Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

# *"Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais"*

*por*

***Laila Oliveira Louzada***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elyne Montenegro Engstrom*

*Rio de Janeiro, abril de 2015.*

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***"Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais"***

*apresentada por*

***Laila Oliveira Louzada***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.ª Dr.ª Pilar Rodriguez Belmonte

Prof.ª Dr.ª Alda Maria Lacerda da Costa

Prof.ª Dr.ª Elyne Montenegro Engstrom – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 16 de abril de 2015.*

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L895a Louzada, Laila Oliveira
Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do munícipio do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. / Laila Oliveira Louzada. -- 2015.
129 f. : il. ; mapas

Orientador: Elyne Montenegro Engstrom
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Moradores de Rua. 4. Medicina Geral. 5. Equidade. 6. Promoção da Saúde. 7. Saúde da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098153

**AGRADECIMENTOS**

Aqui gostaria de agradecer pessoas incríveis que fizeram e fazem parte da minha vida, e que foram fundamentais em minha formação e na constituição de quem eu sou. Agradeço a minha família querida, que por mais ausente que eu possa ser nunca desistem de mim. Minha mãe, Vanyr, obrigada pelo seu amor e zelo, você certamente foi a primeira pessoa que me ensinou a cuidar e me fez criar gosto pelo cuidado. Meu pai, Pedro, homem honesto e justo, me ensina diariamente os valores mais preciosos que levo para a vida toda. Ao meu irmão Rômullo, obrigada por me desafiar desde criança a ser uma pessoa mais sagaz, agradeço também pelo carinho e o incentivo. Ariane, prima-irmã, obrigada pela paciência e pelas boas palavras de sempre. Ao meu companheiro, amigo e marido, Márcio, obrigada por sempre estar disponível para me ouvir, acolher as minhas loucuras, os meus projetos e compartilhar mundos diferentes que tanto me ensinam. A sua presença tem sido um apoio e uma grande fortaleza, te amo, obrigada! Às minhas queridas avós Marias que me ensinaram desde cedo a ter fé, a ajudar as pessoas e ser mais humilde. Ao meu avô Plínio (in memorian), exemplo de força e personalidade, sempre com o bom humor mostrou a importância de cativar as pessoas e tê-las sempre por perto. À minha madrinha Vera, que me apresentou a biologia, sempre com dedicação e paciência, o seu interesse pelo aprendizado me incentivou a continuar buscando novos conhecimentos. À Amanda, companheira desde residência em SF, obrigada pela amizade e apoio.

Agradeço à equipe de Consultório na Rua do Centro, ou melhor ao Pop Rua, por todo aprendizado adquirido neste serviço. Obrigada Iacã, meu amigo, por me ensinar tanto sobre a Rua e por nunca "largar o osso", sempre do nosso lado, seja como gerente, apoiador, pesquisador, enfim...ele está por perto! À minha amiga Cláudia, que costumo dizer "aquela que me ensinou mais do que a faculdade", obrigada por compartilhar as suas descobertas, ideias e paixões, certamente o seu apoio foi fundamental para que eu escolhesse continuar neste trabalho. Ao amigo Sebastian por estar sempre ali para o que der e vier, a sua disponibilidade e paixão pelo cuidado são exemplos que levarei para o resto da vida. Aos companheiros, Mosca, Ana Maria, Cléo, Lucia, Julio, Elias, Daniel Elia, Clarisse, Gizelly, Luciana Marins, Gervásio, estamos juntos e misturados!

Agradeço a minha turma de mestrado, onde conheci lindas pessoas, apaixonadas

pela APS, e que levarei sempre comigo. Bando, obrigada por sempre deixarem as coisas mais possíveis e estarem sempre presentes. Aos professores Cadu, Carlos Otávio, e especialmente a minha querida orientadora Elyne Engstrom pela paciência, disponibilidade, carinho e compreensão sempre.

Enfim, não poderia deixar de agradecer ao povo da rua, que me ensina há mais de 6 anos a olhar para o mundo de outro jeito, a ver a potência da vida e de cada pessoa, a capacidade que temos de lidar com os limites e a nossa responsabilidade em provocar/produzir mudanças. Agradeço aos usuários que tive a oportunidade de conhecer e pensar outros modos possíveis de cuidado.

**SUMÁRIO**


1. INTRODUÇÃO ..... 13
2. JUSTIFICATIVA ..... 23
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO ..... 26
3.1 A implantação das eCnR no centro da cidade do Rio de Janeiro ..... 26
3.2 Histórico do processo de trabalho da eCnR do centro da cidade do Rio de Janeiro ..... 28
4. REVISÃO DE LITERATURA ..... 35
4.1 Os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) e o Consultório na Rua ..... 35
4.2 A equidade e as políticas de inclusão da população em situação de rua ..... 40
4.3 O cuidado e a clínica ampliada ..... 47
5. OBJETIVOS ..... 54
5.1 OBJETIVO GERAL ..... 54
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 54
6. METODOLOGIA ..... 55
7. RESULTADOS ..... 62
7.1 A Clínica do Território ..... 62
7.2 A complexidade dos casos e sua relação com o cuidado da eCnR ..... 67
7.3 O paradigma para o cuidado: Autonomia ou Tutela ..... 72
7.4 Vínculo e sua relação com o modelo de atenção da eCnR ..... 75
7.5 Clínica Ampliada e compartilhada: a subjetividade para o cuidado ..... 81
7.6 Solidão da equipe de Consultório na Rua ..... 90
8. DISCUSSÃO ..... 98
9. CONCLUSÃO ..... 113
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 115
11. ANEXO I ..... 123

## RESUMO

**Introdução**: políticas públicas voltadas para a organização da atenção primária à saúde (APS) para população em situação de rua (PSR), grupo vulnerável e heterogêneo em sua composição e necessidades, foram estruturadas recentemente (partir de 2012) e tem reconhecido as equipes de Consultório na Rua (eCnR) como essenciais no sistema de saúde. Desde então, implantam-se no país algumas destas equipes, cujas práticas ainda são pouco estudadas.
**Objetivo**: analisar as concepções de cuidado que norteiam as práticas das duas primeiras eCnR da cidade do Rio de Janeiro.
**Metodologia**: estudo qualitativo, desenvolvido a partir da análise de conteúdo de relatos dos profissionais (n=16) em 14 encontros realizados entre abril de 2013 a março de 2014, considerados como grupos focais. Tais encontros surgiram de uma iniciativa de gestão local, da necessidade de apoio institucional e para validar suas diretrizes de trabalho. Houve um roteiro, perguntas disparadoras e gravação dos encontros, que foram transcritos, sistematizados, com a construção de um novo corpus para a presente análise, considerando como eixo, as práticas clínicas. As categorias de análise foram a clínica de território; a complexidade dos casos; autonomia ou Tutela na prática clínica; o vínculo para o modelo de atenção da eCnR; o exercício da Clínica Ampliada pelas equipes; a solidão da eCnR na relação com as Redes.
**Resultados**: todas as categorias de análise dialogaram com o eixo central do estudo – o modelo de atenção e da clínica e apontam para novos paradigmas, onde o sujeito e seus territórios são centrais para a produção do cuidado. Tornou-se evidente a potência do consultório na rua, tanto para atenção, promoção à saúde e prevenção quanto para a formulação de novos arranjos institucionais pensados a partir da realidade e das características do território. Estas equipes apostam no vínculo como base para a construção do cuidado ao usuário, sendo o acolhimento e a escuta ferramentas essenciais para a clínica que se estrutura a partir de um olhar ampliado sobre o território de vida e de relações dos sujeitos. A rua é considerada espaço de cuidado e os seus recursos são valorizados e incluídos como elementos para a construção da clínica ampliada. O manejo clínico de casos e situações complexas no cotidiano de trabalho das eCnR requer um exercício contínuo de construção de estratégias de cuidado possíveis, dentro da realidade concreta, considerando as situações de riscos e vulnerabilidades presentes e que atravessam a vida na Rua. Há que se construírem, também, novas concepções clínicas que superem a visão apenas biológica, curativa, intervencionista, mas que incluam as subjetividades e promoção de autonomia dos sujeitos. A discussão de autonomia e tutela está relacionada a um posicionamento ético no cuidado e com a lógica de atenção que se quer produzir. Foram identificadas, também, algumas dificuldades para se construir a integralidade e coordenação da atenção, diante da fragilidade da rede de atenção, e barreiras de acesso à população em situação de rua existente nos diferentes níveis de atenção.
**Conclusão**: em sintonia com as políticas da APS, as eCnR reforçam a essência do SUS integral e equânime para esta população de extrema vulnerabilidade. O trabalho da eCnR traz uma percepção de cuidado que ultrapassa a relação profissional-usuário, pois está inserida em um contexto muito mais abrangente, clínico e político, que envolve modelos de atenção e de gestão, onde a clínica ampliada torna-se o referencial teórico-prático mais próximo do que se pretende construir. Nestes contextos, persistem os

desafios relacionados ao suporte logístico e apoio institucional e de gestão para construção de redes à PSR.

**Palavras Chave:** Atenção Primária em Saúde, Cuidado, População em Situação de Rua**,** Clínica, Território.

**ABSTRACT**

**Introduction:** public policies for the organization of primary health care (PHC) to people in homeless situation (PHS), vulnerable and heterogeneous group in its composition and needs, were structured recently (as of 2011) and have recognized consultation offices in the streets (COS) as essential in the health system. Since then, some of these teams were implanted in the country, whose practices are still poorly studied.

**Objective:** To analyze the care conceptions that guides the practice of the first two COS of the city of Rio de Janeiro.

**Methodology:** qualitative study, developed from content analysis of professionals reports (n = 16) during 14 meetings between April 2013 to March 2014, considered as focus groups. Such meetings arose from a local management initiative, the need for institutional support and to validate their work guidelines. There was a script, triggering questions and recording the meetings, which were transcribed, systematized, with the construction of a new corpus for the present analysis, considering clinical practices as an axis. The analysis categories were the territory clinic; the complexity of the cases; autonomy or Trusteeship in clinical practice; the link to the care model of the COS; the exercise of Enlarged Clinic by the teams; the loneliness of COS in relation to the networks.

**Results:** all categories of analysis dialogued with the central axis of the study - the model of care and clinical and point to new paradigms, where the subject and its territories are central to the production of care. It became evident the power of the consultation office on the street, both for attention, health promotion and prevention as for the formulation of new institutional arrangements designed from the reality and the characteristics of the territory. These teams are betting on bond as the basis for the construction of care to the user, being the host and listening essential tools for the clinic that is structured from a look magnified over the territory of life and relationships of the subjects. The street is considered care space and resources are valued and included as elements for the construction of extended clinic. The clinical management of cases and complex situations in the daily work of COS requires continued building exercise of possible care strategies within the concrete reality, considering the situations of risks

and vulnerabilities present in life on the streets. It should be built also new clinical concepts that go beyond just biological, curative, interventionist vision, and encompass subjectivities and promotion of personal autonomy. The discussion of autonomy and protection is related to an ethical position in the care and attention of logic that wants to produce. There were also identified some difficulties in building completeness and coordination of care, given the fragility of the care network, and population access barriers in homeless situation in the different levels of care.

**Conclusion:** in line with the PHC policies, COS reinforce the essence of full and equal SUS for this population of extreme vulnerability. The work of COS brings a sense of care that goes beyond the professional-user relationship as it is part of a much broader context, clinical and political, involving models of care and management, where the extended clinic becomes the theoretical-practical framework closer than it intends to build. In these contexts, persist challenges related to logistical support and institutional support and management for building networks to the PHS.

**Key Words:** Primary Health Care, Care, People in Homeless situation, Clinic, Territory.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ASS – Agente Social de Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CER – Coordenação de Emergência Regional

CMS – Centro Municipal de Saúde

eCnR – equipe de Consultório na Rua

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

PSR – População em Situação de rua

PSF – Programa de Saúde da Família

RD – Redução de Danos

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

**LISTA DE QUADROS, MAPAS E FIGURAS**

**Quadro 1 –** Das Categorias analíticas e seus conceitos 60

**Figura 1 –** Diagrama explicativo sobre a configuração da eCnR 27

**Mapa 1 –** Território do centro com a rede de apoio a população de rua 28

**Quadro 2 –** Das convergências e divergências nas falas dos profissionais 97

## 1. INTRODUÇÃO

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerado, internacionalmente, a estratégia adotada para organização dos sistemas nacionais de saúde, tendo na conferência de Alma Ata realizada em 1978, evento que representou o primeiro marco histórico para definição de novas bases para APS. Esta conferência mobilizou inúmeros atores em torno da busca por respostas para as desigualdades em saúde e a necessidade de mudança do paradigma no pensar e operar no campo da saúde. O documento intitulado "Declaração de Alma-Ata", evidenciou os valores de "justiça social, direito à melhor saúde para todos, participação e solidariedade", além de definir uma concepção de Atenção Primária abrangente que se contrapôs ao enfoque seletivo baseado na oferta de uma cesta de ações voltado para os principais problemas de saúde dos países mais pobres (OPAS/OMS, 1978).

