proporcionados pela promoção de saúde.

O capitalismo desumaniza o homem e suas relações, a propriedade privada leva a redução ao homem individualista, pois este só é possuidor de algo material, e passa a substituir os sentidos de “ser” para o “ter”.

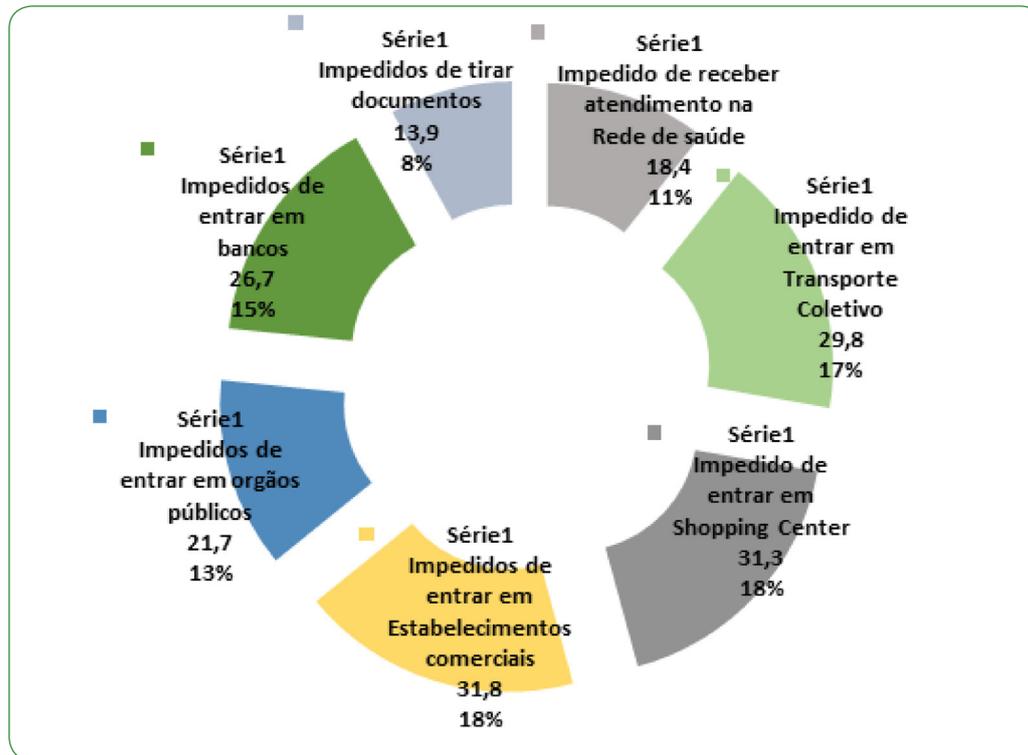
“O atendimento é muito carinhoso, as meninas são muito carinhosas, a doutora é muito carinhosa, o doutor muito carinhoso, sem palavras! Sempre fomos tratados como gente, não como, que uns pensam, como lixo, fomos tratados como gente. E para nós é muito, como eu vou te dizer, é muito gratificante, ser tratado como pessoa.” (Usuário 02)

“No meu entendimento acolhimento em saúde as pessoas em situação de rua, é tu conseguir olhar para o sujeito, independente de qualquer outra situação, independente de ele estar bem vestido ou mal vestido, de ele estar limpo ou sujo, dele estar carregando pertences ou não, e é sobretudo a garantia do direito de acesso a saúde que é universal.” (Usuário 01)

As falas demonstram a necessidade do usuário se sentir como gente, como pessoa nessas relações. Nos dados da Pesquisa Nacional sobre Populações em Situação de Rua, realizada no Brasil no ano de 2008, identificamos que isso é reafirmado, pois ao ser identificado em situação de rua, as pessoas afirmam ser um impeditivo para entrar em locais e realizar atividades (locais de serviços de saúde, locais para emissão de documentos, transporte público, entre outros). Isso faz com que, simbolicamente e concretamente, as pessoas em situação de rua não se sintam tratadas como “gente” nesses locais.

Conforme a Figura 1, verificamos o sentido trazido na fala dos usuários, valorizando o fato de as equipes os tratarem como gente. Conforme a Pesquisa Nacional (por meio de entrevistas a partir da amostra de 10,4% do universo de 31.922 pessoas), os sujeitos se sentem impedidos de entrar em muitos locais que se importam com a aparência, se estão limpos e bem vestidos. Mesmo os locais, independentemente de sua natureza, pública ou privada, são apontados pelos entrevistados.

Figura 1 – Impedidos de acesso aos locais e atividades



Fonte: Elaboração própria, baseado em Brasil (2008).

