



# DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA

(EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO - CENTRO)

## Autoria

Equipe Pop Rua 2012/2013 & Grupo de Pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado” (Coordenação Eduardo Passos)- Universidade Federal Fluminense - Programa de Pós Graduação em Psicologia

Junho de 2014



Apoio:



 **creative  
commons**



# ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 05

---

O QUE É O POP RUA 08

---

I. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA CIDADE: O CUIDADO DA EQUIPE COM O USUÁRIO DO SERVIÇO, COM O TERRITÓRIO DA RUA, COM AS REDES INSTITUCIONAIS E NÃO INSTITUCIONAIS. 12

---

II. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE: O CUIDADO DA EQUIPE COM SEU PRÓPRIO TRABALHO. 29

---

ANEXOS 36

---



# APRESENTAÇÃO

Este documento é resultado de uma pesquisa-intervenção participativa junto à equipe do Consultório na Rua Rio de Janeiro/Centro, também conhecida e doravante aqui chamada de “POP RUA”.

A pesquisa proposta junto à equipe objetivou constituir uma parceria entre o grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado” do Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Fluminense e equipe do POP RUA<sup>1</sup>, tendo dois focos orientadores mutuamente implicados: (i) constituir-se como uma pesquisa acerca do cuidado realizado pela equipe; (ii) constituir-se como uma intervenção de apoio institucional ao POP RUA. Um dos resultados deste trabalho de pesquisa e intervenção é o presente documento que sistematiza diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado da equipe do POP RUA. Tal formulação está assentada na experiência de mais de três anos de atividade da equipe, e consiste em indicação direcionais, metodológicas e desenhos de arranjos concretos que remetem a esta prática em específico, não se propondo como norma técnica, modelo ou cartilha. Mas sim se afirma como o que pode ser formulado a partir de uma experiência bem sucedida de cuidado em atenção básica junto a população em situação de rua.

A pesquisa realizada junto ao POP RUA foi uma pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica. Nesta metodologia é sempre **com** a experiência que a pesquisa visa intervir e produzir conhecimento: ao investigar, investiga-se com a experiência do campo pesquisado (participantes da pesquisa) e investiga-se com a experiência no campo (pesquisadores). A “pesquisa com” contrasta com a “pesquisa sobre”. Sendo um processo de cultivo e colheita de informações, a pesquisa-intervenção participativa entende que os dados produzidos advêm de um processo de coautoria na produção do conhecimento, colocando lado a lado pesquisadores e participantes da pesquisa. Os dados são cultivados e colhidos com a participação dos diferentes grupos de interesse, de tal maneira que não se supõe a separação entre quem pesquisa e quem/o

**1.** Os nomes e funções de todos participantes/autores deste material encontram-se no anexo I deste documento.

que é pesquisado: ambos se constituem no próprio processo de investigação. A pesquisa intervém na realidade investigada uma vez que promove o reposicionamento dos sujeitos representantes do campo estudado. A pesquisa participativa torna os participantes atores do processo de produção de conhecimento: pesquisadores-universitários ao lado de pesquisadores-trabalhadores. A pesquisa realiza uma colheita de dados porque cultiva o campo, transformando-o no ato de pesquisar.

O processo de pesquisa desenhado entre o grupo Enativos e a equipe POP RUA teve por objeto a clínica realizada pelos trabalhadores do POP RUA, e objetivava buscar subsídios para a construção, sistematização e enunciação de **diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA**.

Todo o desenho da pesquisa no campo foi feito em diálogo com a equipe, fazendo parte do processo de apoio institucional. Primeiramente foi realizado um levantamento de necessidades: os pesquisadores foram ao campo, apresentaram o interesse em pesquisar o cuidado realizado pela equipe junto aos seus usuários e territórios. Ao mesmo tempo foi colocada a intenção de que o processo de pesquisa não se constituísse somente como coleta de dados, mas que o processo pudesse trazer contribuições para o trabalho da equipe. De modo que foi ofertada uma intervenção de apoio institucional para trabalhar temas que a equipe entendesse como relevantes para seu trabalho, e que precisassem ser desenvolvidos. A partir do levantamento de necessidades se construiu uma demanda de apoio institucional. Esta etapa constitui em dois encontros com a gerência da equipe e mais dois encontros com todos os trabalhadores.

A partir da demanda construída a temática do apoio pactuada foi a produção de conhecimento em saúde: a pesquisa se constituiria em um processo de apoio institucional que visava apoiar a equipe a produzir conhecimento sobre sua prática. Quer dizer, se realizaria uma análise da prática concreta da equipe, e a partir desta análise se formularia e enunciaria diretrizes metodologias e dispositivos que a equipe operava, mas que contudo não estavam formulados, enunciados e sistematizados. Neste sentido, a demanda dos pesquisadores também era atendida: cultivar e colher dados para pesquisar a clínica realizada pela equipe do POP RUA.

Para executar esta direção de pesquisa/apoio foi construído um dispositivo de produção de conhecimento, sistematização e avaliação da prática do POP RUA que ganhou a denominação de **Grupo de Intervenção com Trabalhadores (GIT)**. O GIT foi um dispositivo que reuniu três funções: pesquisar, intervir/apoiar e registrar o produto deste processo.

O GIT ocorreu quinzenalmente, de abril de 2013 a março de 2014. Cada encontro tinha cerca de duas horas de duração. O grupo era composto por cerca de 12<sup>2</sup> profissionais do POP RUA, das mais variadas funções (agente social de saúde (ASS), enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, odontólogo, residente de saúde da família), e mais 3 pesquisadores da

## 2.

Inicialmente o grupo era composto por 12 profissionais. Contudo durante todo o período, passaram pelo grupo 19 profissionais. Tiveram regularidade no grupo 12 profissionais, mais uma residente.

UFF. Em cada encontro, o grupo discutia sua prática a partir de um enunciado disparador. Tais enunciados advinham de um documento produzido anteriormente por duas trabalhadoras da equipe, que sistematizava 16 objetivos do trabalho do POP RUA<sup>3</sup>. A partir da leitura de um destes enunciados em cada encontro, o grupo discutia livremente. A função dos pesquisadores no grupo era de manejo cogestivo da discussão, uma espécie de facilitação do processo de discussão, de modo que pudesse ser evidenciadas as estratégias de cuidado da equipe a partir de sua experiência, e ainda enunciado o que esta experiência ensinava: além do que a equipe fazia concretamente, também o que ela muitas vezes não conseguia realizar, mas achava necessário fazer para que o cuidado se efetivasse. Quer dizer, a prática era enunciada e se realizava uma análise crítica com a experiência concreta.

Depois de cada encontro do GIT, os pesquisadores construíam **memórias** que expressavam o conteúdo e o processo de discussão do grupo. A cada seis encontros do GIT era construída uma **narrativa**, que sintetizava e sistematizava as memórias dos encontros anteriores, o conteúdo e o processo de discussão dos encontros anteriores. O texto da narrativa sistematizava a discussão a partir da distinção entre o que seria diretriz, metodologia e dispositivo do trabalho. Esta sistematização era apresentada em um encontro chamado **grupo narrativo**. No grupo narrativo objetivava-se fazer coletivamente alterações no texto sistematizado pela pesquisa, validando o conteúdo e a forma de expressar o que fora discutido. Esse procedimento de validação visava ampliar a abertura comunicacional e a polifonia da análise realizada pela pesquisa, afirmando-se a diferença entre os grupos de interesse envolvidos: os trabalhadores do POP RUA e pesquisadores da UFF. De modo que se chegava a acordos e pactuações acerca dos temas discutidos referentes ao cuidado prático da equipe, bem como a forma de enuncia-los. Ao final de cada grupo narrativo se constituía outra memória acerca do encontro, e se alterava o conteúdo do texto das narrativas, conforme a discussão apontava em cada grupo narrativo.

Ao final deste processo, com base no material das memórias, narrativas e grupos narrativos, formularam-se e sistematizaram-se diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA. Assim, o documento que apresentamos é o resultado de um processo de produção de conhecimento em saúde realizado pelos pesquisadores e conjunto com a equipe do POP RUA sobre sua prática, sendo os trabalhadores que participaram do processo e os pesquisadores os autores deste documento.

**3.**

Inicialmente o grupo era composto por 12 profissionais. Contudo durante todo o período, passaram pelo grupo 19 profissionais. Tiveram regularidade no grupo 12 profissionais, mais uma residente.



# O QUE É O POP RUA

POP RUA é o nome como é conhecida a equipe de Consultório na Rua do Centro da cidade do Rio de Janeiro. O serviço, começou a funcionar em 2010, sob o nome de “Saúde em Movimento nas Ruas”, projeto que reunia em um único dispositivo dois tipos de serviço: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o projeto Consultório de Rua. A equipe que iniciou o trabalho tinha os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, agentes comunitários de saúde, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, musicoterapeuta e gerente técnico. Na época do seu surgimento a proposta de equipes de Consultório na Rua (eCR) ainda não existia. O POP RUA foi um dos serviços tomados como modelo e que contribuíram para a construção da proposta das eCR.

O POP RUA surge com a função de promover acesso à saúde à população em situação de rua na região central da cidade do Rio de Janeiro: o distrito sanitário com mais equipamentos de saúde, mas que, contudo, não promovia o acesso à saúde de pessoas em situação de rua. Com este serviço, visava-se associar a lógica territorial e de acompanhamento longitudinal da ESF à lógica itinerante do projeto do Consultório de Rua, ampliando a capacidade de oferta e resolução das questões de saúde para os usuários do serviço. Na sua trajetória, o POP RUA ampliou seu conceito de situação de rua, definindo como seu público alvo toda pessoa que mantém uma relação muito próxima com o território da rua, e que por este tipo de relação tem dificuldades em acessar os serviços de saúde: moradores de rua, crianças e jovens em situação de rua, famílias residentes de ocupações, profissionais do sexo, trabalhadores de rua, andarilhos.

O POP RUA funciona atualmente das 9h às 22h, de segunda à sexta, estando sediado no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz. A equipe conta com os seguintes profissionais: 4 Agentes Sociais de Saúde, 2 médicos, 2 psicólogos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 2 assistentes sociais, 1 odontóloga, 1 auxiliar de consultório odontológico.