No Brasil, a APS passou a ser designada "Atenção Básica"[1] durante o processo da reforma sanitária e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ganhando evidencia na reorientação do modelo assistencial vigente (GIOVANELLA, 2012). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), este nível de atenção se configura como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e caracteriza-se por:

> *"um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades*" (BRASIL, p. 19, 2011).

O país adotou a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, com a intenção de impulsionar o processo de mudança do modelo assistencial tradicional biomédico e centrado na doença (BRASIL, 2011). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) estrutura a atenção a partir da atuação de

[1] . O termo Atenção Básica (AB) tem sido adotado no Brasil para designar à Atenção Primária à Saúde (APS). Utilizaremos neste estudo os dois termos como equivalentes.

equipes multiprofissional, considerando os fundamentos e diretrizes propostos para Atenção Básica de territorialização, acesso universal, continuidade da atenção, coordenação do cuidado, integralidade e participação popular (BRASIL, 2011).

Um dos imperativos à melhoria dos padrões de vida de um país está alicerçado na capacidade de seus habitantes acessarem os direitos básicos, dentre eles, a saúde, que na constituição de 1988 foi definida como sendo direito de todos os cidadãos e dever do Estado (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), regulado a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90), foi estruturado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção, marcando um importante passo para a conquista deste direito constitucional (BRASIL, 1990). No entanto, o país é caracterizado por extrema desigualdade social, econômica e de distribuição de recursos e investimentos em saúde, que geram iniquidades em saúde importantes (BUSS, 2006).

Segundo Buss (2006) as iniquidades em saúde são produzidas e reforçadas pelo modo como se organiza a vida social, o que faz com que a explicação de suas causas seja uma análise complexa e multifatorial. A interferência das condições sociais e econômicas sobre a produção de saúde e doença em uma sociedade é algo extremamente relevante e conhecido, porém o estabelecimento de uma determinação hierárquica dos fatores globais de origem econômica, social e política sobre as situações de saúde de um determinado grupo ou população, ainda é um desafio. O autor afirma, que após a superação de um determinado nível de PIB per capita, as iniquidades em saúde estão mais fortemente relacionadas à distribuição da renda e dos recursos de um país do que necessariamente o total de riqueza produzido nele.

Considera, ainda, que no caso do Brasil, as grandes iniquidades em saúde são provenientes tanto da distribuição desigual de renda quanto a existência de grandes segmentos da população vivendo em extrema pobreza, que impossibilita acesso às mínimas condições e bens essenciais à saúde (BUSS, 2007). Tal assertiva é ainda mais presente e impactante em grupos vulneráveis como, por exemplo, na população em situação de rua, que apresenta grandes dificuldades de acessar os direitos básicos à vida, como saúde, educação, trabalho, moradia, etc. A pobreza, aqui é interpretada não apenas pela falta de acesso a bens materiais, mas também a escassez de oportunidades e

possibilidades de opinar sobre diferentes alternativas de vida, dificuldade de se posicionar em uma sociedade, bem como a grande vulnerabilidade que apresenta diante de imprevistos (BUSS, 2007).

Starfield (2002) considera equidade ou justiça um princípio ético, portanto qualquer sistema de saúde ou política de saúde que pretenda ser ético deve ter como diretriz, a *equidade*. A autora afirma que o alcance de equidade na saúde requer a redução de iniquidades sistemáticas nos determinantes de saúde, incluindo as disparidades no acesso e prestação de serviços. Os meios estabelecidos para diminuir tais iniquidades exigem "diferentes abordagens em diferentes grupos sociais, de acordo com suas diferentes necessidades" (STARFIELD, 2002).

Neste sentido, uma das estratégias encontradas no país para responder ao princípio de universalidade e equidade do SUS, pode ser representada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) que estabelece a implantação de equipes para populações específicas que requerem do sistema de saúde, uma reorientação de suas práticas para terem acesso à saúde. Dentre elas, a equipes de atenção básica voltada exclusivamente para o cuidado à população em situação de rua, denominada equipes de Consultório na Rua (eCnR).

A população em situação de rua representa um segmento populacional marcado por inúmeras vulnerabilidades sociais, sendo considerada por alguns autores como um "fenômeno" dos grandes centros urbanos, intimamente relacionado aos modos de produção e organização da sociedade capitalista, que exacerbam e reproduzem os processos de exclusão e desigualdades econômicas e sociais (SILVA, 2009). Apresentam grandes dificuldades de acessar os direitos básicos à vida, não são incluídos nos censos populacionais e estão fortemente vinculados à imagem estereotipada da criminalidade e promiscuidade na cidade. A pouca participação e representatividade que esta população possui nos espaços decisórios comprometem a formulação de políticas públicas que dialoguem e respondam às suas complexidades e necessidades.

As eCnR foram pensadas a partir de experiências da ESF sem domicilio e consultório *de* rua que existiam no país, como a cidade do Rio de Janeiro. As equipes de *Consultórios de Rua* são formadas por profissionais de saúde mental que surgiram, a partir da experiência de trabalho de redução de danos em Salvador, em 1999, realizada

pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) ligada a Universidade Federal da Bahia (UFBA). Estes dispositivos constituem:

> "*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 Inter setorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania"* (BRASIL, 2010, p.10).

Após o surgimento da portaria 122/2012 do MS sobre a implantação das eCnR, houve grande incentivo por parte do Ministério da Saúde para que as equipes de Consultório *de* Rua, se adequassem dentro das tipificações exigidas pela referida portaria e tornassem Consultório *na* Rua. A mudança de nomenclatura - *de* para *na* - apesar de sutil implicou na junção/mistura das lógicas de atenção, da saúde mental e da atenção básica, o que geraria a ampliação de recursos para lidar com as complexidades dos casos e do território. As equipes de Saúde da Família voltadas para a população em situação de rua, como a ESF sem domicilio, passaram por mudanças significativas em seu processo de trabalho, uma vez que as equipes ganharam profissionais de saúde mental, e a redução de danos evidenciou-se como uma estratégia e direção de cuidado às pessoas em situação de rua (PSR).

Desse modo, as eCnR são equipes da atenção básica que integram a rede de atenção psicossocial atuando in loco, de maneira itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, e quando necessário, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012). A mesma portaria estabelece que os municípios receberão incentivo financeiro do Ministério da Saúde específico para as eCnR, que podem variar de acordo com as três modalidades de equipes preconizadas. E ainda estabelece o mínimo de 80 e máximo de 1000 pessoas em situação de rua para cada equipe. As modalidades foram pensadas de acordo com a composição profissional, tais como: modalidade I refere-se à

equipe composta por no mínimo quatro profissionais, dois de nível superior (exceto médico) e dois de nível médio; a modalidade II é formada por no mínimo seis profissionais, sendo três de nível superior (exceto médico) e três de nível médio; a modalidade III diz respeito à equipe composta minimamente pelos profissionais previstos na modalidade II, acrescido do médico. As categorias - enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional - foram definidas pela portaria como opções profissionais de nível superior, já as de nível médio são: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012). Cabe salientar que o quantitativo de profissionais, bem como o acréscimo de determinada categoria, pode ser definido pelo município de acordo com as especificidades locais.

A APS da cidade do Rio de Janeiro experimentava desde 2010, modificações na organização da atenção à PSR, com o projeto Saúde em Movimento nas Rua que previa a implantação de duas equipes de ESF para população em situação de rua e Consultório de Rua. Estas equipes surgiram da integração da atenção básica e saúde mental, experiência que contribuiu para se pensar futuramente na constituição das equipes de Consultórios na Rua, pelo Ministério da Saúde.

O projeto Saúde em Movimento nas Ruas[2] foi elaborado por gestores municipais e profissionais de saúde, a partir da interlocução com representantes de ONGs e movimentos sociais que trabalham com a população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro. Estabelecia a ampliação do acesso deste público na rede de serviços do SUS e inter setorial, a partir da implantação de duas equipes de saúde compostas por profissionais da ESF e de saúde mental que compõem o Consultório *de* Rua. Tais equipes foram implantadas em setembro de 2010, inseridas no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz (CMSOC) da SMS/RJ na área programática 1.0, que corresponde à região do centro da cidade e alguns bairros vizinhos, como Santa Tereza, Gamboa, Santo Cristo e São Cristóvão.

Com o surgimento da portaria 122/2012 estas equipes, conhecidas como "PSF Pop Rua" passaram por algumas adequações, principalmente em relação ao quantitativo de profissionais, sendo credenciadas como eCnR em março de 2013. Cabe salientar que

[2] O projeto Saúde em Movimento nas Ruas foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 2010 com o objetivo de implantar no município serviço de atenção básica voltada para a população em situação de rua, com profissionais previstos pela equipe mínima da Saúde da Família e profissionais de Saúde Mental previstos pelo projeto de Consultório de Rua do Ministério da Saúde.

outras eCnR surgiram na cidade, a partir de 2011, em regiões que apresentam grande quantitativo de população em situação de rua, como em Manguinhos, Jacarezinho, Antares.

Neste estudo, utilizaremos a experiência de trabalho das duas equipes CnR da região do Centro da cidade do Rio (Área Programática –AP- 1.0), visando discutir as práticas de cuidado à PSR pela atenção primária. Estas equipes foram as primeiras nessa modalidade de cuidado na cidade, sendo compostas por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente social e técnico de enfermagem. O processo de trabalho foi organizado de modo a articular as ações nas ruas do centro da cidade e a base fixa localizada no CMS Oswaldo Cruz. Os profissionais trabalham de maneira integrada na rua e na sede, realizando constantemente: a identificação da população em situação de rua no território de abrangência; o mapeamento dos principais grupos e perfis da população; a aproximação e acolhimento dos usuários; atendimentos individuais e coletivos; oficinas e grupos terapêuticos; ações de prevenção dos principais agravos, principalmente tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, ações de promoção da saúde que contemplem a articulação com outros setores, movimentos sociais, órgãos e instituições não governamentais que atuam na defesa dos direitos humanos.

Desde a sua implantação, em 2010, foram identificadas algumas dificuldades para garantir a qualidade e continuidade do cuidado a esta população, especialmente, em função da extrema vulnerabilidade social e de saúde em que se encontram, fragilidades da rede de atenção, e intensa migração dos usuários pela cidade, promovido tanto pela busca de sustento, abrigo ou trabalho, quanto por ações forçadas ou compulsórias realizadas por órgãos do Estado. O centro é uma das regiões, assim como zona sul, onde ocorrem mais fortemente as ações de "recolhimento" da população em situação de rua,[3] o que gera grande impacto no acompanhamento à saúde destas pessoas e graves situações de violência. Segundo alguns autores, tratam-se de práticas realizadas historicamente pelo Estado, cujo maior objetivo é realizar uma limpeza social e étnica na cidade (MUÑOZ, 2009).

[3] (Termo utilizado para expressar a retirada compulsória da população em situação de rua e ou/ usuários de crack e outras drogas. Matéria do Jornal o Globo intitulada: "MP: Recolhimento de adultos usuários de Crack é ilegal" em 13/10/2012).

Desde a década de 30, têm-se registros do processo de discriminação e "higienização" dos centros urbanos com a retirada forçada da população em situação de rua (MUÑOZ, 2009). Nos tempos atuais, a realização de grandes eventos internacionais na cidade do Rio de Janeiro, como, Jornada Mundial da Juventude, Copa do Mundo geram a repetição das mesmas estratégias de "higienização", que são presenciadas pelas eCnR ao atuarem no território e lidarem constantemente com este público. Estas ações produzem danos físicos, mentais e sociais aos indivíduos e famílias que são, muitas vezes, levados involuntariamente e por meios violentos, para regiões periféricas da cidade, onde localizam grandes abrigos da prefeitura. Além disso, o "recolhimento" causa interrupções no acompanhamento de saúde e tratamentos já estabelecidos com os usuários do Consultório na Rua.

Outra grande dificuldade encontrada, especialmente pela eCnR do centro, refere-se à ausência até o presente momento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como insuficiência de equipamentos da assistência social, como abrigos, casas de acolhidas e hotéis populares na AP 1.0. Tal fragilidade da rede de saúde e intersetorial limita a construção de ações em saúde mais resolutivas.

Segundo a PNAB (2011), as eCnR devem atuar "sempre articulando e desenvolvendo ações em parcerias com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos CAPS, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil" (BRASIL, p. 62, 2011). Desse modo, para efetivar atributos da APS integral, é preciso a ampliação das estratégias de cuidado, envolvendo a população e outros setores, que não só o da saúde, já que existe clareza de que as questões sociais e de saúde estão profundamente imbricadas e o setor saúde sozinho não consegue enfrentá-las (BODSTEIN, 2009).

> "*A **intersetorialidade** é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população*" (BRASIL, 2009).