Por mais que partamos da defesa do encontro democrático entre trabalhador e usuário, consideramos as diferentes tensões identificadas por outros autores (as) e empiricamente nesta pesquisa. Elas se apresentam através de limitações e contradições presentes na realidade social e podem ser explicitadas de diversas formas, seja por meio do processo de trabalho do CnaR e especificamente através da categoria analisada, denominada como *persistência acolhedora*; uma vez que identificamos ser uma particularidade desse encontro na rua, por meio do acolhimento.

Além da dificuldade apresentada em alcançar essas pessoas e ainda propiciar uma ponte para os serviços interinstitucionais, os trabalhadores encontram muitos limites estruturais no município representados pelo pequeno número de serviços que atendem especificamente essa população assim como a precarização dos que já existem, tanto físicas como de recursos humanos. E isso reflete na pequena capacidade de atendimentos diários com parcerias público-privadas e filantrópicas (Albergue, Abrigo, Serviço de Abordagem Social, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, Centros de Convivência, CnaR, CAPS, Unidade de Acolhimento, entre outros).

A falta de transporte, assim como a precarização da rede de atendimento, é afirmada pelos trabalhadores e comprovada pela pesquisa nacional sobre população em situação de rua:

Os serviços públicos de saúde não estão adequados a realidade e as necessidades das pessoas em situação de rua. Não existem condições de acolhimento e as pessoas que vivem nas ruas não procuram tais serviços por conhecerem as limitações de acesso e por sentirem-se discriminadas. [...] é necessário assim o desenvolvimento de ações especiais na área de atendimento em saúde, abrangendo a capacitação para os profissionais de saúde, a alteração da atual cultura sobre a população em situação de rua e a mudança de regras e procedimento adotados no funcionamento dos hospitais e centros de saúde (BRASIL, MDS, 2008, p.125).

Frente a isso, o CnaR busca mobilizar o desejo do usuário de ser atendido pela equipe de saúde por meio da construção de uma relação de confiança. Porém, mesmo essa relação de cuidado sendo construída junto com o usuário, existe uma intenção política e institucional. Ou seja, *a priori* da construção desse cuidado entre trabalhador e usuário, existe uma intenção instituída no CnaR, desde a chegada da Kombi no território.

Nesse sentido, vale destacar a serviço de quem existe essa intenção *a priori*, pois o que defendemos nesse estudo, partindo de uma análise de conjuntura, remete repensarmos outra lógica de cuidado singular, contrária ao aprisionamento, à violação dos direitos humanos, aos elementos puramente prescritivos. É necessário cada vez mais fortalecer as bases fundantes do SUS, constituídas e alicerçadas pelos Movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Defendemos o SUS com base nas necessidades humanas e universais da população em geral que tem o direito defendido pela Constituição Federal e à garantia de proteção social por meio do tripé da seguridade social no país. Muito diferente e contra o seguimento político privatista e liberal, que busca a precarização das políticas públicas para a privatização dos serviços em geral, com base em valores que defendem uma sociedade individualista, guiada por princípios meritocráticos.

Outras considerações importantes do trabalho da equipe no espaço da rua são a dinamicidade e a imprevisibilidade, seja pelas condições climáticas, com sol, vento, chuva, ou pela oferta que a equipe apresenta a esses usuários (oferta de preservativos, coleta de exames, acompanhamento nos serviços para emissão de documentos, entre outros.), partindo muitas vezes de uma demanda não explícita pelo usuário.

Diferente do trabalho em uma instituição, onde o usuário busca atendimento de suas demandas em um serviço com fluxos pré-definidos, o CnaR trabalha com o desafio do não programado, do não prescrito, conforme aponta a fala de uma trabalhadora:

“Equipe faz o acolhimento sim, no espaço da rua. Ele acontece de uma forma, eu chamaria dinâmica, para não chamar a palavra que eu gosto é criativa, mas eu falo dinâmica. Por que dependendo das pessoas que vamos abordar, ou o grupo de pessoas, se a pessoa é conhecida, ou não é conhecida, eu acho que isso depende muito também.” (Trabalhadora 04)

De acordo com a resposta do sujeito, o acolhimento é dinâmico e deve atender e levar em consideração o vínculo estabelecido e a relação de confiança construída, ou a ser iniciada, no momento com a pessoa ou grupo. Além disso, traz a palavra criativa por considerar que há uma inversão do fluxo, qual seja, a equipe vai até o usuário oferecer o serviço. Ainda, aponta a falta de autocuidado desses usuários como um dos indicativos desse distanciamento dos serviços de saúde, além dos já apontados, como o estigma sofrido por essa população.

