



**Saúde & Transformação Social**

*Health & Social Change*



**Artigos Originais**

## **Consultório de/na rua no sistema único de saúde: Aproximações reflexivas.**

*Clinic of street of the brazilian unified health system: reflective approaches.*

**Deivid de Abreu<sup>1</sup>  
Walter Ferreira de Oliveira<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (UFSC)

<sup>2</sup>Departamento de Saúde Pública (UFSC)

**Resumo:** Este texto, por meio da pesquisa narrativa, apresenta o Consultório de/na Rua no Sistema Único de Saúde (SUS) como parte do fortalecimento e ampliação da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, em especial, aqueles que têm na rua seu principal espaço de convivência. Descreve sua origem e história na esfera nacional, buscando construir reflexões sobre alguns princípios do Consultório de/na Rua na relação com a clínica ampliada e a clínica peripatética de Antônio Lancetti. Por fim, defende a ideia do Consultório de/na Rua como uma clínica que atua por meio da compreensão de um território existencial e complexo, constituindo-se numa clínica psicossocial.

**Palavras-chaves:** Consultório na rua; clínica ampliada; atenção psicossocial; pessoas em situação de rua; álcool e outras drogas.

**Abstract:** This paper, by bibliographic research, presents the Clinic of Street of the Brazilian Unified Health System (SUS), a program meant to strengthen and expand the health care network for users of alcohol and other drugs, especially those who have the city streets as their main living place. When we review the program's origin and history at the national level, it seeks to build initial reflections on the relation of some of the Program's principles with the Expanded Clinic and also, with Antonio Lancetti's Peripatetic Clinic. Finally, it's discussing the Clinic of Street as a psychosocial clinic.

**Keywords:** Street Clinic; expanded clinic; psychosocial care; people living on streets; alcohol and other drugs.

### **1. Introdução**

As redes de saúde ampliaram-se e diversificaram-se principalmente após as reformas Sanitárias e Psiquiátricas. No tocante Reforma Psiquiátrica, esta contou com a aprovação da lei 10.216/2001 – Lei Paulo Delgado, conhecida também como lei da Reforma psiquiátrica brasileira e com a institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, por meio da portaria 3088/2011. Nesse contexto, conceitos como integralidade, universalidade, equidade, acesso, intersetorialidade, diversidade e direitos humanos foram fortalecidos como importantes pilares da atenção à saúde no Brasil.

Dentre muitos temas e questões que o SUS se depara, nos últimos anos, o fenômeno do uso e abuso de álcool e outras drogas tem se tornado foco de ações governamentais, trazendo o desafio na atenção a esse público, contribuindo assim, para sua maior popularidade e abrindo a possibilidade de falar e intervir mais sobre essa questão nos diferentes pontos da rede de saúde. Neste contexto, surge o projeto Consultório de Rua do Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente como parte da ampliação da rede de atenção em saúde mental, transformando-se mais tarde

em Consultório na Rua, incluído então, na Política Nacional de Atenção básica instituída no ano de 2012.

O Consultório de/na Rua do SUS busca atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Neste trabalho, identifica e atende diferentes demandas, tanto na área de saúde, quanto de Assistência social, educação, trabalho, renda, entre outras que acaba por referenciar para outros serviços da rede de proteção social, num trabalho intra e intersetorial. Neste caminhar do Consultório de rua para consultório na rua, juntamente aos desafios que surgem no dia a dia dessa estratégia, consideramos que esta necessita de estudos que se aproximem e reconheçam suas particularidades. Assim, estudos qualitativos podem contribuir para a construção de conhecimentos aprofundados, reconhecimento, adensamento e avaliações do Consultório de/na rua, serviço este que faz parte recentemente da rede de saúde e que necessita ser qualificado por meio de pesquisas teóricas e empíricas.

Ao pensar sobre o Consultório de/na Rua, há que se atentar ao público que este se direciona: a população em situação de rua. Esta se caracteriza como grupo diverso e complexo, tendo em vista todos os fatores que se relacionam com as formas de ser e estar no mundo para esse grupo populacional, bem como os motivos que os levaram a estar e permanecer nas ruas, principalmente das grandes cidades. Oferecer atenção a esta população, respeitando seu contexto e singularidades, apresenta-se como uma tarefa desafiadora para as diferentes políticas públicas. Afirmamos isto, considerando a tradicionalidade na atuação dos profissionais das diferentes áreas, bem como as dificuldades enfrentadas pelas diversas políticas sociais para a inclusão de públicos específicos, que em geral, se constituem por histórias e vivências de exclusão social.

Adentrando este mundo e a complexidade das relações presentes entre a atuação do Consultório de/na Rua e a vida dos sujeitos atendidos por esta estratégia, este artigo tem como objetivo refletir sobre o Consultório de/na Rua no SUS como possibilidade de atenção psicossocial, estabelecendo aproximações com as discussões sobre a clínica ampliada<sup>1,2</sup> e a clínica peripatética<sup>3</sup>.