No entanto, são vários os desafios para a implementação de ações e atividades intersetoriais, pois exigem além do diálogo entre os diferentes atores, a pactuação de uma agenda integrada, capaz de conciliar interesses e prioridades políticas. Apesar de nenhum setor ser desfavorável ao desenvolvimento social, o que facilita as negociações nos espaços da macro política, estes acordos e parcerias tornam-se difíceis de serem sustentados na prática, tanto para a elaboração de ações pontuais e de curto prazo quanto às ações mais estruturadas (MAGALHÃES & BODSTEIN, 2009). Desse modo, a Promoção da Saúde torna-se uma importante resposta a esses desafios, na medida em que considera a saúde como uma prática socialmente construída que deve ser compreendida dentro de um enfoque institucional e estratégico, levando-se em conta os contextos onde os atores sociais estão inseridos (BODSTEIN, 2009).

Para lidar com a complexidade dos casos atendidos e os limites da rede de atenção local, foi preciso que às eCnR do centro construíssem metodologias de trabalho que possibilitassem a educação permanente, o matriciamento entre os próprios profissionais do serviço, e estabelecesse espaço diário de discussão de casos e elaboração de projetos terapêuticos singulares. Foram criados, também, fóruns intersetoriais com os serviços do território, para discussão do cuidado da PSR, a partir das situações vivenciadas no cotidiano, o que possibilitou maior integração entre os setores, e a inserção de diferentes olhares na condução dos casos.

À medida que a eCnR estruturava o trabalho na rua e na sede e com a rede de serviços, a equipe ficava mais "conhecida" tornando-se, aos poucos, referência para a população de rua do centro. Assim, paulatinamente, aumentaram a procura por atendimentos, tanto por demanda espontânea quanto por encaminhamentos de outras unidades de saúde e da assistência social. As principais demandas atendidas no Consultório na Rua do Rio de Janeiro são semelhantes às identificadas por outros serviços que atendem este público. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, Carneiro Junior (1998), destaca as principais demandas, como sendo: a procura por cuidados de enfermagem, principalmente curativos por problemas vasculares em membros inferiores e outros tipos de ferimentos provocados por agressões físicas; atendimento de serviço social; pedidos de alojamento e alimentação. Destaca, ainda, os principais diagnósticos

médicos relacionados à dependência alcoólica, doenças pulmonares (incluindo Tuberculose) e úlceras e/ou dores nos membros inferiores.

De acordo com a pesquisa nacional sobre o uso de crack, realizada pelo Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2014, foram identificados problemas na boca, sintomas de Doença Sexualmente Transmissível (DST), sintomas de Tuberculose (TB), como os principais aspectos de saúde auto referidos pelos usuários de crack. No entanto, o estudo evidencia que grande maioria dos usuários relatam apresentar um bom estado de saúde, o que demonstra certa "naturalização" das condições de vida e saúde que a maioria apresenta, uma vez tal percepção é atravessado não apenas por critérios objetivos, como a presença de uma doença física, mas também subjetivos e singulares (BRASIL, 2014).

Em janeiro de 2013, as eCnR do centro ultrapassaram o máximo de usuários cadastrados previstos, atingindo aproximadamente 2500 para cada equipe, enquanto a portaria ministerial 122/2012 estabelece até 1000 usuários cadastrados por equipe. Diante disso, foi necessário repensar a organização do processo de trabalho das equipes, resgatando a intencionalidade política do consultório na rua de estimular a construção de redes de atenção nos territórios, e ampliar, assim, o acesso desta população ao SUS. A partir do intenso trabalho de implicação de outros serviços, especialmente as unidades de saúde da família para acolher a população em situação de rua do território, tornou-se importante discutir e identificar, neste processo, quais ferramentas clínicas/organizacionais foram construídas para lidar com este público.

O cuidado à população em situação de rua foi o objetivo central de discussão do presente estudo, estruturado a partir do reconhecimento dos desafios de ampliação do acesso deste público à saúde, incorporação de novas práticas assistenciais e organizativas que permitam o exercício da equidade nos serviços de saúde e nas redes de atenção intersetoriais. Foram analisadas as práticas de cuidado à população em situação de rua, realizada pelas eCnR do centro que apontam para o exercício da clínica ampliada na intenção de contribuir para a discussão do cuidado na atenção primária. Partimos da seguinte pergunta para a realização do estudo: de que maneira as práticas e concepções do trabalho da eCnR podem contribuir para a qualificação da atenção à

população em situação de rua e ampliação do cuidado na APS? Outros questionamentos nortearam esta discussão, como por exemplo: quais concepções de território e cuidado perpassam as práticas no Consultório na Rua? Quais limites encontrados na prática para ampliação do acesso à população de rua à rede de atenção à saúde? O que tem sido feito para superar ou lidar com estes limites? Quais desafios para o processo de vinculação à equipe e às propostas terapêuticas? Quais habilidades técnicas e relacionais são importantes para lidar com estes contextos? Quais as estratégias encontradas para potencializar a interdisciplinaridade e a corresponsabilização no cuidado?

Consideramos que o cuidado à população em situação de rua convoca o profissional a repensar e problematizar os modelos de atenção vigente, e pode disparar na atenção primária a busca por novos conhecimentos, fortalecer os espaços de educação permanente, e criação/invenção de outras formas de cuidado dentro do contexto de vida de cada sujeito. Supomos que o "manejo" com o território da rua, compreendido não apenas por seus aspectos concretos e geográficos, mas também, subjetivo e relacional, impõe a necessidade de ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença e a construção de novas formas de se produzir cuidado, deslocada da concepção estritamente biológica e biomédica. Consideramos, ainda, o exercício da clínica necessariamente um ato político, na medida em que o cuidado está implicado com uma nova forma dos sujeitos ocuparem os espaços públicos, usufruir de seus direitos e de autonomia para habitarem a cidade.

## 2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi motivado pela minha experiência como enfermeira e gestora no Consultório na Rua (CnR) do centro da cidade durante o período de setembro de 2010 a dezembro de 2013. Nesse cenário, coube à equipe estruturar seu processo de trabalho com autonomia e responsabilização, produzindo suas próprias alternativas para o cuidado da população em situação de rua. A riqueza desta experiência suscitou o interesse em sistematizá-la, analisando as práticas clínicas dos profissionais e as suas contribuições para a produção do cuidado na atenção primária.

Percebe-se um aumento de estudos relacionados à população em situação de rua, possivelmente em função da maior visibilidade política que esta população ganhou a partir da implantação da Política Nacional de População em Situação de Rua (BRASIL, 2009). Tal política evidencia que este público necessita de ações não restritas a um setor específico, tradicionalmente à assistência social, mas construídas a partir da articulação e envolvimento de outros setores, como educação, saúde, habitação, trabalho e renda, cultura e lazer (BRASIL, 2009).

No que diz respeito ao direito à saúde, a inclusão da população em situação de rua na rede de serviços do SUS vem ganhando maior evidencia com o processo de expansão da estratégia de saúde da família no país, e mais recentemente, com o surgimento da portaria 122/2012 que estabelece a implantação de equipes de Consultório na Rua (eCnR). Neste contexto, há necessidade de identificar as contribuições das eCnR para a qualificação do cuidado prestado à população em situação de rua e para os modos de organizar e produzir saúde na atenção primária. A realização de estudos que exploram as experiências do trabalho em saúde nestes cenários torna-se extremamente relevante e proveitosa para a discussão do exercício da equidade no SUS, a construção da clínica pautada nas potencialidades e subjetividades dos sujeitos e seus territórios, em suas mais variadas formas de se apresentar na cidade. A rua passa a ser incluída e considerada de maneira mais evidente enquanto um território de vida, de construção de subjetividades, e espaço, também, de cuidado e atenção do sistema de saúde.

Retomando a motivação empírica do presente estudo, historicamente este público apresenta grandes dificuldades de acessar os serviços de saúde, especialmente da atenção primária. Percebe-se a existência de vários critérios estabelecidos pelas unidades básicas que muitas vezes inviabilizam o seu atendimento como, por exemplo, exigência de documentação, comprovante de residência, necessidade de respeitar rigorosamente os horários específicos para agendamento das consultas, etc. Quando conseguem atendimento, quase sempre não são acompanhados pelas equipes, uma vez que são considerados na maioria das vezes "usuário fora da área de abrangência", transeuntes, o que dificulta o seu cadastramento, abertura de prontuário e continuidade da atenção.

Estes são uns dos inúmeros impasses que caracterizam a fragilidade na implementação das diretrizes políticas de inclusão desta população nos serviços públicos de saúde. Isto torna a discussão desta temática importante para o processo de desconstrução de alguns pressupostos socialmente construídos e amplamente difundidos no setor saúde que corroboram com o processo de exclusão da população em situação de rua no SUS, como por exemplo: a ideia de que estas pessoas não conseguem se vincular às equipes e serviços de saúde; que não aderem a tratamentos e propostas terapêuticas; que não se preocupam com o autocuidado; que são violentos e todos são usuários abusivos de álcool e outras drogas e, portanto precisam de tratamento especializado e/ou internação. Os estigmas e rótulos associados a esta população, circulam e ganham força em diversos espaços da sociedade, inclusive nos serviços de saúde, mas devem ser problematizados, na medida em que proporcionam a segmentação deste grupo populacional e a permanência de um olhar estereotipado da sociedade (BRASIL, 2012). É comum observar nos profissionais de saúde a sensação de frustração ou incapacidade diante do usuário morador de rua, como se não fosse possível estabelecer ali alguma ação que tivesse efeito terapêutico, principalmente em função das condições de vida que ele se encontra, que na maioria das vezes são de alta vulnerabilidade social e saúde. Tais situações associadas à fragilidade das redes de serviços nos territórios dificultam também o acesso aos níveis secundário e terciário, bem como às instituições de apoio e abrigos (BRASIL, 2012).

Carneiro Junior (1998) considera que a realização de estudos voltados para a caracterização da população de rua permite entender melhor os seus problemas, os limites encontrados na prática de cuidado, e ainda contribui para a operacionalização de respostas mais adequadas para o estabelecimento de políticas públicas diferenciadas. Na última década houve um aumento do quantitativo de pesquisas no campo da saúde coletiva relacionadas à exclusão social e violação dos direitos na população que vive nas ruas (MINAYO, 2011).

Torna-se importante discutir os desafios inerentes a inclusão desta população na rede do SUS, e ainda, identificar as potencialidades e habilidades desenvolvidas pelas equipes que atuam nestes contextos para lidar com situações consideradas complexas e de difícil abordagem na atenção primária. Desse modo, pretendeu-se analisar as práticas de cuidado no consultório na rua, a partir das falas dos profissionais que ali atuam, discutindo as possíveis contribuições para as mudanças nas lógicas de atenção à saúde da população em situação de rua e na atenção primária, tendo como perspectiva o exercício da clínica ampliada. Consideramos esta discussão relevante não apenas para o campo teórico, mas também para a prática e qualificação da APS onde é possível observar os efeitos deste modelo de atenção.

## 3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Iremos aqui apresentar um breve histórico sobre o processo de implantação e organização das equipes de Consultório na Rua do centro da cidade do Rio de Janeiro, o que possibilitará maior compreensão do contexto do trabalho e dos relatos dos profissionais que posteriormente serão analisados pelo presente estudo.

### 3.1 A implantação das eCnR no centro da cidade do Rio de Janeiro

O munícipio do Rio de Janeiro vivenciou recentemente um processo de expansão de cobertura de ESF com a implantação das Clínicas da Família. Associado ao movimento de expansão da ESF tornou-se mais evidente a necessidade de se discutir e criar estratégias que possibilitassem o acesso das populações mais vulneráveis, e em situação de rua aos cuidados em saúde. Em 2009 o Ministério da Saúde considera o Consultório *de* Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - PEAD, e também em 2010, propõe este dispositivo no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010). Cabe salientar que o Consultório de Rua surge das experiências de redução de danos, especialmente em Salvador (BA), tendo como premissa o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em situações de alta vulnerabilidade social, atuando em seus contextos de vida e no território. Tal dispositivo valoriza um novo espaço de cuidado e interface das equipes de saúde mental com o território.

Neste contexto, foi constituído um grupo de discussão no munícipio do Rio de Janeiro sobre atenção à população em situação de rua formado por gestores, profissionais de saúde e representantes de ONGS e movimentos sociais que se reuniram e elaboraram o projeto “Saúde em Movimento nas Ruas” que consistia na implantação de equipes de Saúde da Família e do projeto de Consultório de Rua na cidade. Em setembro 2010 foi inaugurado o projeto Saúde em Movimento nas Ruas na área programática 1.0, com a contratação de profissionais de duas equipes mínimas de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde),

uma equipe de Saúde Bucal (cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal), e profissionais de saúde mental previsto pelo Consultório de Rua, são eles: uma musicoterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social. Todos os profissionais atuavam 40 horas semanais, exceto a musicoterapeuta e terapeuta ocupacional que atuavam 20 horas semanais.