## Definições iniciais

**Cuidado:** Cuidado para o POP RUA não se restringe à ação de um agente cuidador: ele é uma relação de cuidado, uma articulação entre sujeitos e territórios. O cuidado é construído no plano relacional do território. O profissional do POP RUA é um cuidador, mas a efetivação do cuidado não depende somente das ações do profissional, e sim do que se constrói entre profissional/usuário/território: o cuidado é mais que um procedimento ou uma ação deliberada do profissional, ele se parece mais com uma rede de relações que se constrói no território de vida do usuário. O cuidado é sempre uma relação de corresponsabilidade, onde o cuidador tem a função de propositor, facilitador, condutor.

Nesta relação o cuidador constrói um posicionamento ético, político e desejante: ele tem uma posição de respeito às formas de vida do território, responsabilidade em seu cuidado, sabendo que sua postura tem um caráter político, que visa alterar os modos de relação na cidade, sendo também a afirmação de uma posição desejante. O trabalhador tem um compromisso ético e político, e uma implicação desejante na produção do cuidado. Tal posicionamento está presente em todos os lugares e relações nos quais o profissional do POP RUA atua: a relação de cuidado é construída entre trabalhador e usuário, mas também trabalhador e território, redes de saúde, redes intersetoriais. No limite, o cuidado do POP RUA é com a cidade: território que envolve usuário, rua, redes, trabalhadores, população em geral. O cuidado com o usuário e com o território é inseparável do cuidado com as redes de saúde, com a população que habita, trabalha ou passa pelas ruas. De modo que para cuidar de seu usuário alvo, o POP RUA cuida das relações onde está inserido este usuário, mediando essas relações para que as condições do cuidado se produzam: intervindo nas relações entre usuários e atores do território (comerciantes, policiais, outros moradores de rua, etc.), usuários e serviços de saúde e outras políticas públicas: buscando criar espaços de diálogo e negociação, buscando construir relações de cooperação e apoio.

A prática do cuidado do POP RUA se organiza a partir das relações que compõem determinado território da urbe. Contudo, se o cuidado do POP RUA se faz em relação a tudo que lhe é externo, ele também deve fazer-se internamente: o cuidado do usuário e do território também é inseparável do cuidado de si mesmo, quer dizer, cuidado da equipe pela própria equipe.

O caráter político da ação do POP RUA tem como principal objetivo produzir acesso de seu público à saúde. O POP RUA intervém clínico-politicamente pela inclusão no SUS das formas de vida da rua. Esta intervenção vai além do campo da saúde, se fazendo como uma intervenção na cidade, nas suas dinâmicas de exclusão. O cuidado é uma intervenção política no território, intervenção nas suas relações, se inserindo na luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais.

O posicionamento do profissional do POP RUA depende de vários elementos: presença, atenção, acolhimento, engajamento. O cuidado se faz por um estar ao lado do usuário, uma construção que leva em conta o usuário e suas condições concretas de vida. O cuidador propõe direções de cuidado a partir desta postura na relação com o usuário e seu território.

O cuidado do POP RUA é movido mais por princípios e diretrizes do que pelo alcance de metas - entendidas aqui como metas quantitativas, mas também como lugares preestabelecidos a se chegar. Assim, embora reconheçamos a importância de metas e indicadores como componentes na organização do trabalho, o cuidado do POP RUA não é organizado por lugares predefinidos a se chegar: o usuário não “tem que ser” desta ou daquela maneira, ter este ou aquele hábito.

O POP RUA, sendo um serviço específico para a promoção do acesso à população em situação de rua, trabalha para sua própria dissolução: temos como horizonte do trabalho a dissolução de serviços especializados para população de rua. Não porque se suponha que em algum dia não haverá população de rua,

mas porque se entende que a atuação do POP RUA deve ir no sentido de interferir no SUS de modo a fazer com que qualquer serviço de atenção básica e de outros níveis de atenção possa atender resolutivamente a população de rua. Para operar esse sentido, o POP RUA visa intervir nas redes de saúde e redes urbanas de modo a apoiar estes espaços a incluir e a cuidar das pessoas em situação de rua.

## Território

Mais do que uma delimitação espacial, é sempre um território de vida, que tem dimensão objetiva, mas também dimensão subjetiva. Quer dizer, ele é definido a partir de certos limites territoriais, é composto por atores e instituições variadas, mas também pelas relações que se estabelecem entre eles. O território é fundamental ao cuidado, pois não é só meio físico ou geográfico, mas o plano onde se produz e se desenvolve a vida dos sujeitos e coletivos, não sendo mais possível separar uma vida do território onde ela se desenvolve. Serviço, usuário e território se coproduzem em um plano de coexistência. Tendo o território uma dimensão subjetiva, ele é sempre coletivo e singular, isto é, o território é apropriado e produzido pelas diferentes perspectivas que nele coexistem,. Não há um único sentido nem uma perspectiva verdadeira do território, mas há versões que coexistem, que se coproduzem, que convivem.

O território para o POP RUA é um espaço relacional, isto é, espaço produzido pelas relações que nele se estabelecem: as amizades, as parcerias, as inimizades, as relações de violência, exclusão, as relações de ajuda e cooperação. Composto por todos os atores que por ele passam (os moradores de rua, a polícia, os traficantes, as instituições religiosas, os comerciantes, os transeuntes, os agentes públicos, os pesquisadores), e ainda por coisas e lugares que o compõe (bueiros, esconderijos, calçadas, estabelecimentos) e pelas ações nele realizadas (morar, perambular, dormir, comer) o território não tem uma imagem estática, pois é feito de muitas imagens em movimento, em várias dimensões.

O POP RUA é mais um ator no território da rua; ator que não detém nenhuma verdade final sobre esta, mas é uma perspectiva a mais. Perspectiva que não se pretende superior a nenhuma outra, mas que tem o sentido de buscar construir relações de cuidado, inclusão e promoção de direitos humanos.

## Rua

O território alvo e é a base para a construção da estratégia POP RUA. Entende-se que não existe um conceito fechado de rua, mas vários: uma rua para cada morador de rua; uma rua para cada profissional do POP RUA. A rua é resultado das várias versões a ela dadas pelos seus diversos atores. O que define versão é justamente o fato de ela estar sempre sendo revista, refeita, de acordo com o momento e com as relações de pontos de vista.

Viver na rua não é sinônimo de doença física, subjetiva ou social. A vida na/da rua é uma forma legítima de vida na cidade, quer dizer, ela existe pelas próprias dinâmicas da cidade, e não por defeito ou culpa do indivíduo que nela se encontra. As pessoas que vivem nelas têm problemas de saúde como todas as outras, sendo estes problemas específicos relacionados ao seu território de vida.

As formas de vida na rua expressam modos de vida muito diferentes dos padrões considerados normais no universo urbano. O POP RUA não entende esta diferença como doença. Cuidar sem querer eliminar a diferença, pode fazer com que se criem outros modos de habitar e viver a cidade, e para o SUS, outras tecnologias de cuidado.

A rua se apresenta como expressão radical da alteridade na cidade. Essa expressão tem por efeito colocar em xeque os saberes e conceitos instituídos, produzindo zonas de “não saber”. Este efeito se apresenta, por

exemplo, nas demandas muito complexas de saúde: enfermidades que aparecem entrelaçadas (tuberculose, HIV, transtornos mentais, abuso de drogas) produzidas em um contexto de extrema vulnerabilidade social. Estas complexidades convocam a todo o momento um olhar integral à saúde. Além disso, a rua convoca a adaptação do serviço à sua dinâmica: a rua possui outras dinâmicas temporais, de relações familiares, relações com o trabalho, com a moradia, etc. Contudo, a necessidade de um olhar integral à saúde e a necessidade de considerar as singularidades da rua não são exclusividades da atenção básica à população de rua: todo território de vida é específico, todo olhar de saúde na atenção básica precisa ser integral. A diferença é que a rua deixa isso muito evidente. No limite, as realidades concretas não podem ser encaixadas em padrões e modelos gerais. Esse limite é muito evidente no trabalho com a rua.

Para o POP RUA, o espaço da rua é onde o cuidado é possível: para atender a pessoa na rua e atender a pessoa em situação de rua não é necessário retirá-la da rua. A rua é também um setting. Mas, para tanto, a vida na rua deve ser atendida em suas necessidades e condições concretas, sem que as ações sejam balizadas a partir de um modelo de vida supostamente correto ou ideal. Não cabe aos serviços de saúde decidir se é certo ou errado morar na rua: as pessoas podem estar na rua e terem acesso à saúde.

Não se faz apologia à situação de rua, tampouco à saída da rua. O POP RUA é um dos muitos dispositivos que buscam garantir direitos básicos. Garantir um direito não é impor uma forma de vida. Esta é a função de um serviço público: oferecer acesso a direitos, e não impor modos de vida.

O POP RUA legitima a rua e constrói o cuidado a partir dela, buscando entendê-la, habitá-la, constituindo-se como mais um ator da rua. Para isso é preciso “contaminar-se” com a rua – e não temer o contágio –, incorporar parte de seu funcionamento, direcionando-o ao cuidado. É preciso manejar com a lógica da rua, e usá-la a serviço do cuidado.

## Diretrizes, metodologias e dispositivos do Cuidado

Após as definições iniciais de cuidado e território, e do território específico com o qual este cuidado age, parte-se para as diretrizes, metodologias e dispositivos elencados como operadores do cuidado com o território.

Antes de mais nada, é preciso definir o que se está chamando de diretrizes, metodologias e dispositivos. **Diretriz** é o que dá a direção do trabalho em consonância com os princípios do SUS. **Método** é o “como fazer” ou a maneira de operar a direção. **Dispositivo** é um arranjo possível no qual diretriz e método se atualizam concretamente. Ferramentas técnicas.