## **2. Origem e expansão dos consultórios de/na rua no cenário brasileiro.**

No fim da década de 1970 inicia-se no Brasil a Reforma Psiquiátrica, concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, estes defendiam a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sua história própria, inserida num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Marca a crise do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos e na eclosão de esforços dos movimentos sociais pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, o processo da Reforma Psiquiátrica é maior do que a sanção de novas leis e normas, e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde<sup>4,5</sup>.

A partir da Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal brasileiro e passa a reger as ações na área de saúde mental. Como processo, vive constante materialidade no dia-a-dia, sendo constituída por diferentes atores, e efetivada nos serviços de atenção a saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residenciais terapêuticos, Centros de convivência e cultura, nas Unidades básicas de saúde e na própria comunidade.

No mesmo ano, em 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental, no qual as questões relativas ao uso abusivo de álcool e outras drogas são incluídas como temas de destaque na área de saúde mental, pouco discutidas nas Conferências anteriores, e contribuem com o início da criação de dispositivos extra-hospitalares de atenção ao público que faz uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas, no qual se destacam os Centros de Atenção

Psicossocial para Álcool e outras drogas - CAPS Ad. Em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental vigente, regulamentada e respaldada pela Lei 10.216/2001, no ano de 2004 é instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (PNAIUAD), que possui como diretrizes principais a Intersetorialidade e a Atenção integral<sup>6</sup>.

A PNAIUAD aponta que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas foi historicamente tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, mas que atualmente é reconhecida como um grave problema de saúde pública. Nesse sentido, avança no reconhecimento e na compreensão global do problema do uso abusivo de drogas, considerando as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas envolvidas na questão. Portanto, torna-se fundamental romper com a lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas na associação drogas/comportamento antissocial ou criminoso<sup>6</sup>.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde reconhece a Redução de Danos como uma estratégia principal nas ações com os usuários de álcool e outras drogas, e mais recentemente a inclui na Política Nacional de Atenção Básica, instituída no ano de 2012. A redução de danos pode ser considerada como um método, um caminho, mas não o único, que oferece possibilidades na direção do cuidado em saúde, visa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade e autonomia dos usuários do SUS. A redução de danos é frontalmente contrária as políticas de abstinência total, tendo em vista que estas focam em um único objetivo a ser alcançado – a própria abstinência. Neste sentido, diferente do que sugerem as políticas de abstinência total, cuidar de vidas humanas é reconhecer e lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas feitas pelos sujeitos, acolhendo cada situação e estimulando sua participação e engajamento<sup>6</sup>.

Após a transição do modelo de atenção em saúde mental, se constituiu uma rede articulada de dispositivos extra-hospitalares que visam acolher e cuidar das pessoas com sofrimento psíquico, dentre elas as que fazem o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. No conjunto destes dispositivos estão os CAPS, considerados fundamentais e que, juntos a atenção básica, tem a função de articular a rede de atenção em saúde mental. Considerando a complexidade do fenômeno do uso abusivo de álcool e outras drogas, e muitos desafios que aparecem em meio às tentativas de oferecer respostas às verdadeiras necessidades e realidades dos sujeitos, deparamo-nos com o desafio de oferecer atenção em saúde para as pessoas em situação de rua, que em geral não acessam ou acessam precariamente os serviços públicos de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o baixo índice de procura e de acesso aos serviços da rede pública, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justificou a implementação de intervenções nos locais onde se concentram esses grupos populacionais, dentre eles, o grupo das pessoas em situação de rua<sup>7</sup>.

Nesta direção, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD 2009-2010<sup>i</sup>, que teve como principal objetivo contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde da rede SUS para usuários de álcool e outras drogas, incluindo as pessoas em situação de rua, também por meio da implantação de intervenções em contexto de rua com a articulação das diferentes redes de atenção.<sup>7</sup>

O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas - PIEC/2010<sup>ii</sup> buscou intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. Foi neste cenário, que inicialmente o Consultório de Rua<sup>iii</sup>, agora Consultório na rua, se fortaleceu e se constituiu como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial.

O Consultório de Rua foi idealizado pelo coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) - da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o professor Antônio Nery

Filho, iniciou suas atividades em 1999 na cidade de Salvador no estado da Bahia buscando inicialmente oferecer atenção à saúde e a vida de crianças em situação de rua que perambulavam pelo centro histórico da cidade, num permanente e intenso uso de drogas. Foi influenciado por pressões políticas e de comerciantes que perceberam a evasão de turistas, principalmente da região do Pelourinho, em Salvador. Desta forma, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador buscava "solução" para este problema, que mais tarde se concretizou com a parceira estabelecida entre SETRADS e Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)<sup>8</sup>.