O projeto Saúde em Movimento nas Ruas, nome que posteriormente foi conhecido como PSF Pop Rua inaugura na cidade uma nova modalidade de serviço de caráter *híbrido* fruto da junção da Saúde da Família e Consultório de Rua (MACERATA, 2013). Desse modo as ações previstas pela Saúde da Família, seriam complementadas pelos recursos e diretrizes clínicas do Consultório de rua que reforça a necessidade de orientar as práticas de saúde a partir do território, e a Redução de Danos como uma política estruturante da atenção em saúde. A incorporação da Redução de Danos na atenção básica contribui como mais um olhar, conjunto de saberes que potencializam a atenção a outras dimensões da saúde, que geralmente é destinada a saúde mental, "sob a forma de doenças, desvios e disfunções" (MACERTATA, 2013).

Inicialmente as duas equipes do PSF Pop rua atuavam em regiões distintas da AP 1.0, uma no centro da cidade e outra no bairro de São Cristóvão. Cada uma estava inserida em uma sede diferente que seria uma Unidade Básica de Saúde de referência para aquele território de atuação. Após aproximadamente dois meses de trabalho, onde foram mapeadas ambas as áreas, as equipes se juntaram em apenas uma sede, o CMS Oswaldo Cruz, localizada no centro, em função do quantitativo de população em situação de rua e maior apoio da gestão local.

A especificidade do trabalho destas equipes, somado ao fato de ainda não existir tal experiência na cidade, bem como poucas publicações e documentos ministeriais disponíveis sobre o trabalho em saúde com a população em situação de rua, produziram um cenário que permitiu grande autonomia do PSF Pop Rua para construir e gerir o processo de trabalho, a partir da realidade local. A presença na equipe de profissionais que apresentavam grande vivência e conhecimento sobre o trabalho com a rua no Rio de Janeiro e em outras cidades, como Belo Horizonte e Porto Alegre foram grandes alicerces para a implementação da PSF Pop Rua. Cabe salientar que o apoio do Fórum

Intersetorial de População Adulta em Situação de Rua do Estado do Rio de Janeiro, foi fundamental para o processo de implantação destas equipes.

Somente em 2013, as equipes foram oficialmente credenciadas como Consultório na Rua. O surgimento da portaria 122/2012 sobre eCnR impactou na ampliação de equipes voltadas para atendimento da população em situação de rua em outras áreas da cidade, como Manguinhos, Jacarezinho, Antares. O consultório na rua é um serviço da atenção primária que surge a partir das experiências do Consultório de rua, proveniente da saúde mental e da ESF para população em situação de rua, ou sem domicílio, conforme ilustração presente no Manual de cuidados junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012):

**Figura 1:** Diagrama explicativo sobre a configuração da eCnR

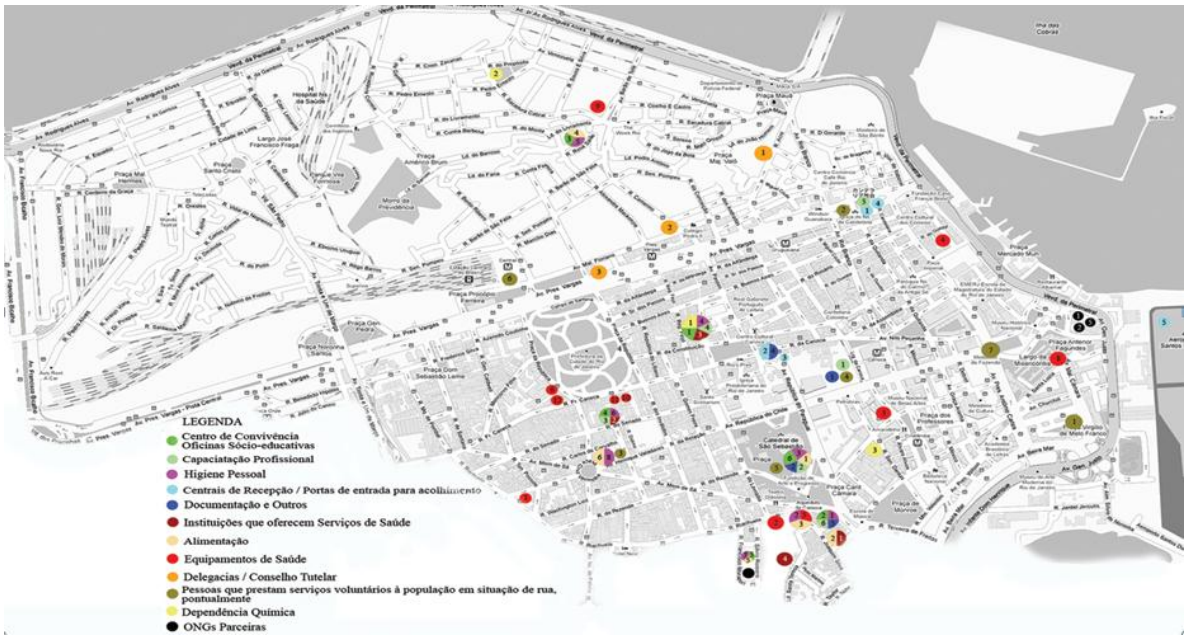
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012

### 3.2 Histórico do processo de trabalho da eCnR do centro da cidade do Rio de Janeiro

As equipes se organizaram a partir do conhecimento do território, com idas sistemáticas à rua, visita às instituições que atuam com a população em situação de rua e

reuniões tanto internas quanto externas com a rede de saúde e intersetorial e gestores. Inicialmente houve a necessidade de criar estratégias de atuação na rua, que possibilitassem a construção de uma cartografia do território, a partir da percepção da equipe em relação às dinâmicas e modos de vida na rua. Neste processo, foram mapeadas as áreas de concentração da população em situação de rua, com a identificação dos diversos grupos na rua, e de instituições, Organizações não Governamentais (Ongs), trabalhos que são realizados nestes locais e que compõem a rede de apoio social desta população, como representados abaixo no mapa produzido pela equipe. Nos primeiros meses de atuação, os profissionais se reuniam ao final do dia para discutir e sistematizar as "descobertas" na rua, as características, impressões sobre o trabalho, bem como compartilhar as situações vivenciadas, e os primeiros atendimentos realizados.

**Mapa 1:** Território do centro com a rede de apoio a população de rua




Fonte : http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/p/quem-somos.html

Os primeiros registros do trabalho produzido pelo cadastramento da população, diários de campos e relatórios de gestão foram utilizados na construção do diagnóstico situacional, documento que serviu de base para organização do processo de trabalho das equipes. O cadastramento da população em situação de rua sempre foi algo muito

problematizado pela equipe, pois deveria ser realizado de uma maneira processual, a partir da apropriação do território e da construção de uma relação com o usuário. A realização do cadastro foi facilitada à medida que a população já conhecia ou já tinha ouvido falar no serviço, ou seja, a partir da referência que a eCnR foi construindo no centro da cidade. A equipe utiliza, para o cadastro dos usuários, uma ficha A do SIAB adaptada com campos específicos, que permitem o registro de informações importantes para o cuidado da população de rua como, por exemplo: "pontos de parada", local onde dorme, instituições que visita ou utiliza, histórico de abrigamento, uso de drogas, etc. Nos primeiros três meses de atuação foram cadastrados 785 usuários. Após dois anos de implantação da eCnR havia aproximadamente 5000 usuários cadastrados. Cabe salientar que na portaria 122/2012 define-se no máximo 1000 usuários por equipe. Considerando a dinâmica desta população no território e complexidade dos casos atendidos por estas equipes, tornou-se impossível acompanhar todo este quantitativo de usuários.

A equipe chegou a receber na sede aproximadamente 80 usuários por dia, em um local com precária estrutura física que não foi adaptado para a realização deste trabalho. Uma vez que o CMS Oswaldo Cruz, é um prédio de 11 andares, onde a eCnR realiza o acolhimento dos usuários no térreo, e os atendimentos são realizados no 9º andar. A estrutura física dificulta a realização do trabalho, pois requer maior organização, atenção e presença de um grande número de profissionais constantemente na unidade para a realização do acolhimento, acompanhamento nos andares, bem como diálogo com o restante dos funcionários do CMS, na intenção de diminuir as possibilidades de conflitos.

Após o primeiro ano de trabalho, a grande quantidade de demanda espontânea, produzida pelo processo de construção do trabalho com a população de rua e com a rede, fez com que houvesse a necessidade dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem) permanecessem grande parte do tempo na própria sede. Com isso, estes profissionais apresentavam pouca disponibilidade na agenda para a realização do trabalho na rua, alguns relatam não conseguir sair da unidade devido a quantidade de atendimentos e situações graves sendo acompanhada no serviço. A saída destes profissionais de nível superior para a rua foi destinada, por muitos meses, somente para intervenção em situações também graves na

rua ou acompanhamento de internações. E com isso, os Agentes Sociais de Saúde (ASS) passaram a assumir uma função diferenciada na equipe, tornando os profissionais que permaneciam na rua grande parte do tempo, sendo diariamente matriciados pelo restante da equipe técnica, ganhando conhecimento técnico para identificar as situações de maior risco e gravidade na rua.

Percebeu-se, logo de início, que havia uma necessidade de estruturar as práticas a partir da interlocução do trabalho realizado na Rua, na Sede e na Rede de atenção. Estes campos foram identificados, inicialmente como frentes de atuação, mas aos poucos a equipe percebeu que estão interligados, de modo que os elementos da rua passam a fazer parte da organização da sede e que consequentemente devem ser considerados na construção dos fluxos com a rede. Deste modo, amplia-se a compreensão da Rua, Sede e Rede enquanto dimensões territoriais que se atravessam e se complementam.

O estabelecimento de espaços para a construção de conhecimento, compartilhar experiências e formular metodologias de trabalho foi imprescindível ao processo de organização do trabalho. A equipe organizava a agenda de modo a contemplar turnos para reunião de planejamento, matriciamento, discussão de casos e reuniões de grupos de trabalho: GT de educação e promoção da saúde; GT de fluxos e protocolos clínicos; GT de articulação com movimentos sociais. A gestão do processo de trabalho se construiu a partir da intensa participação e protagonismo dos profissionais, de modo em que as decisões e as ferramentas de trabalho eram construídas coletivamente nestes espaços de reuniões.

Este cenário de prática era novo na cidade, os profissionais precisaram criar novas estratégias de organização para o trabalho vivo e reflexivo, o que exigia autonomia para problematizar aquilo que era padrão e definido para o trabalho estruturado nos moldes da ESF. Cabe salientar que um importante espaço de produção de conhecimento e reflexão sobre a prática, foi constituído em 2013, com a presença de apoiadores institucionais, que auxiliaram na organização do grupo de discussão sobre as diretrizes de trabalho da eCnR do centro. As diretrizes clínicas e organizativas do trabalho, pensada inicialmente por uma profissional da equipe, foram posteriormente

sistematizadas em três eixos, a fim de facilitar a discussão pela equipe (território, clínica, produção de conhecimento), e expressam elementos importantes para o cuidado à população em situação de rua nestes cenários, tais como:

- **Território**

I. Estabelecer uma cartografia própria referente à 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 espaços de tratamentos diversos (rua, sede, rede) que respeitem a especificidade da questão a ser tratada/ a singularidade de cada demanda.

- **Clinica**

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 os profissionais 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.

- **Produção de conhecimento**

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.

A partir da elaboração destas diretrizes, foram construídos espaços no processo de trabalho da eCnR, destinado a reflexão sobre sua prática que proporcionaram a gravação de vários encontros, o que forneceu material importante para análises futuras, como o presente estudo e a recente publicação, com o apoio da Política Nacional de Humanização do MS, de documento técnico intitulado “diretrizes, metodologia e

dispositivos de cuidado no POP RUA" (BRASIL, 2014). A eCnR do centro experimentou a construção de um trabalho a partir da cogestão dos processos, construindo e potencializando espaços de troca e interlocução de saberes interdisciplinares, integrando também com a rede intersetorial e produzindo conhecimento a partir da concretude dos desafios e das conquistas do dia a dia de trabalho.

# 4. REVISÃO DE LITERATURA

## 4.1 Os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) e o Consultório na Rua

A 1º conferência internacional sobre cuidados primários em saúde realizada em Alma Ata, na antiga União Soviética, culminou na elaboração de um relatório denominado "Saúde para Todos no ano 2000". Este documento, também conhecido como declaração de Alma-Ata, representou o acordo de cooperação entre países para assegurar os cuidados primários a todos os povos, devendo atingir no ano 2000 um nível aceitável de saúde mediante o uso racional de recursos financeiros e investimento apropriado à atenção primária (OPAS/OMS, 1978). Neste documento foi evidenciado, também, o conceito de saúde enquanto um "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades" (OPAS/OMS, 1978).