No processo de formulação do cuidado do POP RUA, entendeu-se que este cuidado tem duas direções inseparáveis: (I) para os usuários, territórios, redes – o território da cidade; (II) para o próprio trabalho do POP RUA, os processos de trabalho da equipe. Assim, dividiram-se as diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA em dois grandes grupos:

I - Cuidado com o território da cidade: os usuários, territórios de vida e redes institucionais e não institucionais.

II - Cuidado com o território da equipe: cuidado com o processo de trabalho e com os trabalhadores.

Os dois grupos de diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado são inseparáveis, estão mutuamente implicados. Como ficará evidente ao longo do documento, em cada grupo, as diretrizes também estão mutuamente implicadas entre si, não podendo ser pensadas separadas umas das outras. Tais implicações se evidenciam nos dispositivos.

# I. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA CIDADE: O CUIDADO DA EQUIPE COM O USUÁRIO DO SERVIÇO, COM O TERRITÓRIO DA RUA, COM AS REDES INSTITUCIONAIS E NÃO INSTITUCIONAIS.

## I.1 - Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida:

É diretriz do cuidado acompanhar o usuário ao longo do tempo e através dos territórios que ele passa e habita. O acompanhamento longitudinal tem um sentido temporal e espacial: ele habita o território e ajuda a traçá-lo na direção do cuidado. A longitudinalidade não está garantida somente pelo acompanhamento ao longo do tempo, mas também pela capacidade da equipe de acompanhar o usuário nos variados espaços pelos quais ele transita. Cada espaço diferente impõe uma temporalidade: a temporalidade da rua é diferente da temporalidade de uma internação hospitalar, de um abrigo, de uma casa, uma comunidade, etc. Acompanhar longitudinalmente é estar junto ao usuário nos espaços onde se define uma demanda de cuidado.

Este acompanhamento só pode ser feito em uma perspectiva de ampliação da clínica, isto é, o caso acompanhado não se restringe a uma doença específica: o que se acompanha não é uma enfermidade, mas um sujeito e suas relações no território de vida. O acompanhamento longitudinal difere do atendimento pontual e utilitarista que foca o procedimento e a doença. Deste modo está implicado nesta diretriz um olhar integral acerca das questões de saúde do usuário e seu território: questões físicas, psíquicas, emocionais, sociais, territoriais.

O POP RUA trabalha na lógica de continuidade do cuidado. Muitas vezes ele é demandado por outros equipamentos (da saúde ou de outras políticas públicas) para, por exemplo, fazer avaliações para internação por uso de drogas ou um exame pontual. Neste caso, ele busca uma articulação com este outro serviço de modo a construir um fluxo que, caso o POP RUA possa ajudar, estabeleça um cuidado longitudinal junto ao usuário. O que o POP RUA pode oferecer é a continuidade do cuidado. Para isso é preciso construir fluxos com outros serviços de modo a garantir que esta lógica seja preservada.

## **I.2 - Diretriz do acolhimento**

Direção de acolher o usuário nas suas condições de vida concretas, não tendo nenhum tipo de exigência preestabelecida para seu atendimento. O acolhimento é uma diretriz do cuidado que consiste em uma atitude presente em todas as ações da equipe: atitude de respeito, receptividade e acolhimento das condições e modos de vida do usuário. O acolhimento neste caso é irrestrito, ele não faz seleção do que acolhe. Para acolher é necessário sair dos clichês sociais e técnicos que se impõem ao profissional de saúde, no que diz respeito à situação de rua. Isso se faz através de uma vivência e da produção de conhecimento através do território.

## **I.3 - Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade**

Incluir a rua nos espaços instituídos do SUS e da cidade é uma direção do cuidado do POP RUA. Esta inclusão visa que a rede de saúde e a cidade possam conviver e respeitar as pessoas que vivem nas ruas, garantindo seu acesso aos serviços de saúde e adaptando os fluxos da rede às necessidades da rua.

Se a atuação do POP rua tem como direção primeiramente incluir a rua no SUS, esta inclusão não se restringe ao sistema de saúde, mas se estende a outras políticas públicas e diversos espaços da cidade. Neste sentido, o POP RUA auxilia no diálogo entre a rua e os espaços institucionais da cidade, incentivando que os moradores de rua usem os espaços públicos, facilitando a relação com a população em geral, mostrando que existem outras formas de ver e habitar a cidade. Incluir a rua nos equipamentos da rede de saúde não significa aumentar o trabalho dos equipamentos, mas apoiá-los no atendimento ao usuário. Ajudar a rede a atender a população de rua e não transferir responsabilidade para a rede.

## **I.4 - Diretriz da articulação intersetorial**

O diálogo intersetorial é fundamental ao cuidado do POP RUA. Ao buscar um olhar integral da saúde de seu usuário, o POP RUA entende a necessidade de outras políticas públicas que garantam acesso a direitos fundamentais: assistência social, educação, trabalho e renda, etc. Nesse sentido, é necessário garantir um tempo do trabalho para articulação e construção de fluxos com outras políticas públicas.

## **I.5 - Diretriz do cuidado do território, no território e para o território**

A relação com o território da rua é o primeiro recurso do serviço para construir sua prática de cuidado. O território é ao mesmo tempo o local onde se realiza o cuidado e o objeto do cuidado, como território de vida. Não é possível cuidar do indivíduo de forma isolada de suas relações territoriais, de sua relação com seu meio. Desta forma o cuidado é construído para o território, de acordo com ele. Cuida-se do território como um todo através da construção de relações de cuidado com as pessoas, atores e instituições de forma ampliada. É preciso cuidar de todos que no território da rua demandem cuidado. Se o POP RUA exclui alguma pessoa ou grupo em seu território, todo seu trabalho tende a enfraquecer, já que o cuidado de uma pessoa no território é inseparável do cuidado de outra, todos os atores no território estão em relação de coprodução. O que se constrói são espaços de cuidado democráticos, de acesso universal. O POP RUA busca construir espaços de diálogo com os diferentes atores do território, tendo como foco a saúde do usuário. Na medida em que o POP RUA ocupa o território ele o transforma, criando outras versões do território, outros possíveis: por exemplo, o morador de um domicílio antes hostil, pode ter uma relação mais amigável e cooperativa, o que transforma sutilmente o ambiente relacional.

É importante que o serviço se insira na rede da rua, constituindo-se como mais um recurso no território de vida da população de rua. Quem mora na rua conhece os recursos existentes em seu território: onde conseguir trabalho, comida e água, onde dormir. A proposta do POP RUA é inserir-se na rua de modo que a população de rua possa tê-lo como mais um recurso.

A vivência e o conhecimento do território possibilita a saída dos clichês em relação à população de rua. É preciso limpar os preconceitos (sociais e técnicos) do olhar do profissional de saúde para poder cuidar.

O cuidado no/do/para o território comporta um duplo movimento: produzir conhecimento acerca do território e agir nele, através dele. O que a equipe produz nos territórios, nos territórios permanecem, por mais que mudem os usuários que neles habitam, como marca do trabalho de cuidado: o comércio, a polícia, as outras instituições de saúde já comportam um olhar menos distanciado aos usuários que vivem nas ruas em geral.

## **I.6 - Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada**

O foco do cuidado do POP RUA é nos processos de vida do usuário, e não em enfermidades. É diretriz do cuidado o olhar integral acerca das questões de saúde e, conseqüentemente, a ampliação da clínica. O profissional acolhe as demandas de saúde expressa em doenças e queixas, mas busca integrá-las e ampliar seu olhar e sua intervenção, inserindo as queixas em um contexto maior: os processos de vida no território. É preciso que o profissional escute as questões, a história de vida, a relação do usuário com a rua, para além do adoecimento. A escuta da rua e o saber aí construído impulsionam a constante ampliação do olhar e do cuidado do POP RUA. Cuidar de forma integral é considerar e manejar com as diversas dimensões da vida do usuário. A construção de um olhar integral e a ampliação da clínica têm dois principais desafios: a inseparabilidade entre saúde física e saúde mental e a inclusão do território nas análises do caso e na intervenção. A ampliação da clínica se faz, portanto, pela atenção ao território e pela conexão entre os diferentes olhares da equipe, e a inclusão nas análises das diferentes perspectivas e fatores que constituem o território.

A perspectiva da saúde mental no serviço reforça a importância da dimensão subjetiva do cuidado na Atenção Básica. A saúde mental pode questionar os procedimentos unicamente técnicos e introduzir a escuta ao desejo do usuário, criando um diálogo com a perspectiva biológica. Há uma diversidade de olhares no serviço que é preciso conjugar, para que não se tornem olhares separados em especialidades.

Considerando corpo, subjetividade e território como dimensões inseparáveis da saúde, o cuidado é construído sempre de forma singular: a avaliação e a intervenção são feitas caso a caso. O caso é a situação singular de uma pessoa em determinado território e em determinado momento.

A integralidade do olhar e a ampliação da clínica são diretrizes do cuidado que nunca se concretizam definitivamente. Não se supõe que será chegado o momento em que se dê conta de toda complexidade de uma vida. É em uma mistura e contaminação entre as diversas perspectivas profissionais da equipe e entre equipe de saúde e território que o olhar acerca das questões de saúde se integraliza e a clínica se amplia.



## **I.7 - Diretriz da Redução de Danos**

A redução de danos (RD) é não só um dispositivo, mas, sobretudo, um paradigma do cuidado. A RD foca o sujeito e seus processos de vida e não a substância psicoativa de que se faz uso ou abuso. O uso de drogas pode ser ou não um problema de saúde. O POP RUA entende que a droga tem um lugar e um funcionamento específico para cada sujeito. Estando ou não sob o efeito de substância psicoativa (SPA), o usuário do serviço é um sujeito com direito ao acesso à saúde. O uso de SPA é tratado como mais uma questão de saúde, com suas especificidades. O tratamento do abuso de drogas é construído também caso a caso e nas condições concretas de vida do usuário, entendendo o lugar da droga para cada pessoa e a cada momento.

O que a diretriz de Redução de Danos traz para o cuidado é a inclusão da experiência do usuário com a droga para a pauta do tratamento. De forma que, ao criar estratégias de cuidado, se levará em consideração a relação singular que determinado usuário ou grupo mantém com determinada substância.