Além disso, esse modo dinâmico em que a equipe trabalha de acordo com alguns autores, tencionaria os outros serviços que agem em outra lógica técnico-operativa.

Esse modo dinâmico de operar o cuidado no CR pode reverberar nos serviços com que entra em contato, tencionando uma cadeia de cuidados que, muitas vezes, sequer espreita um horizonte mais longínquo que o seu próprio cotidiano de atuação. Olhar para mais longe, suportar a imprevisibilidade e investir em ações de cuidado, abarcando particularidades [...], são práticas difíceis de serem realizadas num cotidiano de atenção em saúde extremamente normatizado, balizado por um atendimento que se pauta por saberes profissionais, com mínima oportunidade de intersecção com os usuários que chegam com seus padecimentos difusos ou confusos (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 06).

Nesse sentido, esse estranhamento e falta de dinamicidade apresentada por esses serviços normatizados esbarram no desafio de acolher e motivar esse segmento populacional, que pode parecer que não se importa com seu autocuidado. Formam-se, assim, barreiras de acesso dessa população nos serviços, mesmo quando estão acompanhados pela equipe do CnaR.

“O acesso que a gente tem na rede é muito grande, e o descaso que eles fazem. Não quero julgar como é o outro serviço. Mas muitos das internações prévias são os descasos, de olhar a pessoa e dizer: ‘Tu de novo aqui? esse ai [sic] é nosso já, veio passar a noite aqui com a gente?’ Sabe o descaso? não interessa se tem dez, trinta vezes, de repente a 14ª vez que ele vem aqui é verdadeira. [...] E assim a gente tem em toda a rede, não só na rede de internação. Nos outros postos que a gente vai levar os pacientes. Às vezes necessita, o médico precisava fazer, ausculta do bebê, ai a gente foi levar a paciente no lugar para fazer no posto: ‘A gente vai ceder a sala para vocês. Por que não sei atender esse tipo de gente?’” (Trabalhadora 03)

Esta fala trata claramente sobre o pré-conceito de outros trabalhadores da saúde com as pessoas em situação de rua, assim como a desconsideração do trabalho realizado pela equipe do CnaR; demonstrando a falta de acolhida e o desentendimento da rede com o cuidado em saúde na perspectiva integral.

Apesar dessas grandes dificuldades, acredita-se que o acolhimento no espaço da rua pode ser uma forte estratégia problematizadora do processo de trabalho de outras equipes. De acordo com a publicação “Consultórios de Rua do SUS” (BRASIL, 2010), essa equipe de trabalhadores “provocam” os demais serviços para que acolham os usuários em situação de rua, estimulando “amarrações” interinstitucionais que potencializem as ações do Consultório de Rua, através da sensibilização dos trabalhadores da saúde.

Através da fala dos sujeitos, é possível perceber que esta população muitas vezes está distante de formas de vida institucionalizadas, como o convívio com a família, estar em um trabalho formal, viver em instituições fechadas, abrigos, hospitais, entre outros. Para acolher essa população, é necessário compreender esse afastamento e desconfiança e investir no vínculo com a equipe que estimulará a confiança e a motivação para o autocuidado. Mais uma vez o sentimento de desconfiança é apresentado na fala das trabalhadoras quando há uma aproximação da equipe no território:

“Nós apresentamos. Apresentamos o trabalho como é, se ele tem alguma demanda para nós, se ele começar a falar, tem uns que tem mais resistência. A gente começa abordar tudo que a gente faz [...]. Ai quando eles veem que temos outros serviços, que muitos ficam com medo: ‘Não, não quero nada!’ Ficam muito desconfiados.” (Trabalhadora 03)

“O que acontece, as pessoas ficam desconfiadas, elas não conhecem o serviço, então muitas vezes elas não querem no primeiro contato.” (Trabalhadora 04)

Podemos considerar que esta desconfiança e estranhamento também fazem parte de uma concepção do cuidado em saúde construído a partir de modelos tradicionais de institucionalização, como é marcada a história da saúde e como aponta a autora:

Em contestação ao modelo medico hegemônico, tanto psiquiátrico quanto o modelo clínico tradicional, os conceitos trazidos pelo Consultório na Rua e pela Redução de Danos seguem o movimento de desmonte dos aparatos hospitalares proposto pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica. Essa abertura para novos saberes e métodos, diferentes dos manicomiais, compuseram a base dos princípios da transdisciplinaridade, transversalidade e intersectorialidade que hoje fomentam a ideia da rede nas políticas públicas mais atuais. Essa novidade em agir no território é que marca a discussão mais recente nas políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (MARTINEZ, 2016. p. 286-287).