Apesar desta ideia de saúde como um estado de completude apresentada pelo referido documento não ser viável, contribuiu para o processo de desconstrução de um modelo de saúde vigente biomédico hegemônico. A política internacional "Saúde para Todos em 2000" evidenciou o fortalecimento da APS em uma perspectiva abrangente e integral e ainda a necessidade de se estabelecer sistemas de saúde universais (OPAS/OMS, 1978). O trecho da Declaração de Alma-Ata evidencia as características dessa nova concepção de APS:

> "*atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, (...) parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde*" (OMS/OPAS, 1978).

Cabe salientar que existem diferentes concepções de APS que apresentam enfoques políticos e organizativos distintos, tais como: seletiva, que designa a oferta restrita de intervenções voltadas para principais problemas de saúde de países mais pobres; primeiro nível de atenção, que corresponde ao ponto de entrada no sistema de saúde ou primeiro contato a atenção não especializada; abrangente ou integral que se refere a uma concepção mais ampliada, como modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, como proposto em Alma Ata; abordagem de saúde e de direitos humanos, referente a uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde (GIOVANELLA, 2012).

Em consonância com o conceito de APS proposto na Declaração de Alma-Ata, Bárbara Starfield (2002) sistematizou os principais atributos que orientam e caracterizam uma APS abrangente, tais como: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O "primeiro contato", diz respeito à característica da APS ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, ou seja, ser ponto inicial de atenção do usuário e atuar como filtro de acesso aos serviços especializados (STARFIELD, 2002). Na PNAB (2011) este conceito está relacionado à grande capilaridade e o mais alto grau de descentralização do sistema de saúde, chegando mais próximo da vida das pessoas. O cumprimento deste atributo requer a necessidade de eliminar as barreiras organizacionais, culturais, financeiras e geográficas que podem inviabilizar o acesso da população à atenção primária e também aos outros níveis de atenção (GIOVANELLA, 2012). Tal diretriz é extremamente pertinente à discussão sobre os desafios enfrentados pela população em situação de rua para ter acesso ao cuidado. O que se observa nos serviços de saúde é que estas pessoas são atendidas apenas em situações de urgência e emergência, e muitas vezes sem contar com o preparo dos profissionais para compreender as situações vivenciadas. O desconhecimento e despreparo técnico dos profissionais de saúde, e ainda as dificuldades relacionados à (des) organização interna dos serviços de saúde, promovem, muitas vezes, o bloqueio do seu acesso à saúde, contradizendo os princípios doutrinários previstos na legislação do SUS (ROSA, 2005).

A longitudinalidade prevê o acompanhamento e a responsabilização da atenção primária pelo cuidado contínuo ao longo da vida dos usuários independente da presença ou não de doença (STARFIELD, 2002). A garantia do acompanhamento longitudinal à população em situação de rua passa por alguns desafios importantes no cotidiano de trabalho das eCnR, que merecem destaque, como o de pensar estratégias que minimizem os impactos da grande dinâmica que esta população apresenta no território seja voluntário ou involuntário, como abordado anteriormente. A compreensão da longitudinalidade, na prática de trabalho com a rua está associada, tanto ao critério temporal quanto espacial, pois o acompanhamento nos diversos espaços (rua, hospitais, abrigos, etc.) mesmo em curto espaço de tempo possibilita a construção de vínculo e construção conjunta de uma atenção mais próxima da integralidade.

A integralidade enquanto uma diretriz da APS está associada à amplitude de oferta das suas ações, englobando a promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância, tratamento e reabilitação; ao acesso aos demais níveis de atenção quando necessário; e ainda à visão holística dos indivíduos e suas necessidades, em que o processo de trabalho não é centrado em procedimentos, mas sim no usuário e suas necessidades (BRASIL, 2011).

A resolutividade da APS está relacionada também ao exercício de coordenação de cuidado que possibilita a garantia da continuidade da atenção na rede de serviços sem interrupção das intervenções, a partir, fundamentalmente, do repasse de informações tanto dos problemas de saúde do usuário quanto da atenção recebida em outros serviços (GIOVANELLA, 2012). Neste sentido, APS tem a responsabilidade de estruturar todo sistema de saúde, orientando os cuidados nos demais níveis de atenção para atender a necessidade da população. Atualmente a organização dos cuidados no SUS está ao cargo do nível secundário e terciário que determinam a oferta dos serviços especializados orientando assim as demandas e as referências para atenção básica. Há necessidade de se inverter essa lógica, a partir do estabelecimento de Rede de Atenção à Saúde, organizada segundo a demanda e necessidades apontadas no território e não apenas pelas ofertas de ações ambulatoriais e hospitalares (CONASEMS, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem o papel de contribuir para o processo de superação da fragmentação do cuidado, na medida em que respeitam as diferentes densidades tecnológicas dos serviços de saúde e rompem com as relações verticalizadas entre os mesmos (MENDES, 2012). As RAS se constituem de arranjos entre os diferentes serviços de saúde nos territórios que se integram por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o intuito de desconstruir a fragmentação das práticas de saúde sustentadas apenas pela lógica de atendimentos pontuais aos agravos. Experiências demonstram que a integração sistêmica prevista pela RAS responde de maneira mais eficaz tanto a organização interna do sistema de saúde, quanto aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico dos territórios. Sendo fundamentado, também, na concepção de que a Atenção Primária deve dar resolutividade aos problemas mais comuns de saúde, coordenando o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção são entendidos como os diversos espaços que ofertam ações de saúde (BRASIL, 2010), como por exemplo, as unidades básicas de saúde, as eCnR, unidades ambulatoriais, hospitais, CAPS, residências terapêuticas, etc. A interlocução coordenada entre os diferentes pontos de atenção torna-se fundamental para a garantia da integralidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2010). No entanto, cabe ressaltar que existem inúmeros impasses para promover esta integração entre os serviços e constituir, assim, o trabalho articulado e em redes, sendo que uma das ferramentas pensadas para minimizar o distanciamento entre a atenção primária e outros níveis de atenção é a utilização de instrumentos de referência e contrarreferência. As experiências de alguns municípios demonstram que a informação compartilhada ainda é muito incipiente e pouco valorizada (ALMEIDA, 2010). Tomando a experiência das eCnR do centro da cidade do Rio de Janeiro, a continuidade da atenção e até mesmo o estabelecimento de vínculo com o usuário, exige muitas vezes o acompanhamento do profissional de saúde em outros serviços de saúde e de outros setores. Dessa maneira, a construção da rede se constitui por mecanismos diversos que ampliem a comunicação e compartilhamento de informação, a identificação dos equipamentos e serviços de referência no território, bem como o estabelecimento de acordos e fluxos.

Além das dificuldades para compartilhar as informações, cabe salientar que a oferta de serviços especializados ainda é insuficiente para atender as necessidades da população, o que prejudica a resolutividade e o cuidado integral. A descentralização destes serviços tem sido uma estratégia encontrada por gestores para ampliar o acesso à atenção especializada na organização das RAS. Com isso, são estabelecidas referências secundárias para atenção básica de determinado distrito ou regional de saúde, permitindo maior contato entre generalistas e especialistas, o que amplia a oferta de serviços e ainda garante acesso em tempo mais oportuno à população (ALMEIDA, 2010).

Outro importante atributo da APS é a orientação para a comunidade, relacionado ao conhecimento das necessidades e características demográficas, socioeconômicas e culturais da população adscrita, considerando-os aspectos essenciais à oferta da atenção integral à saúde. E ainda, está relacionado à participação da comunidade na tomada de decisão referente à situação de saúde local e planejamento de ações. Associado a este atributo, encontra-se a competência cultural, fundamental para o processo de aproximação e reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais. E por fim, a centralidade na família, em que o cuidado é pensado não apenas sobre o prisma do indivíduo e suas necessidades, mas também em relação ao contexto e dinâmica familiar (GIOVANELLA, 2012).

As eCnR trabalham na perspectiva de que as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades e necessidades do território, que pode ser compreendido em suas várias dimensões, tais como: território físico, sendo o espaço geográfico, visível e delimitado; território como espaço-processo, dinâmico e construído socialmente; território existencial, relacionado às diversas relações presentes na rua e conexões produzidas pelos indivíduos e grupos; (BRASIL, 2012). Tal concepção dialoga com o conceito de território abordado por Santos (2008, p.46).

> "*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*".

A maioria das publicações relacionada a este tema consideram estritamente os aspectos negativos do espaço da rua. No entanto, recentemente estudos apontam para algumas potencialidades como a formação de vínculos, o seu caráter lúdico e pela sensação de prazer e liberdade que proporciona. Além de incluírem não apenas como um espaço de passagem, mas também um meio de vida, sobrevivência e constituição de relações e vínculos (MINAYO, 2011).

Cabe salientar que o reconhecimento do território possibilita uma maior aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva, e torna-se um instrumento básico para a adoção de políticas de organização das ações de saúde (MONKEN & BARCELLOS, 2007). A inclusão da Rua, como território para atuação da APS, considerando seus diferentes aspectos, sentidos, dinâmica e organização, tem sido um grande desafio à efetivação do acesso da população em situação de rua no SUS. Ao discutirmos a criação de equipes específicas para cuidar da população em situação de rua, como as eCnR, se faz necessário garantir que este não seja o único serviço de atenção primária capaz de se responsabilizar pelo cuidado a esta população e território. Portanto, a iniciativa política de implantação do eCnR expressa fundamentalmente o imperativo de tornar o sistema de saúde mais equânime.

### 4.2 A equidade e as políticas de inclusão da população em situação de rua

A discussão sobre o cuidado da população em situação de rua requer considerar que sua definição é complexa em função da multiplicidade de condições pessoais e de alternativas encontradas no contexto da rua à subsistência e à moradia (ROSA, 2005). Trata-se de um grupo heterogêneo, onde são identificados diferentes modos de sustento e sobrevivência, como por exemplo, grupos de catadores de materiais recicláveis, vendedores ambulantes, profissionais do sexo, artistas de rua, aqueles que vivem da mendicância e da contravenção. Alguns autores caracterizam este segmento

populacional pelo tempo de permanência na rua, podendo ser classificados em três categorias: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente) (CARNEIRO JUNIOR, 1998).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome utiliza a seguinte definição para PSR:

> "*Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar*" (BRASIL, 2008)

A pesquisa Nacional realizada em 2007, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, de caráter censitário da população em situação de rua, contribuiu para elaboração do perfil demográfico e social deste público. Os resultados da pesquisa demonstraram a tendência de maior concentração destas pessoas em municípios mais populosos e nas capitais dos estados. Assim, foram selecionados 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes. Sendo identificadas 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua, ao considerar outros municípios que não participaram da pesquisa, como Belo Horizonte, São Paulo, Recife e Porto Alegre, por já apresentarem um levantamento desta população, estima-se um total de 50.000 pessoas vivendo em situação de rua no país (BRASIL, 2008).

A pesquisa foi desenvolvida através de um questionário elaborado com os seguintes aspectos: características socioeconômicas e formação escolar; trajetória de rua (razões de ida à rua, deslocamentos, entre outros); histórico de internação em instituições; pernoite, vínculos familiares e trabalho; acesso à alimentação, serviços e cidadania; discriminações sofridas; participação em movimentos sociais (BRASIL, 2008). Apesar do referido estudo ter sido importante para a elaboração de estratégias políticas para o enfrentamento destas questões, destaca-se a necessidade no trabalho da

eCnR de identificar a dinâmica, condições e características próprias da população atendida, levando em consideração as especificidades de cada cidade e território. Associado ao exercício de mapeamento e construção da cartografia própria da rua (BRASIL, 2012), as precárias situações de vida e vulnerabilidades que estas pessoas estão submetidas, pressupõem um pensar saúde-doença de forma diferenciada (CARNEIRO, 1998).

Apesar do artigo 5º da Constituição Federal estabelecer que "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade", há necessidade de se elaborar políticas específicas para grupos específicos, a fim de atender os princípios de igualdade e equidade (NUNES, 2001). Como é o caso da formulação do decreto 7.053/2009 que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua. Tal documento enfatiza a necessidade de "assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda" (BRASIL, 2009).

Neste sentido, o princípio da igualdade tem como base exercício da cidadania, onde todos apresentam direitos iguais, e, portanto, todas as políticas públicas devem ser orientadas para a diminuição ou eliminação das desigualdades do país. Cabe salientar que igualdade difere de equidade, uma vez que este último carrega também o sentido de justiça (NUNES, 2001).

Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas pelo SUS, tem sido importante a sua contribuição na redução das iniquidades de saúde, embora ainda muito distante do ideário igualitário. Ao se discutir a equidade no campo da saúde, é importante distinguir, primeiramente, as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde, o que requer a separação entre as desigualdades nas condições de vida e saúde, e desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde (PAIM, 2006). Neste sentido, é importante, também, considerar que tais necessidades variam de pessoa para pessoa, e é justamente a avaliação singular destas condições e necessidades que possibilitam o

exercício da equidade. Desse modo, pode ser entendida como resultado de políticas que tratam "indivíduos que não são iguais de formas diferentes", e estão fortemente relacionados à prática de justiça e às políticas e aos sistemas sociais (VIERA-SILVA, 2009).