## **I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde**

O cuidado é construído a partir da singularidade das necessidades de saúde do território. Os conceitos de doença e saúde são definidos para cada território de vida em específico: é necessário que lidemos com os conceitos de doença usados pelos usuários em seus territórios, que podem ser diferentes dos padrões gerais. O que classificamos por doença pode não corresponder com o que os usuários definem como doenças para eles.

A atenção, a prevenção e a promoção de saúde são construídas a partir das singularidades do território e em conjunto com o usuário. O POP RUA entende ainda que as ações de prevenção e promoção da saúde estão entrelaçadas, em meio aos atendimentos, à atenção: no mesmo momento de realizar a atenção já está ali incluído um sentido de prevenção e promoção. O território da rua não permite que as três dimensões do cuidado sejam tomadas como modelos a serem aplicados. Tratar, promover saúde e prevenir doenças são práticas que se definem a partir da experiência das pessoas atendidas. Neste sentido, a construção destas três dimensões do cuidado deve ser feita em conjunto com o usuário, não tendo uma forma preestabelecida. O cuidado é feito a partir das condições do território e é construído na articulação entre as ofertas da equipe e as possibilidades e desejos de cada paciente. É sempre a partir do possível para cada usuário e da singularidade de cada território que o cuidado será construído.

## **I.9 - Diretriz da Promoção de autonomia**

Promoção de autonomia no POP RUA não é baseada no ideal de um indivíduo totalmente independente, mas sim na possibilidade do usuário aumentar sua capacidade de relação na cidade, de conhecer e ocupar outros espaços, aumentar sua capacidade de diálogo com a cidade, e da cidade para com ele. Nesse sentido, autonomia é sempre coletiva, sempre se mede pela capacidade do indivíduo estabelecer relações.

Se o cuidado tem como norte a autonomia, o usuário pode escolher não se tratar. Mas essa escolha deve implicar um processo de negociação, é uma construção envolvendo o território. É preciso criar condições para que o usuário possa escolher se quer se tratar ou não, que tipo de tratamento quer fazer. O grau de autonomia que um sujeito experimenta na relação com seu território de vida é variável. Alguns usuários vão precisar mais ou menos da equipe para se cuidar. O grau de autonomia é singular a cada



situação, pessoa e momento. Se a situação de saúde do usuário for extrema, o cuidado pode conter uma ação de tutela do usuário, quando ele está sem condições mínimas de decidir cuidar de si. Tutelar é uma atitude deliberada quando o profissional e a equipe assumem a responsabilidade que o usuário no momento não tem condições de fazê-lo. As ações de tutela não se sustentam como cuidado se não estiverem baseadas no vínculo, na negociação com o território e na compreensão de que são deliberações pontuais. Quando a tutela se institucionaliza se torna nefasta para as relações de cuidado, cristalizando práticas assistencialistas e até higienistas. Ela não pode ser uma diretriz de ação. Ela só faz sentido como ação pontual inserida em um processo de promoção de autonomia, sendo sustentada em uma avaliação criteriosa e em um conhecimento do caso. Neste sentido, a internação – a ação de cuidado com menor grau de autonomia do usuário - deve ser o último recurso, em situação de saúde extrema, inserida em um processo maior de cuidado.

## **I.10 - Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado**

O POP RUA conecta lógicas e espaços diferentes: a dinâmica da rua (temporalidade, códigos, etc) e a dinâmica dos serviços de saúde; arranjos de cuidado da ESF e dos dispositivos da saúde mental. Para incluir a rua e para ampliar a clínica é necessário que o serviço, através do manejo com as demandas do território, possa articular diferentes perspectivas subjetivas e funcionamentos institucionais. A lógica da equipe de saúde e a lógica da rua devem poder entrar em sintonia através da dimensão subjetiva que conecta as diferentes instituições em relação. A subjetividade é uma dimensão de saúde presente em toda e qualquer ação de Atenção Básica. Manejar com o desejo do usuário no tratamento é uma tarefa de toda e qualquer clínica, não sendo uma especialidade da saúde mental.

# Metodologias das diretrizes do cuidado da equipe com o território da cidade

## I.a - Acompanhamento longitudinal

O POP RUA acompanha, ao longo do tempo, o território do usuário: onde ele vive, e também os locais por onde ele passa. A longitudinalidade se dá então em relação ao tempo e também ao espaço. Ela não significa uma forma preestabelecida de periodicidade: encontro diário ou semanal. A periodicidade dos atendimentos é definida caso a caso, a cada momento. Em um caso a periodicidade é semanal, e em outro pode ser mensal ou semestral. Atendimentos pontuais podem fazer parte do acompanhamento longitudinal, mas este vai além de ações pontuais. Acompanhar longitudinalmente significa acompanhar o usuário com continuidade temporal e através de seu trajeto na cidade: seja na rua, seja em atendimento em alguma instituição, seja em internação. Acompanhar longitudinalmente implica uma constante atenção e acolhimento do usuário. Essa prática produz uma ideia mais ampla da situação de vida do usuário. Mesmo depois de resolvida alguma morbidade específica, o serviço continua acompanhando o usuário, sendo referência para ele. O que define a forma de operar o método do acompanhamento longitudinal são as necessidades formuladas pelo usuário como sujeito na relação de cuidado construída junto ao serviço. O usuário é sujeito, e não objeto de cuidado, quer dizer, o POP RUA só entra nos espaços do usuário com sua permissão, e se isso for importante para o cuidado, em função da demanda construída na relação de cuidado. O método da longitudinalidade do cuidado se faz por criações de referências, no tempo e no espaço. Criam-se marcações no tempo e no espaço do usuário, que servem de pontos de apoio para o processo de cuidado. Constituir uma referência para o cuidado longitudinal não pode ser confundido com o controle de todos os aspectos da vida do usuário, nem com a vigilância ou policiamento.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

## I.b - Escuta Ampliada

A escuta ampliada produz transformações nas queixas imediatas do usuário, do trabalhador e da sociedade, com a intenção de transformá-las em demandas. Em um primeiro momento do atendimento, a queixa é o pedido inicial do usuário, o problema manifesto, a ponta de um iceberg. Ela aparece como uma demanda pontual, que pede uma solução pontual. Por exemplo, uma dor de cabeça que pede um analgésico. É preciso acolher a queixa da maneira como ela aparece. Contudo, a equipe não pode respondê-la diretamente sem inseri-la em um processo maior de cuidado. Quando o profissional atende rápida e pontualmente a queixa, sem problematizá-la, sem procurar entender o processo de saúde que forma esta queixa, ele responde com clichês. Ampliar a escuta é desfazer os clichês da saúde, que são as respostas imediatas aos sintomas. Um exemplo disso é quando o usuário chega ao serviço pedindo abrigo, e o profissional responde diretamente procurando articular este abrigo, ou responde negativamente ao pedido entendendo que não é referente à saúde, ou seja, procede sem buscar entender melhor o lugar que um suposto abrigo teria na vida do usuário: se ele já foi abrigado

antes, como foi este abrigo, se o usuário está em um momento propício para ir para um abrigo, etc. A queixa precisa ser problematizada, e o que permite isso é a ampliação da escuta. Essa escuta se exercita com a prática, sem que nunca se esgote, e se faz no plano relacional profissional de saúde/usuário/território. A escuta instrumentaliza o manejo. O acolhimento e o manejo com as queixas, a partir da ampliação da escuta, propiciam a construção de demandas. A demanda dá a direção do cuidado reivindicado na relação serviço/usuário/território, sendo a implicação do usuário na construção do cuidado. Só há demanda quando o usuário está implicado em seu processo de cuidado, quando está envolvido o desejo do usuário em se cuidar.

Escutar o usuário permite entender que sua questão de saúde está para além da doença específica motivadora da queixa. Identificar a demanda de cuidado exige uma escuta da integralidade do problema de saúde. A escuta especialista dá lugar a uma escuta integral que vai além da resposta a um sintoma, ampliando a visão acerca do caso. O clichê é a resposta demasiado rápida do profissional que se pretende final e definitiva, sendo, na prática, assistencialista. A ampliação da escuta implica incluir o desejo do usuário no tratamento. Isso exige que o desejo do usuário esteja implicado em um cuidado processual, que está para além dos procedimentos pontuais queixa-conduta.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I.a- Acompanhamento longitudinal; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

## I. c - Construção e promoção de espaços de atendimento diversos

Um espaço de atendimento não é definido por sua oficialidade, institucionalidade ou permanência no tempo. O espaço de atendimento no POP RUA só existe enquanto acontece. O espaço de atendimento envolve e compromete os atores que o constituem. O espaço de atendimento é o espaço de tratamento, podendo se constituir na rua, com outros atores do território de intervenção que não somente da saúde ou das políticas públicas. Exemplo: os comerciantes de determinada área podem contribuir para o cuidado de determinado usuário, dando informações, conversando com o usuário, etc. O espaço de atendimento com o usuário pode ser formal ou informal. A equipe tem a função de construir espaços de atendimento diversos. A sede é apenas um dos espaços de atendimento do POP RUA.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## I. d - Construção de vínculo

Vínculo é a relação de confiança e compromisso entre profissionais de saúde e o usuário. O vínculo se estabelece quando a equipe ou um profissional serve de referência de cuidado para o usuário. O vínculo é um dos componentes que sustenta o processo do cuidado. O vínculo se constrói em um processo gradativo, não só na relação direta com o usuário, mas também com o território que o envolve. Ele se constitui através da presença do trabalhador no território, uma presença contínua e atenta. O vínculo tem como resultado a criação de referências para o usuário: profissional e serviço de referência. O vínculo é iniciado quando o usuário tem interesse em receber algum tipo de atenção em saúde: desde um curativo a uma simples conversa. Ele pode ser iniciado também quando o usuário conta com o serviço em uma situação iminente de morte, mesmo não tendo manifestado desejo de se tratar. Contudo, para a consolidação do vínculo é preciso que o usuário queira se cuidar, é preciso que esteja em jogo o desejo do usuário de se tratar. O desejo do usuário no cuidado vai sendo produzido no próprio processo de construção do vínculo.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência;