Portanto, depois de alguns anos de reflexão e condensamento das ideias do projeto Consultório de rua, em janeiro de 1999 é firmado um convênio entre a SETRADS/PMS e o CETAD/UFBA, que ao disponibilizar recursos possibilitou que o mesmo se efetivasse na prática oferecendo ações de atendimento às crianças e adolescentes usuários de drogas e em situação de risco, ampliando para mais três áreas da cidade, além do Pelourinho, onde havia concentração de crianças nas mesmas condições. Nasce então o Consultório de rua, na perspectiva do encontro com essas pessoas no próprio espaço da rua, estratégia que suscitava naquele momento questionamentos do "como fazer", pois o exercício da atenção e da clínica na rua necessitava de um constante fazer criativo, considerando as realidades vivenciadas no campo<sup>8</sup>.

A experiência iniciada e amadurecida em Salvador, depois de cerca de 10 anos, é reconhecida e ampliada pelo Ministério da Saúde como uma possível forma de atenção a saúde das pessoas em situação de rua, intervenção capaz de alcançá-los e firmar possíveis contribuições as suas vidas. A ampliação dos Consultórios de rua se deu por conta de um edital público<sup>iv</sup> no qual as cidades brasileiras podiam concorrer ao recurso e implantar o projeto como forma de fortalecer a rede de atenção à saúde, agora para um público bem específico, as pessoas em situação de rua. Assim, a partir do primeiro edital foram implantados 35 Consultórios de Rua do SUS em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões do país.

Dois novos editais foram lançados no ano de 2010, ainda sob a responsabilidade da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, que ao ampliar o trabalho, contemplou 92 equipes de Consultório de Rua em todo o Brasil<sup>9</sup>. Após cerca de um ano do lançamento do último edital para financiamento dos Consultórios de Rua, é instituída a Portaria GM/MS 2.488 que institui a Política Nacional de Atenção Básica, sendo que esta estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização deste nível de atenção no âmbito do SUS. Nestas alterações, o Consultório de Rua passa a ser um serviço vinculado a este nível de atenção, renomeado como Consultório na Rua, sendo seu repasse fundo a fundo, no qual os gestores municipais podem receber uma verba para seu financiamento e ao mesmo tempo devem oferecer uma contrapartida por meio de um veículo para equipe.

Na sequência, em dezembro de 2011, é publicada a Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>10</sup>. A rede é dividida em componentes e pontos de atenção, sendo que o Consultório na Rua passa a ser um dos pontos de atenção do componente Atenção Básica, junto às unidades básicas de saúde e outras equipe de saúde para populações específicas.

No sentido de regular e instituir novas diretrizes organizacionais para os Consultórios na Rua foram lançadas as Portarias nº 122 e 123, em janeiro de 2012, que definiram as diretrizes de organização e funcionamento das equipes, bem com os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município, respectivamente. Nesse contexto foram criadas modalidades de Consultório na Rua (I, II e III) de acordo com a composição das equipes.

Na sequência, possivelmente por haver dúvidas por parte dos gestores municipais dos Consultórios de Rua, foi lançado a Nota Técnica Conjunta/2012, por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental e álcool e outras drogas e o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que tratou da transição dos Consultórios de Rua e implantação das novas equipes dos Consultórios na Rua. Este documento referia-se ainda da finalização e entrega de

relatório da execução do projeto e das atividades realizadas, bem como da utilização dos recursos repassados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Após, os municípios que desejassem manter suas atividades deveriam solicitar a habilitação de seu Consultório de Rua para uma das modalidades, agora, de Consultório na Rua, conforme as novas orientações advindas da Política de Atenção Básica.

De acordo com dados do ano de 2015<sup>11</sup>, apenas sete estados possuíam Consultórios na Rua habilitados até o fim de ano de 2012, conforme as orientações das Portarias nº 122 e 123. Segundo o relatório<sup>11</sup> a orientação é que a coordenação dos serviços seja partilhada entre Saúde Mental e Atenção Básica, a fim de garantir o cuidado integral à saúde da população em situação de rua.

No contexto de transição, de acordo com a área técnica de saúde mental no Ministério da Saúde, verificava-se que 111 equipes de Consultórios na Rua foram habilitadas pelo Ministério da Saúde até o final de 2014. Das 27 unidades federativas do Brasil, 24 possuíam ao menos 1 (uma) eCR em funcionamento<sup>11</sup>. Em outubro de 2016, a partir de informações do Departamento de Informática do SUS – DataSUS<sup>12</sup>, o Brasil possuía 137 equipes de Consultório na Rua cadastradas, sendo 29 na modalidade I, 58 na modalidade II, e 50 na modalidade III (6 profissionais + médico), o que demonstrava um tímido crescimento deste trabalho no território Brasileiro quatro anos após a transição para a Atenção Básica. Em consulta recente ao DataSUS<sup>13</sup>, identificamos a implantação de 163 equipes de Consultório na Rua em todo o território brasileiro, sendo 37 na modalidade I, 61 na modalidade II e 65 na modalidade III.