No Brasil, o termo equidade aparece como princípio junto à integralidade e à humanização, como objetivos para a consolidação do SUS, sendo considerada, também, uma das principais referências para a avaliação das reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde. Do ponto de vista semântico, o termo equidade, pode ser considerado sinônimo de igualdade, sendo ambos contrapontos para as desigualdades socioeconômicas e de saúde. No entanto, é possível identificar dois enfoques subjacentes que tentam diferenciá-la da noção de igualdade: o econômico e o da justiça. Sob o aspecto econômico, busca-se uma distribuição mais eficiente dos recursos, apresenta-se sob uma postura que defende as políticas de focalização em contraposição às políticas universais, com investimento de recursos para os mais necessitados. Já o enfoque centrado na ideia de justiça, a equidade necessita da igualdade para produzir efeitos (PAIM, 2006).

Resgatando a citação do artigo 5º da Constituição Federal (1988), torna-se fundamental, ao presente estudo, enfatizar a deficiência no tratamento igualitário pelo Estado a todos os brasileiros, o que pode ser facilmente identificado ao analisar o processo de exclusão social que a população em situação de rua está inserida. Entendemos, aqui, exclusão social não apenas pela intensa privação material, mas também pela desqualificação do indivíduo enquanto cidadão e ausência de seu lugar social. O indivíduo em situação de rua é visto como parte do "lixo da cidade", experimentando a "não cidadania" (DANTAS, 2007). Encontra-se em um estado que se assemelha à definição de miséria adotada por Milton Santos (2001) expressa pela privação total, onde se presencia o aniquilamento da pessoa, que quase sempre se mostra "derrotada" diante dos processos de vida em que se encontra. O autor distingue pobreza de miséria, colocando o primeiro como um estágio superior, caracterizado pelo enfrentamento dos contextos de carência, em que os indivíduos assumem postura mais ativa diante das dificuldades, buscam soluções para suas privações e a tomada de consciência torna-se mais possível (SANTOS 2001). O autor revela um novo tipo de

pobreza, considerada estrutural e globalizada, marcada pelo desemprego ou má remuneração associada à ausência deliberada do Estado da sua missão de proteção social. Nesta concepção, a pobreza é generalizada, permanente resultado do processo de globalização e desenvolvimento do sistema capitalista. Milton Santos (2001) afirma que "alcançamos a naturalização da pobreza", em que os pobres atingiram um estágio em que não são incluídos e nem marginais, mas sim excluídos. A exclusão social, portanto é fruto desta racionalidade política e social.

O autor Robert Castel (1997) propõe um modelo esquemático para analisar a dinâmica de exclusão que gera vulnerabilidades e um processo de marginalização dos sujeitos no contexto atual. As situações marginais aparecem de um duplo processo de desligamento tanto em relação ao trabalho quanto à inserção relacional na sociedade. O autor distingue três gradações neste processo, tais como: a *zona de integração* caracterizada por aqueles que apresentam trabalho estável e forte inserção relacional; a *zona de vulnerabilidade* onde há trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais; e a *zona de marginalidade*, também chamada de zona de desfiliação marcada pelo duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional. Na terceira zona, sugerida pelo autor, e a mais complexa, encontra-se o indivíduo que não trabalha, apesar de estar apto ao trabalho, e ainda não apresenta apoio relacional, "é o errante, o estrangeiro que não pode ser reconhecido por ninguém e se encontra rejeitado, de fato, por toda parte" (CASTEL, 1997). De acordo com o autor nesta última zona, onde se cronificam e agravam os processos de exclusão encontra-se a população em situação de rua.

> "*Ao término do percurso encontramos esses homeless people que frequentam certos espaços da cidade, cais de metrô, cantos de jardins públicos, entradas de estação, bairros precários do subúrbio... Tudo os separa, afora essa experiência comum de ruptura do vínculo social: antigos pacientes 'desinstitucionalizados' dos hospitais psiquiátricos, jovens toxicômanos gravemente dessocializados, pequenos delinquentes, clochards de longa data, prostitutas ocasionais, drop out de toda sorte... Tal indeterminação apresenta graves dificuldades, e os profissionais encontram-se frequentemente desprovidos diante destas situações que não se enquadram exatamente nem no sistema sanitário, nem no sistema policial,*

> *nem no da justiça, nem nos das agências do Welfare, e que no entanto suscitam, simultânea ou sucessivamente, problemas de segurança, de saúde e de assistência*" (CASTEL, 1997 p.35)

Para melhor compreensão das práticas de exclusão social, especialmente no campo da saúde, torna-se relevante resgatar as contribuições de Michael Foucault (1978) sobre o início destes processos na Idade Média com a lepra e as medidas de segregação e isolamento com o surgimento dos leprosários. Tal processo histórico, segundo o autor, possibilitou o surgimento de outras figuras consideradas "anormais", "malditas", que substituíram os leprosos no imaginário social reproduzindo outros fenômenos de exclusão social, como a loucura.

> "*Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e 'cabeças alienadas' assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...] Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social*" (FOUCAULT, 1978, p. 6-7).

O autor ressalta que com o surgimento das cidades, inicia-se uma nova forma de exclusão em função da necessidade de ordenação do espaço público, marcado pelo "Grande Enclausuramento" onde todos os loucos, marginais, desviantes eram isolados, impossibilitados de conviver com os considerados "normais" (FOUCAULT, 1978). Novos cenários e contextos, marcam a atualidade com processos de marginalização similares, relacionado ao imaginário social que reforça a exclusão de grupos sociais mais vulneráveis, como por exemplo a população em situação de rua e usuários de crack e outras drogas. Tal pensamento se faz presente nas medidas de "higienização das cidades", na perpetuação de grandes abrigos, na constituição de uma epidemia de crack no país, e seus efeitos sobre a opinião pública que valoriza a necessidade de internação compulsória e de clínicas de reabilitação para tratamento à dependência química. Travar disputas clínicas e políticas que problematizem a produção das mazelas socais, que considere a existência de outras formas de habitar a cidade, de conviver com as

diferenças, pensando a questão do abuso de drogas, sob o viés do cuidado e não da criminalização e da imposição da abstinência como única saída, tem sido alvo de intenso trabalho no campo da saúde pública.

Cabe salientar, que existe uma estreita relação entre as condições sociais e o nível de saúde de um povo, o que vem ganhando evidencia com a ampliação do entendimento sobre os determinantes sociais de saúde definidas pelas várias "circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças" (CNDSS, 2008). A determinação social ultrapassa o conjunto de condições associadas à pobreza e que geram riscos à saúde, uma vez que estão relacionadas, também aos fatores individuais e subjetivos envolvidos no processo saúde-doença, interfere fortemente o modo como às pessoas se organizam e interagem no meio em que vivem e repercute nas condições de saúde que possuem (TEIXEIRA, 2009).

O conceito de determinantes sociais está relacionado a uma perspectiva ampliada de saúde, o que no Brasil foi expressa no relatório final da 8º Conferência Nacional de Saúde em 1986, como sendo:

> "*o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É ainda, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida*" (BRASIL, 1986, p.12).

A saúde é entendida como um direito social que vai além da realização de ações específicas de prevenção de agravos, promoção, recuperação e reabilitação, pois evidencia as diversas condições necessárias ao prosseguimento da vida com o mínimo de qualidade. Dessa forma, o SUS, enquanto política de Estado dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A concepção de promoção da saúde que consta na carta de Ottawa, elaborada na 1º Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em novembro de 1986, evidencia a necessidade de atuar frente aos diversos determinantes sociais da saúde, se configurando como um marco para o debate desta temática:

"A promoção da saúde centra-se na procura da equidade em saúde (...) pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, torna-se necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam" (OMS, 1986).

Neste sentido, torna-se fundamental destacar que promover saúde requer a atuação sobre as várias dimensões dos determinantes sociais de saúde e inclusive extrapola as competências e atribuições do setor saúde. Isso faz com que haja a necessidade de construir de políticas públicas, a partir da interação entre os diversos setores e instâncias governamentais capazes de contemplar as diferentes problemáticas sociais que a população possui (CNDSS, 2008). Portanto, a incorporação da concepção de promoção da saúde nas políticas do país representa grande avanço para a qualificação das práticas de cuidado que tradicionalmente apresentam uma perspectiva individualizante, fragmentária e curativista (BRASIL, 2006).

### 4.3 O cuidado e a clínica ampliada

O cuidado da população em situação de rua é algo extremamente complexo, pois exigem a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, bem como utilização de diversas ferramentas clínicas, que valorizem a interlocução dos recursos do sujeito, do território, das equipes e redes de atenção. A discussão do trabalho em saúde na APS está intimamente ligada às compreensões que se tem do Cuidado realizado neste cenário. Para o senso comum, cuidar da saúde está relacionado às intervenções realizadas no indivíduo ou em grupo de pessoas, a partir da aplicação de procedimentos técnicos orientados para o bom êxito de um determinado tratamento, e ainda pode estar relacionado à ideia de zelo e solicitude (BALLARIN, 2010).

Como referencial teórico, compreende-se o conceito de cuidado discutido por Ayres (2004) como sendo a "designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e,

por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde". Em sua teorização sobre o cuidado, o autor refere-se à necessidade de desconstruir a concepção idealizada de se conquistar a saúde, como um estado de "completo bem-estar físico, mental e social" conforme exposto na declaração de Alma Ata (OPAS/OMS, 1978). Uma vez que saúde não pode ser considerada algo estático, que se adquire ou não adquire, como um "estado", mas sim um projeto em curso, em que constantemente são reconstruídos e ressignificados no cotidiano. Para o autor, o cuidado é produzido necessariamente a partir do diálogo e permeabilidade entre a dimensão técnica e não técnica, oriunda dos saberes e da vida cotidiana dos sujeitos (AYRES, 2004).

Os processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões que estão presentes no interior de qualquer modelo de atenção predominante, destacando a tensão entre a lógica da produção de procedimentos e da produção de cuidado, bem como entre a lógica da produção dos atos de saúde como resultado de um trabalho multiprofissional e aquele centrado em competências específicas de uma categoria (MERHY, 2004). Cunha (2010) também considera outra importante tensão, que permeia a Saúde Pública e a Clínica, que seria a dicotomização entre o coletivo e o individual, caracterizado pela valorização da prevenção e o desprezo pela clínica individual, bem como a dificuldade de diálogo com a corporação médica e a definição das necessidades de saúde exclusivamente por critérios epidemiológicos.

Merhy (2007) considera que pensar nas transformações das formas de operar no campo da saúde pública requer a compreensão de variadas ferramentas de produção do cuidado, sejam elas materiais ou imateriais. Cabe destacar a categorização dos três tipos de tecnologias em saúde definidas pelo autor, como sendo: tecnologias duras, representadas pelas máquinas e equipamentos utilizados nos serviços de saúde; as leve-duras que se referem aos diversos saberes da clínica; e por fim as tecnologias leves que contemplam os processos relacionais e intercessores presentes na produção do cuidado. A utilização de tecnologias leves pelos trabalhadores de saúde ganha evidência na atenção primária, na medida em que é considerada fundamental para o aprimoramento e efetividade do trabalho em equipe e está diretamente relacionada à formação do vínculo com os usuários. É justamente a relação mútua estabelecida entre os profissionais e usuários, que permite a criação de diferentes possibilidades de atuação e de intervenções

em saúde. Destacando, neste processo, a importância da implicação do profissional somado às suas experiências e valores como determinantes para a realização das diferentes posturas diante dos casos (FRANCO, 2007).

Desse modo, a clínica que se faz na Rua, por meio da eCnR, exige a ampliação do olhar sobre o processo saúde doença, e ainda pensar novos dispositivos no processo de trabalho voltados para a potencialização do vínculo com o usuário, ações de maior resolutividade, sem fragmentá-lo por especialidades e campos de saberes distintos dentro da equipe. Diante disso, o cuidado da PSR anuncia alguns dilemas à prática do profissional de saúde ao se deparar com situações quase nunca trabalhadas em sua formação, e constantemente evitadas nos serviços onde atuam. O profissional se questiona de como cuidar em situações tão insalubres, diante de modos de vida tão estranhos, que fogem do controle biomédico, que não são solucionados pela aplicação de protocolos. Estas questões tornam-se centrais para a construção de uma relação clínica com esta população, que buscam problematizar práticas que visem o estabelecimento do que é certo ou errado, do que deve ou não ser feito, abrindo, assim, possibilidades de diálogo e negociação com os sujeitos.