## I. e - Promoção de autonomia

A autonomia é promovida na relação com o usuário, quando a equipe trabalha com estratégias de autocuidado, e trabalha com seu território a possibilidade do usuário se cuidar melhor. A equipe promove autonomia quando intervém junto aos atores no território do usuário: conversando com policiais, comerciantes, criando espaços de diálogo e cuidado no território. A autonomia deve ser vivida já nas práticas de cuidado, na lida com esses diferentes aspectos e variáveis envolvidas. A promoção de autonomia como uma metodologia para o cuidado é uma operação extremamente complexa, pois o desejo do paciente deve estar aí implicado. Os profissionais não obrigam ninguém a se tratar, contudo, às vezes o usuário não tem desejo nem de se tratar, nem de não se tratar. É preciso criar uma relação que promova a autonomia do usuário, para que este possa escolher um caminho. Há sempre uma tensão na relação de cuidado, especialmente no que diz respeito às doenças infecto-contagiosas, quando o usuário pode legitimamente escolher não se tratar, sabendo que esta escolha implica uma margem grande de risco para outras pessoas: por exemplo no caso da tuberculose. Na promoção de autonomia não há modelo a ser seguido. A autonomia produzida é relacional, é um norte metodológico do cuidado. Na promoção de autonomia, o profissional de saúde sempre terá que lidar com a tensão, com a complexidade de lidar com o desejo do paciente e com tratamento de uma doença onde está em jogo mais do que a saúde de um indivíduo.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## I. f - Tensionar da rede

O POP RUA é um serviço que serve de ponte entre lógicas e espaços muito diferentes como a rua e o espaço institucional dos serviços de saúde. Essa conjugação não se faz sem tensão. Assim, gerar tensão na rede é uma maneira do POP RUA incluir a rua no SUS, tanto no sentido de intencionar a criação de redes de cuidado no território, quanto de criar tensão, crise que permite a transformação. Pressionar a rede a atender a pessoa em situação de rua através da criação de vagas e da identificação das necessidades específicas da rua, da cobrança por compromisso, da criação de fluxo onde não há, a fim de fazer a rede fluir. O POP RUA não se sustenta sem uma rede eficiente para acolher a complexidade das demandas da rua. Montar um projeto terapêutico adequado ao caso, geralmente, tem o efeito de criar um espaço de cuidado para esse usuário na rede, assim como ir acompanhando o usuário por entre os pontos da rede, construindo fluxos de referência e contra referência.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## I. g - Cartografia constante do território/atuação na rua

O conhecimento do território ajuda a legitimar e acolher as queixas e, conseqüentemente, é o primeiro passo para a construção da demanda e para o desenho do cuidado. A construção deste conhecimento se dá pela cartografia, que é um método para o mapeamento do território. Cartografar é construir um mapa vivo e não estático de um território existencial ou território de vida. Na cartografia, a equipe precisa escutar o lugar do território para cada usuário, mas também incluir neste mapa suas percepções e sensações acerca do mesmo. Para entender a dimensão subjetiva do território que a cartografia proporciona, é preciso uma base vivencial com o mesmo. Quer dizer, não é possível fazer a cartografia sem habitar de alguma maneira o espaço da rua e sem estar engajado nele. No campo da saúde, a cartografia está baseada no cuidado. A cartografia é a construção de um entendimento não fechado, que acompanha a processualidade das práticas de cuidado no território.

Para esse cuidado que se faz do território e no território, é necessário à equipe uma apropriação da lógica da rua. Apropriação que é uma produção de conhecimento do/no/com o território. A cartografia que a equipe realiza consiste em criar uma imagem do território advinda de uma vivência nele, e de uma apreensão do lugar que a rua tem para o usuário.

Se a cartografia só se faz sustentada no cuidado e a partir de uma experiência no território, é necessário “desbravar” o território, experimentá-lo, fazer nele uma experimentação e tomá-lo como meio de uma experimentação. A atuação na rua é a base para a cartografia, e sendo o ASS (Agente Social de Saúde) o profissional que está mais cotidianamente na rua, ele tem uma função-chave para o trabalho. O ASS

cria uma sensibilidade ao território que permite diferenciar as situações que lá ocorrem. Ele desdobra o território, complexificando-o, descobrindo histórias, meandros, detalhes fundamentais. Além de uma imagem do território, o ASS constrói um manejo com a rua, um know how de rua, que é uma leitura e um modo de intervir construídos a partir da experiência de presença constante e de cuidado no território.

Nesta relação com a rua, o profissional de saúde aprende a habitar o território. Nesta apropriação da rua, a cartografia que se constrói nunca tem uma forma final: ela é incompleta, sempre aberta. A imagem que se produz nunca é definitiva: há um espaço aberto para o não saber. O mais importante ao estar no território é perceber as articulações ali presentes, e saber como e com quem se articular. O conhecimento construído com o território depende da relação de cuidado. Não é possível construir o conhecimento do território estando distante. É preciso estar engajado na relação. Habitar, conhecer e cuidar do território são processos inseparáveis.

Estar engajado com o território é conhecer tanto as questões objetivas do território (o perfil populacional, as doenças prevalentes, a delimitação física, etc.), quanto sua dimensão subjetiva (as relações interpessoais e interinstitucionais, os sentidos singulares de cada usuário e cada trabalhador acerca do território, o “clima” de cada microárea). Em outras palavras, é preciso sentir o território, respirar seus ares. Quando o profissional está na rua, ele interpreta o território, e este é modificado pela sua presença e sua interpretação.

A cartografia é o mapeamento que o trabalhador faz do território em um determinado momento, mas que se atualiza de modo cotidiano, ou seja, é a constante atualização da imagem que cada profissional vai construindo no território, a experiência advinda da experimentação na rua.

**Diretrizes implicadas:** I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## I. h - Cartografia constante do território/atuação na rua

Para direcionar e interferir na construção de políticas públicas é importante a construção de novos instrumentos e indicadores direcionados às complexidades e necessidades do usuário/território. Estes instrumentos visam aprimorar o próprio serviço. O território da rua traz a necessidade de repensar muitos aspectos da política: carteira de serviços da Atenção Básica, metas, indicadores, protocolos, etc. É necessário fazer com que os instrumentos mais duros estejam a serviço do trabalho, e não o contrário. O protocolo tem a função de ser uma baliza para as práticas em determinada questão de saúde, através de uma padronização que garanta um mínimo de qualidade na ação. Contudo, ele não pode sobrecodificar o cuidado. Deve ser entendido como um fio condutor a ser adaptado a cada realidade singular. A rua como território diferente na cidade e território novo para a saúde exige inovações nos protocolos. Ao inovar, é necessário ter embasamento claro e registrado em prontuário de como e por que determinada ação clínica teve de ser feita de maneira diferente da protocolar. Isso serve para aprimorar os indicadores e metas. A base para o bom uso dos indicadores e metas, contudo, é a relação de cuidado estabele-



cida, quer dizer, os indicadores quantitativos e os protocolos só fazem sentido se estiverem sustentados em um cuidado balizado por princípios e diretrizes adequados. Combate-se ingerências equivocadas e mitos que circundam muitas políticas para população em situação de rua. Exemplos: a retirada dos bebês de suas mães; os recolhimentos compulsórios; a exigência de documentos para marcação de exames; sistema de regulação que não acompanha as necessidades da pessoa em situação de rua, etc. Transformam-se os fluxos e ações que não atendem às necessidades concretas da população.

**Diretrizes implicadas:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## I. i - Criação de referência

É metodologia do serviço criar referências. A referência tem múltiplos sentidos. Externamente, o serviço se constitui como um ponto de referência para o usuário no território da rua; por outro lado, o serviço torna-se referência para a rede no que diz respeito aos pacientes de rua; o serviço é, também, referência para a cidade no que diz respeito às pessoas que vivem nas ruas. Para a construção de projetos terapêuticos singulares, é fundamental a função de referência. Essa função define os profissionais com os quais o usuário tem vínculo, mas também e, principalmente, o profissional que assume a definição da direção do cuidado. A referência, contudo, não é única. Cada usuário tem dois ou mais profissionais de referência: ao menos um ASS, que o acompanha em seu território; e técnicos de referência.

A referência tem também sua função para a equipe: a equipe precisa saber identificar quais os profissionais que acompanham mais de perto determinado caso. Tais profissionais têm a responsabilidade de discutir o caso com a equipe e com a rede e dar subsídios para direcionar a clínica. Em cada micro território há um ASS de referência, que sabe identificar os dispositivos de cuidado (não só equipamentos de saúde) e conhece a situação de seu território. Em determinado momento, a depender da dinâmica de cada caso, um profissional de referência precisa ser apontado; em outro caso ou momento é preciso distribuir a referência, compartilhar entre outros profissionais. Entende-se que a referência não é um cargo na equipe, mas é uma função que pode circular, que pode ser distribuída em vários profissionais.

Em última instância a referência é a equipe do POP RUA, não podendo ficar definitivamente localizada em um profissional. O profissional que, em dada situação, está exercendo a função de referência reúne o conhecimento do caso, produzindo um entendimento complexo acerca do mesmo. Esta função está ligada à metodologia do vínculo. A referência conhece o usuário e serve de ponto de apoio para seus processos. Na lógica da referência, é fundamental estar atuando no território. No território da rua, o ASS é o profissional de referência por excelência. A construção da referência na relação ASS/usuário começa desde a primeira aproximação na rua. O objetivo é iniciar o processo de vínculo e referência, mostrando ao usuário que ali alguém se corresponsabiliza pelo cuidado, em conjunto com ele. Internamente na equipe, o ASS tem também um papel fundamental: ele será o articulador entre o espaço da rua e os espaços das instituições de saúde, e o facilitador desta relação. Mas o ASS não tem só a função de abrir caminho para o trabalho da equipe. Ele é um agente propositor de cuidado. É fundamental a



permanência do ASS no acompanhamento do caso para garantia da longitudinalidade do cuidado, já que ele vai estar cotidianamente na rua acompanhando o usuário. Ser referência não é ser tutor do usuário. A referência só se estabelece em uma relação de corresponsabilização no cuidado, entre serviço/profissionais e usuário. Ser referência exige conhecer com espessura vivencial um caso ou um território. É preciso, em meio à dinâmica intensa da rua, localizar, orientar, tanto o usuário, quanto a rede e a própria equipe. O POP RUA mantém uma posição paradoxal: ele cria um espaço de referência, sua sede, mas busca descentralizar, não fixar o usuário neste espaço, e sim fazer com que este espaço o acolha e o ajude a ocupar outros espaços.