### **3. Consultórios de/na rua: um dispositivo inovador de cuidado.**

Os Consultórios de/na Rua surgem e se expandem num contexto onde o consumo de álcool e outras drogas, intensificado pelas questões sociais presentes em nossa sociedade, encontram seu momento de êxtase. Constituem-se como uma possibilidade de atenção as vidas de sujeitos muitas vezes esquecidos, quase sempre (in)visíveis pelas políticas sociais.

Considerando sua (in)visibilidade, principalmente pelos órgãos governamentais responsáveis pela implementação de ações para acesso a direitos, bem como melhoria de sua qualidade de vida e de sua saúde, as pessoas em situação de rua pouco procuram a rede formal de serviços de saúde tendo assim baixo acesso a este direito. Esta realidade é influenciada, factivelmente, pelo predomínio de ofertas de cuidado baseadas na abstinência como objetivo exclusivo e de abordagens terapêuticas desenvolvidas quase exclusivamente no interior de instituições de saúde. Há portanto, uma

[...] distância histórica entre os serviços da rede de saúde e a população usuária de drogas em situação de rua, que levanta há muito tempo, a necessidade de articular intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas *in loco*<sup>7</sup>.

Ao relacionar a condição de pobreza com destituição, marginalidade e desproteção, Abranches; Santos; et al<sup>14</sup> contribuem ao afirmar que os sujeitos postos em condições de pobreza encontram maior dificuldade de acessar seus direitos de cidadania e obter uma melhor qualidade de vida. Assim, são destituídos dos meios de sobrevivência física, marginalizados no usufruto de benefícios do progresso e no acesso as oportunidades de emprego e consumo, desprotegidos pela falta de amparo público adequado, bem como da inoperância dos direitos básicos de cidadania, que incluem garantias à vida e ao bem-estar<sup>14</sup>.

São com estes sujeitos que os Consultórios de/na rua atuam, sujeitos marcados pelos processos de exclusão social, seja pela não inclusão formal no mercado trabalho, pela ausência ou precariedade dos meios de sobrevivência física, bem como a marginalização diante de outros direitos básicos. Nesse sentido os Consultórios de/na Rua podem ser considerados dispositivos clínico-comunitários que oferecem cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Contribuem no acesso

aos serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, aproximando-os de seus direitos e do exercício da cidadania. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população atendida<sup>7</sup>.

Constituindo a identidade do Consultório de Rua, ao relatar sua criação na cidade de Salvador na Bahia, Oliveira<sup>8</sup> corrobora afirmando que o mesmo se caracteriza como um dispositivo cujo atendimento é oferecido fora dos muros institucionais, que inicialmente ofertava atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua que faziam uso de drogas, e que encontravam-se em risco pessoal e social. As intervenções acontecem por meio do trabalho de equipes multidisciplinares que se locomovem até o público-alvo nos locais onde geralmente vivem ou passam grande parte do dia. Estavam inclusos em seus objetivos prevenir e reduzir os riscos decorrentes do consumo de drogas, bem como atuar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS.

Com a transição para Consultório na Rua, e sua inclusão na Política Nacional de Atenção Básica, o mesmo a partir do olhar de alguns autores, como Santana<sup>15</sup>, Engstrom e Teixeira<sup>16</sup>, amplia o raio de ação numa perspectiva de integralidade, ultrapassando os atendimentos no campo da saúde mental e uso/abuso de álcool e outras drogas, foco do modelo anterior. Espera-se a partir do Consultório na rua a abertura de espaço físico, e também simbólico, nas Unidades básicas de saúde para o atendimento à população em situação de rua, já que o mesmo se constituiu como uma equipe de atenção básica, como as de saúde da família, portanto, deve ter lugar garantido dentro das unidades básicas de saúde. De acordo com Santana<sup>15</sup> a proposta constitui-se então como efetivação dos direitos à saúde da população em situação de rua.

O Consultório na rua constitui-se como um serviço advindo das experiências dos Consultórios de rua somadas as da ESF sem domicílio e/ou PSF para população em situação de rua, experiências principalmente das cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Belo Horizonte<sup>17</sup>. De acordo com Londero; Ceccim et al<sup>18</sup> atualmente as estratégias de Saúde da Família sem Domicílio funcionam como Consultórios na Rua, afirmam que a efetivação e institucionalização deste serviço na Política de Atenção Básica tensiona a própria rede de atenção à saúde, e neste sentido, também as unidades básicas de saúde e profissionais que nela atuam para um olhar mais atento a essa população, colocando-os a refletir sobre tal público e suas necessidades de saúde. Em experiência implantada na cidade do Rio de Janeiro pesquisadores apontam que os profissionais que atuam no Consultório na Rua necessitam muitas vezes (re)inventar suas práticas de cuidado e, deste modo, acabam por estranhar os estereótipos, se transformando a cada dia para assim construir uma base de trabalho agregadora, e estranhando protocolos rígidos e pré-estabelecidos<sup>19</sup>.