Consideramos que essa contestação ao modelo médico hegemônico passa pela contestação da perda da dimensão cuidadora. De acordo com Merhy *et al.* (2010) a perda desta dimensão se dá pela atuação profissional de extrema objetivação e focalização na doença e no corpo biológico, centrada nos procedimentos, desconsiderando outros elementos constitutivos da vida humana em sociedade, principalmente proporcionada através da escuta ao usuário.

A dimensão cuidadora se dá por um olhar ampliado dos trabalhadores de saúde na vida do usuário, considerando a existência de elementos advindos da vida individual e coletiva no processo de saúde e doença. As políticas públicas de saúde, assim como a construção de projetos terapêuticos singulares e transdisciplinares, devem ir além das ações disciplinadoras sobre os grupos sociais, que podem levar à eliminação da singularidade do sujeito.

Para Merhy *et al.* (2010), a perda da dimensão cuidadora leva a uma prática em saúde caracterizada pela repetição, que anula as diferenças humanas e dita normas e regras da melhor forma de se viver. O cuidado em saúde, nessa perspectiva, é centrado no diagnóstico da doença e não no usuário: retira deste a autonomia de seu próprio cuidado e de suas escolhas.

## Considerações finais

“Eu conheci o consultório na rua faz muitos anos, isso foi em 2008, quando tinha uma doutora incrível lá, me ajudou bastante e ajudava a todos bastante. [...] Acho que tudo é válido, até esse consultório que vai na rua, que vai lá e fala com ele, entende as pessoas. Fica bem mais próximo do íntimo do morador de rua.” (Usuário 02)

Iniciamos as considerações finais a partir da fala do usuário, pois nela demonstra o sentido do CnaR para ele e indica uma forma de alcance dessa equipe “mais próximo do íntimo do morador de rua”. Se essa proximidade diz sobre o esforço desses trabalhadores e trabalhadoras do SUS para com a proteção dos direitos dessa população, fica claro aqui a nossa defesa desse serviço e de seu processo de trabalho.

Durante o caminho da pesquisa, atribuímos novas significações do que considerávamos como acolhimento em saúde no espaço da rua. E ao concluir esse artigo, consideramos que, além do acolhimento ser um elemento condutor importante no processo de trabalho e acesso à saúde por essa população, os dados demonstraram que ele também é uma estratégia que se entrelaça, se enrosca e constrói este processo de trabalho, junto às outras técnicas e estratégias como: a busca ativa, a abordagem, a escuta, a construção de vínculo e confiança com os usuários, entre outros.

Através dessas significações a respeito do acolhimento, destacamos a *persistência acolhedora* como uma categoria empírica identificada nesta pesquisa por meio da análise. A importância dessa categoria, constituinte do processo de trabalho do CnaR, se apresenta, a partir da realidade de vida dessas pessoas, caracterizada pela perda de vínculos com a família, com o trabalho, somada à privação do acesso em diversos espaços públicos ou privados, vivenciadas pelas discriminações sofridas pelas pessoas em situação de rua. Por meio de um cotidiano marcado pelas privações de direitos básicos, essa população vivencia nas ruas o sentimento de desconfiança e de medo da violência sofrida frequentemente e buscam por uma mínima segurança e formas de manutenção da vida.

Dessa forma o acolhimento em saúde no espaço da rua, ultrapassa o atendimento de problemas pontuais, implica também na realização da interpretação sócio histórica das condições de vida da população, assim como suas formas de organização coletiva, realizando uma relação entre as demandas individuais e coletivas. Nesse sentido, um dos objetivos principais do acolhimento é ampliar o acesso à saúde dessa população que vive em situação de vulnerabilidade social e de distanciamento dos serviços de saúde e da rede intersetorial.

Para isso é necessário ir além de práticas burocráticas e engessadas, que estigmatizam e restringem o acesso da população aos serviços a partir de critérios e fluxos institucionais que não respeitem as singularidades desse segmento populacional. Essas provocações apresentadas pela dinâmica do trabalho do CnaR passam pelo ato e necessidade de transitar no desconhecido, na rua e fora da instituição, territórios ainda desconhecidos por muitas equipes de saúde.

Sem o intuito de esgotar a temática, esperamos despertar, por meio deste estudo, reflexões a respeito da construção de novas configurações das ações em saúde, no que se refere ao acolhimento em saúde

à população em situação de rua. Acreditamos que essa construção tem fundamentos no Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que preza por uma gestão democrática do SUS *público e universal*, que defende a participação e acolhe as experiências de vida destes sujeitos implicados no espaço da rua, seja por meio do trabalho, seja pelos modos de vida.