**Diretrizes implicadas:** I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território.

## I. j - Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade

O POP RUA enfrenta o desafio de cuidar de modo integral sem assumir para si todas as funções do cuidado que uma vida exige: a alimentação, a renda, a moradia, o acesso a direitos são dimensões da saúde integral. Por isso a importância dos espaços de articulação intersetorial: Fórum de população de rua, reuniões com outras secretarias, espaço de luta por direitos humanos, entre outros. O POP RUA não garante todos os direitos ao seu usuário, mas promove acesso a políticas públicas, pautando os espaços institucionais da cidade no que diz respeito às necessidades encontradas em seu território.

**Diretrizes implicadas:** I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias implicadas:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território.

# Dispositivos usados a partir das diretrizes e metodologias do cuidado da equipe com o território da cidade

## Dispositivo Aproximação na rua:

A aproximação na rua é um dispositivo-chave do serviço. Ele corresponde ao que na ESF se designa de visita domiciliar. Trata-se da construção de uma relação com o usuário e de um cuidado que já se dá no território de vida. Ele se realiza através da presença, escuta e acolhimento do profissional. Na aproximação o trabalhador realiza um manejo com e na rua que requer saber a hora certa de conversar com o usuário, a hora de convidá-lo para o serviço. O manejo é um jogo no tempo: tempo do usuário, tempo do território. Quando se aproximar? O que e quando falar? Quando propor encaminhamentos? Quando fazer uma intervenção? Este dispositivo é preparado com a cartografia do território. Não se pode fazer uma aproximação do usuário sem antes ter minimamente entendido o seu território. Uma questão importante neste dispositivo da aproximação é quando o usuário está sobre o efeito de SPA ou ainda quando está experimentando transtorno mental. Nestes casos, que são muito diferentes, mas que envolvem uma alteração do estado perceptivo e afetivo, quando a pessoa pode estar violenta ou esquiva ao contato, se faz necessária a prudência. É sempre preciso verificar a possibilidade de contato. Se o usuário estiver muito alterado e, principalmente, se for um paciente com o qual não se tenha vínculo, muitas vezes é melhor aguardar, apenas se fazer presente no território disponibilizando o atendimento. Caso se perceba que é possível falar com o usuário, é preciso, de alguma forma, buscar entender e se conectar com o usuário, estabelecendo algum tipo de comunicação. É preciso manejar com o que o usuário está experimentando no momento. Há uma sensibilidade para o trabalho na rua que orienta o manejo. A aproximação tem como regra geral estar inserida em um processo maior de cuidado. Ela não tem, na maioria das vezes, valor em si, mas deve ser uma via para a construção de um processo de cuidado mais amplo. Muitas vezes, a aproximação será pontual, para intervir em uma situação em que o usuário está em risco, embora isso não se possa fazer sem observar regras de prudência.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## Dispositivo Acolhimento de porta de entrada:

Acolhimento de porta aberta na sede é importante para se criar a referência a um ponto de acesso fixo para a população. É preciso contar com um espaço reservado para conversar com o usuário, onde ele pode ter um pouco mais de privacidade para falar de suas questões de saúde. Este dispositivo exige uma ambiência de acolhimento, uma sala ou espaço onde outras pessoas não ouçam o que o usuário está falando. Acolhimento de porta de entrada não é igual ao espaço de recepção com “baias”. O Acolhimento é uma ambiência, que passa por uma disposição do espaço físico e por uma disposição do profissional a escutar.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

## Dispositivo Sede como ambiência acessível e acolhedora - espaço de convivência:

O ambiente da sede do POP RUA deve ser um espaço acolhedor e acessível ao usuário. Busca ser um espaço de convivência entre diferentes: os profissionais de saúde e a diversidade de usuários. Promove relações de vizinhança entre os moradores de rua, os trabalhadores da saúde e a comunidade em geral. Deve atender às especificidades da população de rua sem se isolar dos outros serviços de saúde. Deve ser um espaço com recursos para lidar com as situações graves e complexas, devendo ter ainda outros recursos que facilitem o atendimento desta população: banho, espaço para oficinas coletivas, etc. Espaço que acolhe a dinâmica da rua em seus modos de viver o tempo e de habitar o espaço. Ele é um campo de negociação, de diálogo. O serviço não funciona na lógica da rua, mas tem um pouco da rua em seu espaço: um espaço híbrido, espaço de mistura. A sede do POP RUA tem importância fundamental ao constituir-se como ponto fixo para o acolhimento continuado, ponto de referência para o morador de rua, com horários regulares que atendam às necessidades do território.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I.e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência;

## Dispositivo Atendimento individual em saúde mental no setting do consultório:

o dispositivo da clínica individual da saúde mental no setting do consultório não só é possível, como em muitos casos, é desejável. Ele tem a adesão dos pacientes na experiência do POP RUA, bem como é um dispositivo importante para sustentar o cuidado em muitos casos. Ele cria uma referência e garante um espaço de escuta privado, o que se mostrou fundamental para muitas pessoas que não dispunham de nenhum espaço desta natureza. Ele disponibiliza outra temporalidade ao usuário, muito diferente do tempo da rua: um espaço onde podem-se expressar e destrinchar histórias de vida que não estavam podendo vir à tona, sensações e sentimentos que não podem se expressar em espaços abertos e para muitas pessoas. O atendimento individual ganha importância ao compor uma heterogeneidade de es-

paços de cuidado do POP RUA. Quando o serviço oferece atendimentos individuais em saúde mental não configura necessariamente uma lógica ambulatorial. O que configura uma lógica ambulatorial é a falta de comunicação entre as ações profissionais. Na experiência do POP RUA os atendimentos individuais na sede, no setting individual, devem estar inseridos em um projeto terapêutico mais amplo para garantir o cuidado integral e longitudinal.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. i- Criação de referência;

## Dispositivo Distribuição de medicação individualizada:

Este é um dispositivo que viabiliza a oferta de medicação no próprio consultório (ao invés de somente na farmácia), onde o medicamento é ministrado em meio ao ato de atendimento. Isso permite um acompanhamento mais próximo do uso da medicação, e a possibilidade de trabalhar esse uso junto ao paciente. Esse dispositivo viabiliza que o profissional tenha maior possibilidade de acesso à experiência do usuário com a medicação, quais processos estão envolvidos no uso, bem como trabalhar melhor o lugar que a medicação tem para o usuário.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. i- Criação de referência;

## Dispositivo Projeto terapêutico Singular (PTS):

É a coordenação e planejamento do tratamento e do cuidado de um usuário. No PTS o cuidado é pensado como articulação de diversos tratamentos e proposições para cada usuário em cada momento específico. As ações do PTS envolvem vários atores da equipe, da rede de saúde e até mesmo do território. Tais ações são adequadas às especificidades e necessidades de cada caso e devem ser pautadas por uma lógica sistematizada, com começo, meio e fim. Um usuário poderá, ao longo do tratamento, ter mais de um projeto terapêutico, caso este precise de adequações e reavaliações. Nesta relação entre o usuário, o serviço e o território, deve haver o consentimento entre as partes do que se espera produzir como estratégia de cuidado, um compartilhamento da experiência de cuidado.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## Dispositivo Profissionais de referência:

Profissional que será referência inicial para o usuário no cuidado, o acompanhará e assegurará a continuidade do tratamento, buscando reunir condições para construir coletivamente uma direção para o cuidado. Os profissionais de referência para um caso de usuário em situação de rua devem ser no mínimo, dois: um ASS, que acompanha o usuário cotidianamente na rua, e um técnico.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência.

## Dispositivo Interconsulta:

Interconsulta é quando dois ou mais profissionais de formações diferentes realizam um atendimento conjunto. Ela tem a função de articular os tratamentos, implica-los mutuamente, e aumentar e distribuir a responsabilização acerca do cuidado com um usuário. Ex: enfermeiro, psicólogo e ASS de referência realizam uma consulta com um usuário para traçar estratégias do tratamento da tuberculose, onde será negociado o modo como será feito o tratamento levando em consideração as condições do usuário – se usa drogas, se está abrigado ou na rua, se há dificuldade com os efeitos da medicação, como será ministrada a medicação, etc.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

## Dispositivo de Apoio á equipes de Saúde no trabalho com a rua e da Assistência Social no trabalho com o cuidado em saúde:

O POP RUA por muitas vezes foi chamado por equipes de Atenção Básica para auxiliar no cuidado com um morador de rua ou de ocupações urbanas. Também foi chamado para auxiliar uma equipe hospitalar a manejar com um usuário da rua que estava em internação. E ainda, chamado por Abrigos da Assistência Social para auxiliar no manejo com situações que envolvem a tuberculose ou o HIV. Nestes casos, o POP RUA acompanhou seus usuários que estavam nestes serviços, não assumindo para si a tarefa que era de responsabilidade dos serviços, mas sim, fez reuniões, conversas, acompanhando os atendimentos das equipes, no sentido de apoiar, “fazer junto”, para criar condições para que estes equipamentos pudessem realizar o cuidado com seus usuários. Esse apoio se faz diretamente acompanhando os profissionais das equipes que solicitam auxílio, através de reuniões, discussões de casos e conversas, e não se faz tomando a responsabilidade pelo usuário do outro serviço.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1-Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I.b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

## Dispositivo Distribuição de medicação individualizada:

Este é um dispositivo que viabiliza a oferta de medicação no próprio consultório (ao invés de somente na farmácia), onde o medicamento é ministrado em meio ao ato de atendimento. Isso permite um acompanhamento mais próximo do uso da medicação, e a possibilidade de trabalhar esse uso junto ao paciente. Esse dispositivo viabiliza que o profissional tenha maior possibilidade de acesso à experiência do usuário com a medicação, quais processos estão envolvidos no uso, bem como trabalhar melhor o lugar que a medicação tem para o usuário.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

## Dispositivo participação nos espaços de lutas por direitos humanos:

Para o POP RUA, a articulação com espaços de lutas por direitos humanos é fundamental: espaço do Fórum de População Adulta em Situação de Rua, audiências públicas, Comitê da População em Situação de Rua da Câmara de Vereadores, etc. Estes espaços ajudam a equipe a ampliar a noção de saúde, bem como trazem mais informações e elementos sobre o que acontece na rua, fortalecendo o entendimento de que no cuidado está em jogo também a luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais. A presença nestes espaços fortalece a continuidade do trabalho da equipe, baseado por princípios éticos e políticos. Além disso, a própria equipe de saúde traz outros elementos para estes espaços, alimentando as discussões, e possibilitando a construção de ações conjuntas.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** I. 1- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.