As pessoas em situação de rua, historicamente, recebem ações de cunho filantrópico que muitas vezes garantem a sua sobrevivência na rua. No entanto, estas práticas o colocam quase sempre em uma posição de objeto de piedade da sociedade e do Estado. Esta posição alimenta o imaginário social do morador de rua coitado, doente, incapaz e necessitado de auxílio e controle. Tal imaginário se faz presente também no campo da saúde, seja nos serviços ou na formação dos profissionais de saúde, o que atravessa o modo de se ver e pensar as práticas de saúde a esta população e que se relacionam à busca da autonomia ou da tutela dos sujeitos.

Desse modo, incluir a autonomia como uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde, exige reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto dos conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde. A principal mudança seria a redefinição do "objeto" do trabalho em saúde, pensando-o como "*uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade, enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos*" (ONOCKO&CAMPOS, 2009). Para os autores, os

objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, a própria produção de saúde, bem como a co-construção da reflexão e da ação autônoma nos sujeitos envolvidos (profissionais e usuários). Essa co-produção depende do acesso dos sujeitos a informação e de sua utilização, a partir de um exercício reflexivo e crítico de interpretação, o que tem a ver com a capacidade de lidar com o sistema de poder, de conseguir estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos. Portanto, o exercício da autonomia se aproxima de uma ética, pois para desenvolvê-la haverá necessidade de colocar-se na situação, o que envolverá algum juízo de valor (ONOCKO&CAMPOS, 2009).

As experiências das eCnR corroboram com o processo de mudança dos modelos de atenção vigente, e colocam em xeque o sistema de saúde "ao trazer à tona um tipo diverso de população, que problematiza os modos estruturados de produzir saúde e as características de rede utilizadas na organização dos serviços e suas prioridades" (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

Neste sentido, o modelo de atenção em Defesa da vida, torna-se um referencial político-teórico importante para orientação das práticas no consultório na rua. Tal modelo surge em alguns municípios, como Campinas (SP) e Betim (MG), na tentativa de reformar as práticas assistenciais e produzir mudanças da relação da gestão com os trabalhadores de saúde, e destes com os usuários dos serviços (COELHO, 2013). É considerado um modelo de atenção que faz uma crítica aos modelos tradicionais que reduzem a atuação da clínica à doença e aos seus impactos biológicos.

O modelo em defesa da vida propõe a ampliação da clínica, deslocando a atenção centrada à doença para os processos de vida e as complexidades dos sujeitos dentro de sua realidade concreta. Reforça, ainda, a criação e ampliação dos espaços de ação comum e de cooperação entre os profissionais, visando a efetivação de intervenções em saúde cada vez mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários e mais transparentes para processos de avaliações coletivas (MERHY,2004).

A clínica ampliada busca integrar as várias abordagens e olhares presentes nos cenários de produção de saúde, e tem por finalidade potencializar as equipes no

desenvolvimento de atividades não restritas à doença ou a um núcleo de saber. Na atenção básica, a ampliação da clínica se processa a partir da combinação entre as intervenções ligadas diretamente ao plano biológico e as questões subjetivas implícitas em cada caso. Dessa forma não teria um compromisso exclusivo com um processo de cura, mas sim com o disparo de produções de novos caminhos e de recursos terapêuticos capazes de lidar com as problemáticas das situações (CUNHA, 2010).

Cunha & Dantas (2013) destacam cinco aspectos imprescindíveis à efetivação da clínica ampliada, tais como: alguma sensibilidade do profissional de saúde para buscar uma percepção de si mesmo; alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos considerando as variáveis necessárias em cada momento; alguma capacidade para lidar com a relativa incerteza, e eventual tristeza que estes desafios trazem; e finalmente uma disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade.

A perspectiva desta nova clínica prevê a ampliação do objeto do trabalho em saúde, o que na medicina tradicional é considerado as doenças, e que tem se ampliado para os problemas de saúde, os riscos e as vulnerabilidades relacionado à vida das pessoas. A mudança do objeto de trabalho repercute nos modos de se produzir em saúde, na medida em que cada indivíduo ganha um espaço de escuta diferenciado, uma resposta terapêutica particular e construída conjuntamente. Pode-se dizer que abre uma oportunidade na relação clínica para que outros aspectos do sujeito sejam compreendidos e trabalhados, que não apenas o biológico (CAMPOS & AMARAL, 2007).

Isso não significa dizer que há necessidade de negar os saberes provenientes da medicina tradicional de controle dos riscos à saúde ou das doenças, nem mesmo deixar de incorporá-los ao cardápio de recursos terapêuticos da clínica, mas sim, reconhecê-los como insuficientes, principalmente na atenção primária (MERHY, 2007). Cunha (2010) afirma que neste campo de prática, onde privilegia a proximidade com a realidade social dos indivíduos, coloca-se em questão a necessidade de superar o exercício limitado das práticas protocoladas que historicamente são utilizadas nos hospitais, cujo enfoque é a patologia. Afirma que a incorporação dos protocolos acaba por delimitar a atuação do

profissional, ao passo que no decorrer da sua prática vai determinando tudo que deve ser escutado e perguntado na relação clínica com o paciente. Assim, todas as informações relatadas pelo paciente que fogem 'dos caminhos' dos diagnósticos produzem insegurança, comprometem o diálogo e o reconhecimento das singularidades presentes em cada caso (CUNHA, 2010).

Neste sentido, a Redução de Danos (RD), também aparece como uma importante estratégia para a ampliação da clínica, proposta esta, que inicialmente estava vinculada apenas à prevenção de HIV entre usuários de drogas injetáveis, que ampliou-se, tornando-se uma nova diretriz política e clínica para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no país. A RD propõe a ampliação da oferta de cuidados aos usuários de drogas enquanto uma alternativa às estratégias de abstinência, e possui como direção a produção da saúde e autonomia. (PASSOS & SOUZA, 2011).

Segundo LONDERO, CECCIM, BILIBIO (2014), as políticas de redução de danos representam um conjunto de esforços voltados para a possibilidade de fazer frente aos efeitos mais danosos provenientes de certos consumos de drogas. Tal abordagem não é pautada em uma perspectiva dicotômica do tipo bom-mau, branco-negro, drogas e não-drogas propiciado pelo proibicionismo, mas sim em um enfoque mais realista e profissional, em que a atenção é pensada a partir do desejo daquele que se encontra em sofrimento e solicita/requer cuidado, em conformidade com uma prática que respeite à vida das pessoas.

Os encontros e abordagens promovidos nos serviços de saúde devem estabelecer mais do que um processo comunicativo de queixa – conduta, em que o paciente se coloca apenas na espera do que vai receber, e o profissional na escolha da melhor intervenção que irá realizar (MERHY, 2007). Ampliar a percepção sobre o sofrimento humano, a partir da desconstrução das práticas que valorizam a patologia instalada no indivíduo torna-se uma necessidade e ao mesmo tempo um grande desafio para as equipes de saúde. Merhy (2004) interroga o tipo de crise tecnológica e assistencial caracteriza os processos atuais de produção de saúde, em que o usuário queixa-se não mais da falta de acesso, mas sim do pouco interesse dos serviços em relação ao seu

problema. Seria possível propor um modo diferente de se produzir ações de saúde, a partir do diagnóstico desta crise em torno do usuário? (MERHY, 2004).

A construção de mudança do atual modelo de atenção, a partir da percepção do usuário e exercício de uma clínica ampliada, requer mudanças também no modo de se fazer gestão dos serviços de saúde. O papel do gestor precisa também se ressignificar e se transformar, assim como o profissional precisa ampliar suas ferramentas para a realização desta clínica (CUNHA & DANTAS, 2013). A co-gestão, propõe um outro modelo de gestão, não centrada no gestor, e em seu poder, uma vez que todos os atores envolvidos na produção do trabalho em saúde, tornam-se corresponsáveis pelo processo de produção de saúde. A autonomia e a integração entre profissionais, usuários, gestor, possibilitam a construção de uma gestão mais compartilhada e coerente com a clínica que se pretende construir.

# 5. OBJETIVOS

## 5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as concepções de cuidado que norteiam as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCnR) da área programática 1.0, da cidade do Rio de Janeiro.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sistematizar as práticas e estratégias de cuidado à população em situação de rua presentes nos relatos dos profissionais das eCnR.
- Analisar as convergências e divergências nos relatos dos profissionais da eCnR relacionados às concepções e práticas de cuidado na APS.
- Discutir o cuidado realizado pelas eCnR tendo como referencial o exercício da clínica ampliada na APS.

## 6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido a partir da sistematização e análise de material produzido em encontros com profissionais de duas equipes de Consultório na Rua que atuavam no centro da cidade do Rio de Janeiro acerca de seu trabalho. Anterior a concepção do presente estudo, tais encontros foram formados por iniciativa e interesse de profissionais e gestão das eCnR do centro que solicita a participação de apoiadores institucionais com o objetivo de validar o documento técnico denominado "Diretrizes clínicas e organizacionais das eCnR" elaborado pela psicóloga e gerente da equipe de consultório na rua em setembro de 2012. O documento sistematizava as "diretrizes" que nortearam as práticas e a organização do trabalho das equipes desde a sua implantação, e tornou-se referência para algumas apresentações institucionais sobre a experiência da eCnR, e também para disparar discussões nos grupos de trabalho acerca do cuidado produzido pelos profissionais.

Os encontros eram realizados quinzenalmente durante o período de abril de 2013 a março de 2014, sendo realizado um total de 22 encontros, abertos a todos os profissionais nas duas equipes, tinham um tema e perguntas disparadoras, ou seja um roteiro de discussão formulado a partir do documento técnico sobre as diretrizes do trabalho. Os encontros eram moderados pelos apoiadores institucionais, e decidiu-se coletivamente que estes espaços deveriam ser gravados, a fim de conseguir resgatar as discussões relacionada aos temas, o que posteriormente produziria coletivamente um documento técnico com todas as diretrizes de trabalho. Os encontros duravam cerca de 2 horas e apresentaram uma metodologia, que para fins de pesquisa, segue a formatação recomendada para os grupos focais, e serão aqui considerados como técnica de coleta de dados. O grupo focal se constitui num "tipo de entrevista ou conversas em grupos pequenos e homogêneos" que visam obter informações a partir da interação entre os participantes, tanto para gerar consensos ou explicitar divergências (MINAYO, 2013).

Os relatos não foram aproveitados em sua totalidade, embora houvesse conteúdos operacionais, relativos à gestão e a outros temas relevantes para a eCnR, que subsidiaram a produção de outros documentos técnicos (BRASIL, 2014). Para o presente estudo, realizou-se um recorte desses temas, considerando aqueles que

dialogavam com os objetivos do estudo, construindo-se um corpus composto por um novo texto e categorias empíricas, analisados com uma abordagem da pesquisa social.

Consideramos a pesquisa qualitativa, o método mais apropriado para atender a proposta deste estudo. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2013) se aplica ao:

> "*estudo da história, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam*" (p. 57).

A autora acrescenta ainda que este método adequa-se mais às investigações de grupos e segmentos delimitados, possibilitando a construção de novos conhecimentos, conceitos, bem como a identificação de processos sociais pouco conhecidos. Por utilizar a empiria e a constante sistematização de conhecimento produzido no decorrer do estudo, o pesquisador é capaz de elaborar novas hipóteses relacionadas ao tema em questão (MINAYO, 2013).

A utilização do método qualitativo requer uma objetivação, assim como o método quantitativo, possibilitando contrapor com o discurso "ingênuo ou malicioso da neutralidade" e diminuindo a possibilidade de juízo de valor na pesquisa. Desse modo, reconhece-se a complexidade do objeto a ser estudado e torna-se fundamental utilizar teorias, elaborar conceitos, categorias, bem como utilizar as técnicas de coleta de dados e análises adequadas e inseridas no contexto da pesquisa (MINAYO, 2013).

**Cenário de Atuação das eCnR**

A pesquisa foi realizada com profissionais que trabalhavam nas duas equipes de Consultório na Rua que atuavam na da Área Programática (AP) 1.0, e que estavam vinculadas ao Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz. Este serviço de saúde tem como território de abrangência a região do centro da cidade do Rio de Janeiro. Cabe salientar que apesar de haver uma distinção entre as duas eCnR no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na prática todos os profissionais atuam de maneira integrada sem divisão territorial por equipes, portanto, será considerado pelo estudo as duas eCnR enquanto uma unidade de análise.

A AP 1.0 é composta pelos bairros Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama. De acordo com o censo demográfico de 2010 o município do Rio de Janeiro possui 6.320.446 habitantes, e a AP 1.0 apresenta 297.976 habitantes. Cabe salientar, que neste censo demográfico não está inserida a população em situação de rua, portanto, utilizamos como parâmetro a pesquisa realizada em 2013 pela SMDS que identificou 5.580 pessoas vivendo em situação de rua no munícipio do Rio de Janeiro. De acordo com a referida pesquisa, a região central da cidade apresenta a maior concentração da PSR, correspondendo a 33,8% da população abordada, sendo a maioria do sexo masculino (84,3%) e pertencente a faixa etária entre 25 a 59 anos (72,4%). Em relação ao tempo de permanência na rua, evidenciou-se que 64,8% das pessoas abordadas estão nesta situação há mais de 1 ano, e ainda a maioria viviam no próprio município antes irem para a rua. Cabe salientar que a recente realização deste censo da população em situação no município do Rio de Janeiro tem grande importância para o planejamento de ações intersetoriais em nível local.