O ato do deslocamento, representado pelo sair das unidades de saúde, ambulatórios, hospitais – lugares da atuação tradicional dos profissionais de saúde, possibilita uma aproximação e a oportunidade de atenção aos sujeitos em situação de rua, que por determinadas questões não acessam ou mesmo não se enquadram nos atendimentos tradicionais historicamente reproduzidos na área na saúde. Diante disso, as demandas de trabalho dos Consultórios na rua são quase sempre conhecidas e identificadas no campo, mediante a aproximação e a relação entre os sujeitos. Nesse sentido, de acordo com Oliveira<sup>8</sup> a demanda não está explícita a priori, mas, está por se fazer e se constituir a partir do encontro entre os atores principais, profissionais e usuários.

Na obra "Clínica Peripatética" Lancetti<sup>3</sup> explora a rua como um espaço rico, capaz de produzir alterações nos processos de saúde-doença, refletindo sobre o externo às instituições tradicionais como as unidades de saúde, hospitais e consultórios. Fala de novos *settings* terapêuticos, agora em movimento, e da possibilidade de se construir significados nas conversas durante o caminhar, sendo estes "[...] altamente férteis para a produção da subjetividade e cidadania"<sup>3</sup>. O autor descreve que são muitas as fontes de inspiração da clínica peripatética, dentre elas a experiência de desconstrução manicomial – concebendo que o hospício (manicômio) na sua forma de organização espaço-tempo é promotor de identidades cronificadas; A pedagogia da surpresa – no contato com os sujeitos nos momentos e lugares em

que eles menos esperam; e a prática do acompanhamento terapêutico (AT) – que ao transitar pela cidade com os sujeitos em sofrimento psíquico grave tem como objetivo (re)estabelecer conexões dos mesmos com pessoas, locais e atividades<sup>3</sup>.

A clínica peripatérica, como intitulada por Lancetti, é lugar, talvez “não-lugar”, onde inexistente o “sujeito-suposto-saber”, diferente dos hospícios ou dos consultórios tradicionais, os tratamentos não são simplificados ou mesmo simplificadores. Assim, enquanto num ambiente de sequestro (referindo-se ao hospício e aos consultórios particulares), os enunciados são aceitos, pois a relação de poder está dada, já em outros espaços como nos domicílios, nos territórios ou ainda no caminhar da clínica peripatérica “[...] é preciso conquistar o poder terapêutico e praticar e negociação inerente a democracia psíquica [...]”<sup>3</sup>.

A clínica neste formato se destitui dos poderes historicamente marcados pelas relações entre profissionais de saúde - principalmente pelo saber-poder médico-centrado - e usuários, no qual é preciso estar na mesma “altura” para conseguir se aproximar, conhecer e socializar informações de ambas as partes. Acontece mediante a escuta qualificada, adentrando nos mundos partilhados entre os sujeitos principais - profissionais e usuários. Nesse sentido, ao analisar a experiência do Consultório na Rua de Manguinhos, no Rio de Janeiro, Silva; Cruz et al<sup>20</sup> afirmam que as práticas desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua podem ser denominadas de “atenção usuário-centrada”, pois privilegiam o desejo e os conhecimentos dos usuários.

Nesta perspectiva clínica há lugar para abrigar e tolerar o estranho, este que desloca nossas certezas, borra as fronteiras de nossa suposta identidade, frustra a ideia de projeto moderno, de unicidade e individualidade. O esforço é sem igual, pois para tolerar o estranho é necessário também compreender e aceitar a incerteza que ele nos traz<sup>21</sup>. No mesmo sentido, Souza e Macerata<sup>22</sup> entendem que há um potencial muito grande na relação entre o SUS e a rua, pois a rua força a inclusão do que é diferente, tensionando à ampliação das concepções e modos de ver no SUS.

O Consultório na Rua, objetiva estabelecer relações de vínculos com a população de rua, para que a partir da confiança e do conhecimento mútuo se possa pensar em processos terapêuticos mais interventivos e eficazes, desde que os usuários compreendam e os considerem importantes na sua história e façam sentido em sua existência<sup>23,24</sup>. A construção de vínculos, seja com quem for, perpassa por dimensões muito pessoais, e Lacentti<sup>3</sup> contribui ao refletir sobre o conceito de “força afetiva” no qual esta é produzida pelo encontro, que segundo o autor possibilita:

“[...] furar o cerco da separação fundamental porque é capaz de ingerência enquanto relação pré-significante, ou pela capacidade de afetar ou de ser afetado em processos de subjetivação ou dessubjetivação”<sup>3</sup>

O autor ainda relaciona afeição e relação de amizade, quando ao citar Cícero, acredita que a amizade só existe quando há afeição entre as partes. Portanto o terapeuta peripatético, paradoxalmente amigo-terapeuta, é ao mesmo tempo amigo e estrategista, avalia passo a passo o percurso e suas multiplicidades, proporcionando uma presença continuada que permite furar o cerco da separação fundamental de uma sociedade onde essas pessoas não tem lugar para existir ou de um grupo humano do qual vivem separadas<sup>3</sup>.