# II. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE: O CUIDADO DA EQUIPE COM SEU PRÓPRIO TRABALHO.

## II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho:

É diretriz do POP RUA cuidar do profissional através do cuidado com o trabalho. Não há como cuidar do usuário sem o cuidado do profissional de saúde. Mas o que seria cuidar do profissional? Geralmente o cuidado do trabalhador se configura em espaços isolados do restante do processo de trabalho, realizado em dinâmicas que têm como objetivo a formação do trabalhador e o acolhimento de suas dificuldades e sentimentos. É preciso cuidar, no trabalho, dos sofrimentos produzidos na própria atividade profissional. Não é nítida e precisa a linha divisória entre os sofrimentos pessoais e profissionais. Os sofrimentos e dificuldades acontecem misturados às várias esferas da vida do profissional. O que deve ser cuidado no espaço de trabalho é o sofrimento que está implicado no processo de trabalho.

Sem dúvida é preciso um espaço para que sejam expressos os sofrimentos do trabalhador, mas esta expressão é somente um primeiro momento do cuidado do profissional através do trabalho. É preciso, como com o usuário, transformar a queixa do trabalhador em demanda, o que implica um reposicionamento do profissional e da própria equipe em seu processo de trabalho, e ainda, da gestão que está em relação com a prática da equipe. Quer dizer que a queixa dos trabalhadores deve se transformar em demanda para a gestão: tanto a gestão interna da equipe, quando a Gestão que gere os serviços e as redes.

O cuidado com o trabalho da equipe visa dar suporte às muitas dificuldades que a equipe enfrenta: lidar constantemente com as violências institucionais, e com as situações extremas encontradas na rua, com as precariedades do trabalho, dificuldades do processo de construção de uma prática, etc. É preciso construir esses espaços para cuidar do trabalhador que também está sendo atravessado pelos afetos que circulam no território em que intervém. O sofrimento de um profissional não deve, na grande maioria dos casos, ser tomado como um problema pessoal. Quer dizer, não se pode individualizar o problema, como se este não se constituísse em um campo problemático coletivo. A individualização do sofrimento encobre as condições do trabalho, o modo como este está sendo gerido, as próprias dificuldades no processo de trabalho e as questões políticas envolvidas neste processo. O sofrimento do trabalhador deve ser inserido no campo problemático próprio deste serviço, que trabalha em meio a muitos tipos de violência produzida na dinâmica social da cidade. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.



## **II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado:**

É diretriz do POP RUA transmitir e coletivizar constantemente as estratégias de cuidado, de modo a que o saber construído permaneça no serviço, mesmo que haja mudanças na equipe e/ou nas estratégias adotadas. Entende-se que o saber construído na experiência do POP RUA tem valor de uso público. O conhecimento produzido pelo POP RUA é público já que se trata de um serviço público: para o público, gratuito e de acesso universal. Isso não significa que as estratégias de cuidado construídas devam se manter, mas que possam servir de referência para sua continuidade ou para sua transformação.

## **II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua:**

Para construir o trabalho da equipe é necessário aprender com a rua. A rua é força motriz que constrói o trabalho em saúde para o território. Trabalhar com a rua necessariamente transforma o olhar do trabalhador, tirando-o do lugar do senso comum sobre a rua. Lidar com a rua é lidar com aquilo que desvia, que surpreende. O trabalhador aprende não somente os códigos da rua, as informações, mas, de certa forma, incorpora sua dinâmica: imprevisibilidade, rapidez, conjunção de fatores ou multideterminação dos eventos da rua; dinâmica que conecta muitos elementos, formando figuras heterogêneas, híbridas. O trabalhador é obrigado a lidar com situações novas para ele, devendo estar atento às várias possibilidades que caracterizam a situação de rua. Deve conhecer os diferentes e divergentes atores que compõem a rua: ficar atento ao bueiro na rua, ao trânsito e ao perigo de ser atropelado, à violência policial, ao preconceito social com os setores à margem da sociedade. Ele deve estar conectado e atento às diferentes demandas e às dificuldades e impossibilidades imposta pela rua. O aprendizado com a rua é o que impulsiona a ampliação dos olhares e perspectivas profissionais.

## **II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade):**

É diretriz do trabalho da equipe sobre si mesma a integração e ampliação dos olhares, a articulação entre as perspectivas profissionais na equipe. O POP RUA é uma equipe com várias saberes profissionais (multidisciplinar), que se organiza de forma interdisciplinar e busca realizar ações transdisciplinares. As ações transdisciplinares são o resultado da integração e ampliação das perspectivas profissionais da equipe.

Sua direção é a construção de uma perspectiva coletiva generalista. Uma perspectiva generalista não apaga as especificidades dos saberes da equipe, mas busca conjurar o especialismo - entendido como perspectiva que não favorece o diálogo com outros saberes. É preciso acabar com o especialismo, o que é diferente de recusar a especificidade de cada perspectiva/saber profissional. O profissional não deve atuar como especialista que só olha através de seu campo do saber. Ele deve procurar manter uma abertura a outras interpretações, outras perspectivas, o que permite a transformação de sua própria perspectiva. O ASS é a função no serviço que tem maior potência para a perspectiva generalista, pois ele não está amarrado a nenhum saber específico. O ASS, não sendo especialista em nenhum domínio do saber, pode trazer com mais força as demandas complexas da rua. Ele é matriciado por todos os saberes específicos presentes na equipe e ensina os técnicos acerca das singularidades do território da rua. O ASS não tem só a função de trazer o usuário para serviço, mas também de cuidar do usuário na rua. A perspectiva do ASS é menos exposta aos limites da atuação técnico-científica, sendo mais transdisciplinar, pois circula constantemente por todas as esferas do serviço, da rede e do território, produzindo relações de cuidado com o usuário, lidando com a imprevisibilidade que toda situação nova traz. Deste modo, a perspectiva que o ASS constrói na rua é vital para a integração das perspectivas na equipe.

O POP RUA não é um serviço de Atenção Básica com atendimentos em saúde mental, mas um serviço de Atenção Básica modificado por uma lógica da saúde mental. A saúde mental é uma perspectiva que deve permear todos os atendimentos, as práticas de qualquer profissional da equipe. A perspectiva do cuidado no POP RUA está sempre em ampliação, em direção à integralidade. A ampliação do olhar nunca é definitiva e está relacionada à produção de conhecimento e à intervenção sobre a realidade. A troca de saberes deve estar atrelada a necessidades concretas impostas pela complexidade dos casos.

## Metodologias do cuidado com o território da equipe

### II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho:

Para a ampliação da clínica e para a transmissão contínua do conhecimento do trabalho é fundamental que a gestão da clínica seja feita de forma coletiva, com espaços coletivos de cuidado do trabalho. É preciso criar espaços de troca entre os saberes. O espaço da sede ajuda a organizar o trabalho da equipe, torná-lo mais integrado e integral. O trabalho conjunto dos profissionais amplia a visão acerca do próprio serviço, permitindo que cada trabalhador saiba como funciona o serviço como um todo, conhecendo os fluxos internos e com a rede, e a função de cada um. Tais espaços se dão através de dispositivos coletivos de trabalho, instituídos pela equipe, e de trocas cotidianas, nos atendimentos ou conversas informais. O trabalho coletivo é um método de ampliação da clínica do POP RUA. O cuidado na Atenção Básica deve ser coletivo, envolvendo as mais diferentes perspectivas na clínica. A clínica é uma tarefa coletiva no POP RUA. Criar espaços coletivos, construir o trabalho de forma coletiva é uma via para o cuidado: sair do sofrimento como um problema individual para ligá-lo à política de saúde e à cidade.

O cuidado do trabalhador se faz pela construção e utilização de espaços coletivos de gestão da clínica e de análise do trabalho da equipe. Nestes espaços, cuida-se do trabalhador despersonalizando e coletivizando os problemas do trabalho. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.

A construção do saber acerca do trabalho está ligada a saúde do trabalhador: é produzindo sentido para o trabalho, através da produção de conhecimento sobre sua prática, que o profissional pode ter uma relação mais saudável com este trabalho.

Coletiviza-se o saber dos trabalhadores através do compartilhamento nos dispositivos de reunião de equipe, discussão de caso, etc. É fundamental consolidar os saberes sistematizados através de relatórios, documentos técnicos, etc., o que permite que as construções permaneçam no serviço, para além das pessoas.

**Diretrizes implicadas:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias implicadas:** II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado:

A interdisciplinaridade é definida por arranjos no processo de trabalho que articulam as diversas funções na equipe, e que visam à construção de uma coesão entre as ações da equipe. Os arranjos interdisciplinares têm uma distribuição clara do que cada um deve fazer. Isso pressupõe um alto nível de comunicação e troca na equipe. É necessário que todos tenham noção do processo geral da equipe, de como se organiza a instituição e as etapas do processo de trabalho. Não se trata de todos fazerem tudo, e sim todos se sentirem corresponsáveis. A chave para isso é a comunicação adequada, clara e que integra todas as funções da equipe. Esta comunicação é mantida e aprimorada tanto no trabalho diário, quanto nas reuniões de equipe, de estudo de casos e em supervisões.