## Referências

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Ação e gestão de informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar – pesquisa sobre a população em situação de rua.** Brasília DF, 2008. <https://doi.org/10.17771/pucrio.acad.32296>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. **Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.** Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, 2010. <https://doi.org/10.11606/t.23.2013.tde-02092013-194936>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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 (SUS). Brasília, DF, 2011. <https://doi.org/10.11606/t.6.2017.tde-19122016-151104>
- BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CHUPEL, Cláudia Priscila. **Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis.** 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90888/260105.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 set. 2017. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2017.viiiin1/pp.17-37>
- DUARTE, Afrânquia Hemanuely Castanho. **O Sistema Único de Saúde e seus alcances: reflexões acerca do processo de trabalho do consultório na rua.** 2018. 99f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. <https://doi.org/10.5327/z2447-211520171700051>
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 37-54. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000200019>
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal, lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- LONDERO, Mario; CECCIM, Ricardo; BILIBIO, Luiz. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, SP, n. 49, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200251](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251). Acesso em: 01 mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>
- MARTINEZ, Mariana. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: O caso de São Bernardo do Campo. In: MARTINEZ, Mariana. **Novas faces da vida nas ruas.** São Carlos: Edufscar, 2016. <https://doi.org/10.11606/d.6.2008.tde-24112008-164432>
- MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos: I, II e III.** Tradução Artur Morão. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1964.
- MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L. M.; CERQUEIRA, M. P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, Tulio Batista; RAMOS, Valéria do Carmo (org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010. v. 1. p. 60-75.
- PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan./jul. 2012.
- SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. SJDHDS; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. CRIA. **Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua.** Salvador, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório quanti-qualitativo** – realizado através de Contrato entre a FASC e a UFRGS/FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 2016. <https://doi.org/10.29289/259453942018v28s1059>

## Notas

- <sup>1</sup> O DBA ofereceu acomodações em quartos de hotéis do entorno, três refeições diárias em um restaurante público local, oportunidade de trabalho e renda em serviços de zeladoria municipal e mediação de acesso a serviços de saúde para as pessoas identificadas como “usuárias de crack”, sem a exigência de interrupção do consumo dessa ou de outras drogas. Tratou-se de um tipo de ação pública inédita, especialmente considerando a enorme diferença qualitativa deste programa em relação às medidas repressivas anteriores e também em relação à proposta implementada pelo governo do estado de São Paulo. Para maiores informações acessar: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Bra%C3%A7os-Abertos-1-2.pdf>.
- <sup>2</sup> Número aproximado de integrantes assíduos, divulgado pelos representantes do MNPR.
- <sup>3</sup> De acordo com Lancetti (2006) o “setting terapêutico” seria o cenário, o espaço, o momento, que estaria em constante transformação e que facilitaria a espontaneidade e a comunicação entre o trabalhador e o usuário, seja dentro de um serviço ou em local público. Para maior aprofundamento do tema consultar: LANCETTI, 2006.
- <sup>4</sup> A integralidade “Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2005, p. 129). Para mais informações consultar: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sus\\_screen.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf).
- <sup>5</sup> O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. Para maiores informações acessar a Cartilha da PNH “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”.
- <sup>6</sup> Paugam (2004) utiliza-se do termo desqualificação social como uma das dimensões do processo de exclusão social e pobreza. Nesse sentido a desqualificação social é um conceito que aponta a pobreza como algo dinâmico e mutável. Para o autor, o enfraquecimento dos vínculos sociais diz respeito a uma das fases da desqualificação social. A exclusão do mercado de trabalho também gera sentimentos de fracasso de inferioridade, além de interferências nas relações familiares, com crises de identidade pelo fato de o indivíduo passar a depender dos serviços sociais para subsistência. A fragilidade pode levar ao uso, abusivo ou não, de substâncias psicoativas, e o consumo abusivo pode apresentar ao indivíduo complicações de saúde.

Recebido em: 29/05/2019.

Aprovado em: 19/11/2019.

Publicado em: 20/01/2020.

### Correspondência para:

Universidade Estadual de Londrina (UEL)  
Campus Universitário – Cx. Postal 10.011  
Rodovia Celso Garcia Cid – Pr 445, Km 380  
86057-970, Londrina, PR, Brasil

### Autora:

AFRÂNIA HEMANUELLY CASTANHO DUARTE  
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-graduada pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde pelo HC-UFPR.  
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-5986-9243>  
E-mail: [ufrannia@gmail.com](mailto:ufrannia@gmail.com)