Assim, diferente do trabalho realizado dentro das instituições tradicionais - nas quais os usuários buscam atendimento e cujas condições já estão dadas - o *setting* terapêutico está “preparado”, incluindo os lugares pré-estabelecidos, dentre eles o que profissional ocupa na organização do serviço; nas ruas esses lugares não são tão fixos, necessitando serem negociados e construídos no exercício do trabalho cotidiano, influenciados pela posição que os profissionais se colocam diante dos usuários. No consultório de/na rua, os profissionais devem explicitar junto aos usuários suas ações, diferenciando-as de outros grupos de cunho caritativo, demarcando este como um dispositivo inserido no campo da saúde e que atua de forma intersetorial<sup>7,16,17,25,26</sup>.

Ao escrever sobre o cuidado com a saúde da população em situação de rua e usuários de drogas nas ruas, Oliveira<sup>8</sup> além de considerar a necessidade de um olhar atento sobre o contexto e os modos de vida dos sujeitos, alerta para a importância na busca e resgate do valor da vida, da cidadania e a dignidade humana junto aos mesmos. O contexto de vida e as singularidades da vida cotidiana das pessoas em situação de rua são aspectos fundamentais, e de conhecimento necessário para a atuação na rua. Estes conhecimentos, aliados a ida ao encontro dessas pessoas no ambiente onde (con)vivem possibilitarão aos profissionais novas formas de atuar, que por sua vez tendem a relocar os usuários de uma posição de objeto, de indivíduo “coisificado” para estabelecer-se como sujeito, portanto cidadão de direitos.

Ao sair dos espaços formais de atendimento, abre-se a necessidade de pensar o habitar de novos territórios, entendidos para além de área geográfica<sup>7,27</sup>, mas como lugares onde a vida acontece, território subjetivo, constituído de relações, de pessoas, do trânsito, portanto instável. Mesmo marcado pela instabilidade, o território precisa ser minimamente (re)conhecido, embora nunca o esgotamos por ser intrinsecamente inacabado e se (re)constituir a todo momento. Assim, um possível habitar de um território desconhecido, ou mesmo o abandonar do aparentemente conhecido, aproxima-se da ideia de desterritorialização, como discutida por Lancetti<sup>3</sup>.

Na atuação dos Consultórios de/na rua estes apoiam-se em um conceito ampliado de território, aproximando-se do conceito de território abordado por Santos<sup>27</sup>, no qual:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população.

De acordo com Oliveira<sup>8</sup> a territorialidade é um aspecto fundamental nas ações das políticas de saúde, considerando que é no território que a vida individual e coletiva ganha materialidade. Portanto, é no (re)conhecimento destas singularidades dos diversos territórios, expressas nos modos de vida, na dinâmica e problemas vivenciados pelos sujeitos, que os profissionais de saúde poderão instituir vínculos capazes de gerar possíveis soluções às dificuldades cotidianas, incluindo as questões de saúde da população em situação de rua.

Se a clínica que ora discutimos, se estabelece na relação profissional-usuário-contexto, e se amplia no horizonte das singularidades dos sujeitos, nos aproximamos das reflexões sobre clínica ampliada, que exige uma complexa interação no encontro entre dois sujeitos singulares. Nesse modelo de análise, segundo Cunha<sup>1</sup>, a clínica possui dimensões políticas e subjetivas muito fortes, sugerindo que o afastamento das formas tradicionais que supervalorizam o biológico, podem aflorar outras forças de determinação dos sujeitos – contribuindo assim para a construção do fazer da clínica ampliada.

Ao discutir a superação da clínica tradicional pela clínica ampliada, Cunha<sup>1</sup> refere dois aspectos interligados

[...] em primeiro lugar o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes, em relação à singularidade do sujeito. Ou seja, todo saber, inclusive o biomédico, trabalha com uma ontologia, uma generalização, que, como tal, está condenada a ser parcial em toda situação singular. No caso da clínica, uma certa classificação das doenças em relação ao sujeito doente. O sujeito doente nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja. Menos ainda por um diagnóstico de uma lesão orgânica. Esse reconhecimento significa a utilização das classificações dentro dos seus limites e não além deles. Em segundo lugar, a partir do reconhecimento dos limites do universal para compreender o singular, a clínica ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença. Ou seja, o que inicialmente é um limite do saber, pode ser transformado em possibilidade prática de intervenção.