Na interdisciplinaridade não se perde a função da referência. Não é possível ao profissional dominar todos os saberes, mas as ações da equipe podem estar integradas apesar dos lugares definidos. Um arranjo interdisciplinar é um ponto de convergência dos vários atos profissionais. Este tipo de arranjo não prescinde de uma coordenação, mesmo que esse papel circule na equipe e nos casos. Nos arranjos interdisciplinares (interconsulta, reunião de equipe, discussão de caso) os saberes conversam e partilham a experiência do cuidado, embora tenham seus lugares fixos e definidos.

Contudo, na prática, os saberes interferem uns nos outros, e fazem variar os limites entre eles. Esse tipo de comunicação entre os saberes chamamos de transdisciplinar: os saberes se interferem de modo a que o olhar e a intervenção do médico, por exemplo, já não sejam mais os mesmos depois de afetados pela perspectiva e intervenção do ASS. As ações transdisciplinares tornam difusa a fronteira entre os saberes. Esta prática diz respeito à troca de experiência na equipe onde. Quando um trabalhador se deixa tocar pela perspectiva do outro, faz variar sua própria perspectiva e ação para além do saber de sua competência. O que se torna transdisciplinar são as ações da equipe na relação com o usuário, e não os profissionais. A ação é transdisciplinar quando deixa de ser propriedade de um agente.

**Diretrizes implicadas:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias implicadas:** II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## II. c - Matriciamento cruzado:

Matriciamento cruzado é a troca entre as perspectivas profissionais da equipe. É a troca entre saberes em via de mão dupla: não é a transmissão de um saber superior ou especialista, mas é o compartilhamento quando um profissional conversa e atua junto ao outro e ambos aprendem um com o outro. É um compartilhamento de responsabilidade e de saberes diferentes. O que se produz no matriciamento cruzado é uma prática e uma perspectiva híbrida. O matriciamento cruzado não é garantido por nenhum dispositivo específico. Ele se faz a partir da disponibilidade, da convivência e do trabalho conjunto entre diferentes perspectivas profissionais. É preciso criar um espaço de troca, que pode se dar informalmente ou de modo instituído. Os dispositivos coletivos de trabalho ajudam a fomentar esse matriciamento, criando condições para ele. Estes dispositivos são arranjos e processos coletivos que impedem que os atendimentos fiquem isolados em ilhas de especialismo.

**Diretrizes implicadas:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias implicadas:** II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## II. d- Aprendizado e análise em ato:

O aprendizado acerca do trabalho, do manejo com a rua, da integração dos olhares se faz no dia-a-dia, a partir da prática de se aproximar dos casos. É sempre um aprendizado que se faz em ato, na experimentação. A experimentação é fundamental para o aprendizado. Contudo, este aprendizado em ato deve ser elaborado, refinado em espaços coletivos que realizem análises e reflexões da prática. Para ampliar a clínica, transversalizar os saberes e conhecer é necessário produzir análise com a experiência vivida – isto é, analiso a experiência na medida em que analiso com a experiência. A análise se faz no ato de experimentar, acolhendo a experiência mais do que a julgando a partir de categorias de certo ou errado. A análise em ato é a análise dos efeitos das práticas, do que efetivamente se produziu em determinada experiência. Para fazer a análise da prática é preciso incluir a experiência, estar ao lado da experiência buscando entender como ela se produziu.

**Diretrizes implicadas:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias implicadas:** II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## Dispositivos do cuidado com o território da equipe

### Acompanhamento do processo de trabalho de rua:

Neste dispositivo se acompanha e se analisa o trabalho no território da rua. Isso é feito através do levantamento de informações e estatísticas do cuidado, da organização estratégica da equipe no território, bem como da análise da dinâmica do território, por exemplo, se em tal área há um esvaziamento de usuários, identificar os componentes do território e analisar suas dinâmicas relacionais. Esse espaço de encontro pode ser feito através da reunião dos ASS que trabalham em uma microárea de cobertura da equipe. Neste espaço, constrói-se a cartografia da microárea, levantam-se os casos que precisam de maior atenção, acompanham-se a relação dos profissionais com o trabalho da rua, as dificuldades, as possibilidades de criação de novas estratégias.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## Espaços de planejamento, acompanhamento e avaliação - Reunião de equipe:

Encontros direcionados a entender as complexidades e necessidades do usuário/território e que visam aprimorar constantemente o próprio serviço. A intenção é tornar o serviço sensível às diversidades e complexidades dos usuários, desde a porta de entrada até o atendimento. Seu objetivo é criar possibilidades de atuação a partir do que nos trás o usuário, e não apenas por uma ação protocolar, produzindo, a partir do acompanhamento e das avaliações, indicadores que permitam o serviço repensar suas práticas. Deste encontro participam todos os profissionais da equipe, bem como dele podem participar atores da gestão que visem dialogar com a equipe. O espaço da reunião deve ser garantido semanalmente, com ou sem a presença da gerência do serviço.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## Supervisão/apoio clínico institucional:

Trata-se do espaço co-ordenado por um agente externo ao serviço, onde se discute casos clínicos e a gestão da clínica no serviço. O olhar de um agente externo auxilia na análise e na desnaturalização das práticas de cuidado, e funciona como suporte à equipe, como mais um espaço de cuidado com o trabalho.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## Seminários internos/grupo de estudos:

Espaços para produzir conhecimento a partir da experiência prática do trabalho e para a transmissão do conhecimento através do estudo e discussão de temas mais amplos relacionados ao cuidado que a equipe realiza.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** .1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

## Reunião de estudo de caso:

Espaço de estudo de caso para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por exemplo, quando um caso é pautado na reunião de equipe ou na supervisão de área, e os profissionais envolvidos se reúnem, juntamente com outros profissionais pertinentes ao caso, para construção do PTS.

**Diretrizes encarnadas no dispositivo:** .1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

**Metodologias encarnadas no dispositivo:** I. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

# ANEXOS

## Anexo I – Os participantes/autores do documento:

---

### 1 - Grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado”, Programa de Pós Graduação Universidade Federal Fluminense.

**Coordenação:** Prof. Dr. Eduardo Passos.

**Pesquisadores de Campo:** Iacã Macerata – doutorando; José Guilherme Soares – mestrando; André Miranda – bolsista iniciação científica.

**Grupo de Pesquisa:** prof. Dr. Christian Sade- Pesquisador; Thaís Melo - bolsista iniciação científica; Lorena Guerini- mestranda; Beatriz Prata- mestranda; Jorge Mello- doutorando; Letícia Renault- doutoranda; Julia Ramos – psicóloga, mestre em psicologia.

### 2- Profissionais do POP RUA autores/participantes da pesquisa:

**Agentes Sociais de Saúde:** Ana Maria Galdeano, Kelly Victor, Rosália Silva, Fabio “Mosca” Campos, Cléo Moraes.

**Médicos:** Lúcia Dantas, Gervásio D. Araújo.

**Enfermeiros:** Luciana Marins, Sebastião Carlos.

**Assistentes Sociais:** Gizzely Ilha, Aline Guedes.

**Psicólogas(os):** Clarice Boechat, Daniel Elia, Julio Nicodemos, Claudia de Paula.

**Gerente Técnica:** Laila Louzada.

**Residente:** Polyana Esteves.



## Anexo II – Enunciados disparadores dos GIT`s:

Objetivos produzidos anteriormente pela psicóloga Claudia de Paula com o apoio da gerente Laila Louzada, ano de 2011.

- I.** Estabelecer uma cartografia própria referente a pesquisa do perfil de população de rua. E, a partir desta cartografia considerar o território de vida e não o território de moradia físico como referência.
- II.** Organizar os três campos de atuação da equipe (assistência, prevenção de agravos, promoção da saúde) levando em consideração a dinâmica encontrada no território. A demanda historicamente reprimida, a gravidade dos casos com morbidades cruzadas, a inexistência de equipamentos especializados (CAPS, UPA) e a dificuldade de acesso à rede determinaram a priorização das ações assistenciais no primeiro momento.
- III.** Instrumentalizar a abordagem às queixas de Rua, intencionando transformá-las em demandas.
- IV.** Ser Referência em convergência para o território de vida e não o território físico, sustentando o direcionamento das demandas em oposição à fragmentação típica que a Rua produz.
- V.** Configurar espaço de tratamento diversos (Rua, sede, rede) que respeitem a especificidade da questão a ser tratada/ a singularidade de cada demanda.
- VI.** Apostar na construção do vínculo (na autonomia e desejo de cada sujeito tratar-se) e não na tutela social e na tutela de sentidos.
- VII.** Implantar lógica de referência na abordagem/ acompanhamento longitudinal dos casos com demanda para saúde mental, visando permitir ao sujeito, apesar da circulação própria e específica do mesmo, ter seu tratamento localizado e assegurado em continuidade.
- VIII.** Implementar uma abordagem às questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas, referida pela diretriz da redução de danos que, desconstrua o foco voltado para a substância e progressivamente o redirija para a história de vida do sujeito.
- IX.** Estimular a corresponsabilização interdisciplinar e multiprofissional em equipe, visando produzir uma dinâmica de acompanhamento a partir da construção de casos.
- X.** Estabelecer ferramentas que permitam classificar os casos graves, a fim de priorizar atendimentos e fluxos de atenção.
- XI.** Empenhar-se no cuidado ao sujeito, percebendo-o como o mesmo acompanhado pelos serviços da SMAS, sendo portanto fundamental a integração dos cuidados e atuação corresponsável.
- XII.** Considerar a Rua como ferramenta de apostas clínicas.
- XIII.** Não vincular o olhar do cuidado à perspectiva da doença, estimulando o enfermeiro a assumir o papel de articulador dos fluxos de atenção.
- XIV.** Estimular a superação das lógicas convencionais de atenção à saúde, fragmentadas em ações programáticas.
- XV.** Sistematizar continuamente estratégias oriundas da prática em metodologias de trabalho.
- XVI.** Problematizar a prática visando extrair elementos referenciais que subsidiem a educação permanente da equipe e a atuação na micropolítica do território.