Em sua gênese, o Consultório de Rua parte desta ideia ampliada de clínica, pois na relação com os usuários em seus contextos, não pretende estabelecer diagnósticos como formas

de enquadramentos paralisantes e classificatórios, mas sim aproximar-se verdadeiramente dos sujeitos desejando adentrar em seus mundos, suas simplicidades e complexidades, simultaneamente. Ao retratar o campo da saúde mental, Amarante<sup>28</sup> corrobora com esta ideia afirmando que qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades de existência humana e social. Assim, o consultório na rua, esforça-se para compreender o singular na sua relação com o interior e exterior aos sujeitos, considerando aquilo que é subjetivo, mas também o que se estabelece na relação com o universo, na coletividade, na sociedade onde o mesmo está inserido. Neste sentido, de acordo com Campos<sup>2</sup> o singular é resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos e, resulta da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos; coprodução, portanto.

Ao pensar a ampliação da clínica e da saúde coletiva, Campos<sup>2</sup> sugere a incorporação por todos os profissionais da saúde, e não somente aos que atuam diretamente na área de saúde mental, do que chamou de coprodução singular do sujeito. Esta concepção pretende alterar as formas de se fazer clínica e saúde coletiva, as quais incorporariam, conforme o autor, “[...] arranjos de saber e organizacionais que permitam o seu compartilhamento entre trabalhadores e usuários<sup>2</sup>”.

Nesta direção, ao refletir sobre o Consultório de/na rua e as perspectivas clínicas exercidas por este serviço, consideramos importante somar as contribuições do que tem se chamado no Brasil de atenção psicossocial. Esta sustenta como parte de uma clínica diferenciada – a clínica psicossocial, por meio de um conjunto de ações que preconizam a substituição do modo asilar como paradigma das práticas dominantes. Na atenção psicossocial “a loucura e o sofrimento não têm de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito<sup>29</sup>”.

Segundo Yasui<sup>21</sup> a atenção psicossocial é o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, visto que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de maneira que exista um lugar para o sujeito louco. Segundo o autor implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao sujeito diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

A atenção psicossocial é feita no cotidiano do trabalho, (re)inventa permanentemente suas ações, produz encontros através no drama do existir, construindo estratégias de cuidado que se organizam nos modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice<sup>21</sup>. Nesta direção, ao analisar aspectos da história, Yasui<sup>21</sup> apoiado em Michel de Certeau<sup>30</sup>, resgata os indivíduos como personagens centrais e que se apropriam de ideias dominantes para adequar à sua realidade, no sentido de viver e sobreviver neste cotidiano já dado. Trata-se de uma arte do fazer que desfaz, do construir desconstruindo. Arte, estratégia e transformações essenciais para profissionais de saúde que atuam ou pretendem atuar com a população em situação de rua.

#### **4. Considerações finais**

Esta produção teve como objetivo resgatar a história e demonstrar a tímida ampliação do Consultório de/na Rua no Brasil como parte da atenção a saúde, bem como aproximar as discussões sobre o Consultório de/na Rua do SUS das ideias apresentadas por autores que discutem o campo ao longo do texto, especialmente aquelas relacionadas à clínica ampliada, clínica peripatética e a atenção psicossocial.

Deste modo, o Consultório na Rua do SUS ao ser reconhecido como um dispositivo importante de cuidado para as pessoas em situação de rua aos poucos se expande no território brasileiro e torna-se referência no cuidado a essa população. Ao atuar de forma singular e por meio de suas experiências, este dispositivo abre caminhos para um maior investimento em ações de saúde para segmentos específicos e vulnerados, muitas vezes não contemplados pelas formas

tradicionais de atendimento nas diversas políticas públicas, dentre elas, a saúde. Importante considerar que as experiências dos Consultórios na Rua no Brasil tem se expandido, mas ainda cobrem pequena parcela do território brasileiro, sendo dever de todos os profissionais de saúde atender e oferecer atenção a população em situação de rua nos diferentes pontos da rede de saúde e de outras políticas sociais, conforme apontado na Política Nacional de Atenção Básica vigente.

Portanto, o Consultório na Rua ao reconhecer no seu trabalho cotidiano as singularidades dos sujeitos, privilegia as diferenças como parte integrante dos mesmos, e não como algo a ser removido, retirado, tratado como doença ou patologia. Este tipo de atenção não parte de características comuns aos sujeitos para ler-reler as histórias e pensar as possibilidades de cuidado. Parte portanto, das diferenças, daquilo que é integrante da vida e trajetória dos sujeitos para construir junto a ele formas de cuidado e atenção, considerando que as respostas às questões presentes na vida dos sujeitos estão em suas próprias histórias e/ou podem ser construídas a partir delas. Valoriza-se, portanto, aquilo que é do sujeito e as coproduções de sua relação com o mundo que o cerca.

Corroborando com Yasui<sup>21</sup>, a atenção psicossocial, base que fundamentou a proposta de trabalho do Consultório de Rua do SUS em suas primeiras experiências, deseja:

Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer ao mesmo tempo novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais de sua história, mas toda esta gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer, pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Atenção Psicossocial é assim, feita de sonhos, utopia e esperança<sup>21</sup>.

É com este olhar e modo de fazer clínica que o Consultório na Rua – enraizado na atenção psicossocial e no olhar integral sobre os sujeitos, se aproxima da clínica ampliada e peripatética, clínicas que consideram os sujeitos como parte essencial do cuidado e que são capazes de incluir suas singularidades no pensar a atenção com estes. São clínicas da utopia, que apostam no existir, nas quais a esperança é o princípio ético central e que o mudar o mundo é o seu dever.

## Notas

- i. O PEAD foi instituído pela Portaria/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009.
- ii. Instituído pelo Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010.
- iii. O consultório de rua surge como projeto piloto no PEAD (2009-2010), sendo que com a nova Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o mesmo passa a fazer parte das ações desta área, com equipe cadastrada e específica para o trabalho. Nesse momento, então, muda-se a nomenclatura de “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”.
- iv. Edital intitulado “Chamada para seleção de projeto de Consultórios de rua e Redução de danos” fruto do trabalho da Coordenação Geral de Saúde Mental, álcool e outras drogas, baseado na Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005, e lançado como parte do PEAD (2009-2010)

## 5. Referências Bibliográficas

1. CUNHA, GT. Dissertação. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, Campinas, SP: [s.n.], 2004. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312384/1/Cunha\\_GustavoTenorio\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312384/1/Cunha_GustavoTenorio_M.pdf) Acesso em 20.03.2019
2. CAMPOS, GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS et al (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz; 2009. p.41-80.
3. LANCETTI, A. Clínica peripatética. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 2011.128p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento

- apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em 18.02.2019.
5. AMARANTE, PDC. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. Políticas e Sistema de saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (org.) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p.735-59.
  6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf) Acesso em 04.09.2018.
  7. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ; 2010.
  8. OLIVEIRA, MGN. (Dissertação). Consultório de rua: relato de uma experiência. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador. 2009.
  9. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10. Ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em 04.09.2018
  10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 15.05.2018.
  11. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília; 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em 11.10.2018.
  12. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Equipes de Consultório na rua. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em 05.10.2016.
  13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Equipes de Consultório na rua. Disponível: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp) Acesso em 25.03.2019.
  14. ABRANCHES, S.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. Política social e Combate à Pobreza. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1987.
  15. SANTANA, C. Outreach clinics on the street? reflections on new policies for homeless people's health. Cad. Saúde Públ. 2014; 30(8): 1798-99. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 20.05.2016.
  16. ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “consultório na rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciênc. saúde col., 2016; 21(6): 1839-48. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20.06.2018
  17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília; 2012.
  18. LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interf. (Botucatu) 2014; 18 (49): 251-60. Disponível em:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200251](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251) Acesso em: 17.01. 2019.
19. PAULA, HC et al. A implantação do consultório na rua na perspectiva do cuidado em saúde. *Rev Bras Enferm* 2018; 71 (supl 6):3010-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2843.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2843.pdf). Acesso em 10.03.2019
  20. SILVA, CC; CRUZ, MM; VARGAS, EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Saúde debate* 2015; 39 (esp): 246-56. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500246&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500246&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17.06.2018.
  21. YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental* 2009; 1(1): 109-18. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1005/1122>. Acesso em: 24.02.2019.
  22. SOUZA, TP; MACERATA, IM. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *AYVU - Rev de Psicologia* 2015;1(2):03-23. Disponível em: <http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/25/22>. Acesso em: 05.11.2018.
  23. LOUZADA, LO. (Dissertação). Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP, Rio de Janeiro. 2015.
  24. SILVA, CC. (Dissertação). Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2013.
  25. ABREU, D. (Dissertação). Pessoas em situação de rua, uso de drogas e Consultório de Rua. Centro de Ciências da Saúde – UFSC, Florianópolis. 2013.
  26. BORYSOW, IC; CONILL, EM.; FURTADO, JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(3):879-90. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002300879](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300879) Acesso em: 25.03.2019
  27. SANTOS, M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 20ª ed., Rio de Janeiro: Record, 2011.
  28. AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
  29. COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. AMARANTE, P. D. de C. (Org.). In: *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000. p.141-68.
  30. CERTEAU, M. A invenção do cotidiano: as artes do fazer. Petrópolis: Ed. Vozes; 1994.

---

Artigo Recebido: 29.03.2019

Aprovado para publicação: 30.02.2020.

#### **Deidvid de Abreu**

Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Universidade Federal de Santa Catarina - RUA PROF. MARIA FLORA PAUSEWANG, S/N -TRINDADE - 88 036-800 – Florianópolis, SC – Brasil

Telefone: (48) 3271 8266

Email: [abreuddd@gmail.com](mailto:abreuddd@gmail.com)

---