O CMS Oswaldo Cruz é uma Unidade Básica de Saúde denominada no município do Rio de Janeiro, como "Unidade B", ou seja, de Modelo Misto por ser composta por serviços de uma Unidade Básica de Saúde que adota o modelo tradicional de APS, associada a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Possui ainda a especificidade de apresentar as duas equipes de Consultório na Rua de modalidade III. Esta classificação em modalidades de eCnR refere-se a composição mínima prevista pela portaria ministerial 122 de 25 de janeiro de 2012, sendo a modalidade III a mais completa, onde há a presença de no mínimo três profissionais de nível superior, acrescido do médico, e três de nível médio, com carga horária mínima de 30h/semana (BRASIL, 2012).

Como consequência desta nova Portaria Ministerial, houve uma determinação política no país de realizar adequações das equipes da APS voltadas para a população em situação de rua – ESF Sem Domicílio – para equipes de Consultório na Rua. Com isso, as equipes do Centro modificaram de *Estratégia de Saúde da Família para população em situação de rua* (PSF Pop Rua), com uma composição mais heterogênea – para "Equipes Consultório na Rua" (eCnR).

Dessa forma, foram realizadas algumas mudanças no quantitativo de profissionais por equipe, bem como a carga horária dos mesmos, a fim de que a maioria realizasse 40h/semana. Com as devidas adequações, o serviço ficou com a seguinte composição no período da coleta de dados: três médicos, dois enfermeiros, duas assistentes sociais, dois psicólogos, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, três técnicas de enfermagem e oito agentes sociais de saúde, com o total de 22 profissionais.

**Participantes e Funcionamento dos Grupos Focais**

Os participantes da pesquisa foram profissionais das duas eCnR que participaram dos grupos focais. Estes encontros eram abertos a todos da equipe, mas foram constituídos efetivamente por dezesseis profissionais de diversas categorias, quatro de nível médio (agentes sociais de saúde) e doze de nível superior (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentista). No período de realização dos encontros os profissionais participantes atuavam na eCnR de 2 meses a 3 anos. Estes aderiram de forma voluntária, pelo interesse e disponibilidade, embora com algumas ausências às reuniões programadas.

Para fins éticos do presente estudo, todos os dezesseis participantes foram abordados pela pesquisadora, de forma a solicitar retrospectivamente seu consentimento para as análises de suas falas, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I). Quanto aos riscos, o único existente seria a identificação dos profissionais em suas falas, o que foi evitado preservando-se a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes envolvidos. E ainda, os nomes de usuários citados por profissionais, foram trocados por fictícios, a fim de preservar o anonimato dos mesmos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca –ENSP/ Fiocruz, com o número do Parecer Consubistanciado 33508214.0.0000.5240 ENSP/FIOCRUZ em 29/08/2014, atendendo às exigências éticas e científicas previstas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O roteiro utilizado para as discussões nos grupos focais foi agrupado em três grandes eixos: território; clínica; produção do conhecimento. A divisão das diretrizes em eixos possibilitou maior organização no processo de discussão, análise e sistematização de novos pressupostos para o trabalho no CnR.

Os grupos focais foram organizados por três apoiadores institucionais que são pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF), sendo que um já havia sido gerente no primeiro ano de existência do Consultório na Rua. Estes atores assumiram a função de moderadores dos encontros, organizando o método de trabalho necessário para o seu desenvolvimento, incluindo o estabelecimento do cronograma, sistematização dos conteúdos discutidos e dos resultados gerados juntamente com membros dos grupos. Tais encontros se configuraram espaços de educação permanente e de apoio ao trabalho à medida que se compartilhava conhecimento e experiências do cotidiano do trabalho. A afinidade dos apoiadores institucionais com o tema discutido facilitou a mediação dos encontros, estimulando o posicionamento dos participantes frente às questões em pauta, de modo que fosse possível aos profissionais expressar o saber construído a partir de sua experiência concreta.

Em cada grupo focal foi discutido um item do documento, com duração de aproximadamente duas horas. Todas as discussões foram gravadas e foram transcritos 14 encontros que ocorreram no período de abril de 2013 a março de 2014. A cada seis encontros era apresentado, pelos apoiadores, uma narrativa, texto que sistematizava os assuntos discutidos pelos profissionais, para serem paulatinamente sistematizadas em novas diretrizes. Além disso, foi pactuado no primeiro encontro a necessidade de se ter pouca rotatividade de integrantes no decorrer de seu desenvolvimento, garantindo assim, maior continuidade do trabalho a ser produzido. E ainda, as gravações foram disponibilizadas aos integrantes deste grupo de trabalho para fins de estudo e pesquisa, desde que os estudos estivessem coerentes com os pressupostos clínicos e políticos do Consultório na Rua. Um dos frutos importantes destes encontros foi a publicação em 2015, pelo Ministério da Saúde, do documento técnico intitulado, “diretrizes, metodologia e dispositivos de cuidado no POP RUA”.

A pesquisadora principal do presente estudo, na época gerente das duas eCnR participou destes grupos focais como membro da equipe e corresponsável pelo processo de construção dos espaços de educação permanente no serviço, cargo que deixou de exercer, por opção profissional própria, desde janeiro 2014.

**Análise dos dados**

Primeiramente, as gravações dos grupos focais foram ouvidas e transcritas. Esta etapa, segundo Minayo (2013) pode ser entendida como pré-análise, pois foram identificadas as falas dos profissionais relacionadas às concepções e práticas de cuidado à população em situação de rua, o que permitiram a produção de um segundo documento, denominada de *corpus do texto*. Segundo a autora, o *corpus* é formado pelo contato exaustivo com o material da pesquisa, impregnando-se pelo seu conteúdo, permitindo uma nova organização do material de forma que: contemple todos os aspectos levantados no roteiro da pesquisa; consiga representar o universo pretendido; obedeça a critérios precisos relacionado ao tema e objetivo do estudo (MINAYO, 2013).

Na produção desse novo *corpus* foram identificadas as possíveis categorias de análise para o estudo relacionadas a temas discutidos nos grupos focais, tais como: a clínica de território; autonomia e tutela na prática clínica; construção de vínculo; redução de danos e clínica ampliada; corresponsabilização pelo cuidado; solidão da equipe.

Durante este processo, foram selecionados os relatos dos profissionais que ***produzem sentido por sua frequência e por suas particularidades.*** Para conformação das categorias analíticas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático, definida por Bardin (1977), como sendo um conjunto de técnicas de análise da comunicação que visa obter através da sistematização de conteúdos das mensagens, indicadores qualitativos ou não, que possibilitam a inferência de conhecimentos. Minayo (2013) corrobora com esta ideia, ao destacar que são "técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos". Acrescenta, ainda, que não se trata apenas da aplicação de um procedimento técnico, mas também "busca teórica e prática no campo das investigações" (MINAYO, 2013).

A formação das categorias analíticas temáticas, explicitadas no quadro I, representaram os sentidos mais frequentes presentes nas falas dos profissionais, assim como aqueles ímpares, singulares, e que ganharam relevância devido a sua importância para o tema em questão. Durante a elaboração deste estudo foram identificadas as

convergências e divergências nas falas dos profissionais relacionados às concepções de cuidado e as práticas dos profissionais da eCnR, e todos estes dados foram analisados em uma perspectiva dialética, entre o que é conhecimento teórico e prática do trabalho em saúde.

**Quadro 1** – Das Categorias analíticas e seus conceitos.

| **Categorias Analíticas** | **Conceito** |
|---|---|
| A Clínica do Território | Refere-se a construção de uma clínica que se faz a partir do reconhecimento território de vida das pessoas, e das suas relações com o mesmo. Está associado a uma compreensão ampliada de território, para além de seus aspectos físicos e geográficos, mas também relacional simbólico e existencial. |
| A Complexidade dos Casos e sua relação com a Clínica da eCnR | A população em situação de rua representa um segmento populacional com grandes vulnerabilidades sociais e de saúde, o que impõe aos serviços de saúde e à prática clínica grandes desafios. |
| O paradigma para o cuidado: Autonomia ou Tutela | Refere-se a discussão sobre a produção de autonomia ou tutela no cuidado, enquanto um posicionamento ético na clínica, que gera impasses e contradições no trabalho em equipe. |
| Vínculo e sua relação com o modelo de atenção da eCnR | Compreende-se por vínculo um atributo essencial da APS construído a partir de uma relação terapêutica entre profissional-usuário, que na eCnR é considerado ponto de partida para o cuidado, e que se dá pela disponibilidade à escuta e acolhimento. |
| O Exercício da Clínica Ampliada pelas equipes | A clínica Ampliada é o conceito central do presente estudo, e será abordado de alguma forma em todas as outras categorias de análise. Compreende-se por um exercício de ampliação do olhar e da atuação em equipe multiprofissional para além da atenção à doença e do saber biomédico, contribuindo para a construção de um novo paradigma para a saúde pública voltado para a defesa da Vida. |
| A Solidão da equipe de Consultório na Rua – onde está a Rede? | Compreendida pela relação esperada entre a eCnR e as redes de atenção à saúde e intersetoriais, e os desafios e limites encontrados no cotidiano de trabalho que repercutem no exercício do atributo de coordenação do cuidado pelo consultório na rua. |

## 7. RESULTADOS

Os resultados obtidos por este estudo serão sistematizados em grandes categorias de análise que se relacionam com a discussão sobre a prática clínica da equipe de consultório na rua, já apresentadas na seção de metodologia, que emergiram dos relatos dos profissionais nos grupos focais, são elas:

- A Clínica do Território
- A Complexidade dos Casos e sua relação com o cuidado da eCnR
- O paradigma para o cuidado: Autonomia ou Tutela
- Vínculo e sua relação com o modelo de atenção da eCnR
- O Exercício da Clínica Ampliada pelas equipes
- A Solidão da equipe de Consultório na Rua – onde está a Rede?

Tal sistematização, se fez necessário, para aprofundar a compreensão e análises acerca da percepção dos profissionais da eCnR do centro em relação ao trabalho ali produzido, relacionando-o aos conceitos importantes na elaboração deste estudo.

### 7.1 A Clínica do Território

Pode-se perceber que o trabalho da eCnR era estruturado a partir de um processo de aproximação e compreensão da Rua enquanto território de vida das pessoas. É com tal perspectiva, que as práticas se organizam, de forma singular, a partir de um determinado contexto ambiental, possibilitando a oferta variada de cuidado ampliado à clientela. Nas falas dos profissionais da equipe foi possível identificar o quanto a clínica produzida nestes dispositivos se constrói, necessariamente, "contando" com os elementos reais e subjetivos que a rua oferece. A lógica de vida na rua atravessa todo o modo de organizar a atenção aos usuários e a oferta de cuidados está também ligada às necessidades básicas como o sono, alimentação, higiene, mecanismos de proteção, e que apresentam peculiaridades nesta população. Considerar estas especificidades relacionando-as as singularidades de como cada sujeito se organiza é fundamental à construção de uma clínica ampliada à população em situação de rua.

> *"A rua é em si um espaço de realidade dessas pessoas, e pra gente tratar dessas pessoas tem contar como espaço, com as*

> *possibilidades de acompanhar na rua, com o que a rua significa para essas pessoas, com o desejo dela estar na rua, com a história de vida dela na rua, ou seja todos os elementos da rua que são elementos fundamentais para o tratamento, e não expurgar isso numa lógica de tratamento, então é considerar os elementos simbólicos e reais também. Possibilitar que ela tome o remédio na rua, dê continuidade na rua, são essas possibilidades aí..”* (Profissional 1).

> “*A gente vai para rua, pensando que ali há possibilidade de cuidado, a gente vai e faz grupos lá de prevenção e promoção de saúde. A gente reúne as pessoas, a gente fala a linguagem da rua... Então a rua, é um meio de cuidar do outro”* (Profissional 2).

Deste modo entender a Rua como território de relações e de vida das pessoas, torna-se uma prerrogativa do trabalho extremamente complexa e ao mesmo tempo desafiadora para o trabalho em saúde nesse lócus. Fruto de suas experiências cotidianas no território, os profissionais da eCnR construíram uma concepção própria deste espaço – a Rua – e do trabalho em equipe ali produzido. Com uma aprendizagem adquirida com o tempo, o olhar atento e *o estar* no campo, pode-se perceber que novas competências profissionais emergem para a eCnR.

> *“Eu vim crua de tudo, eu não sabia nada versus nada... pra lidar com população de rua, o cheiro, as drogas, não estava acostumada. Foi difícil pra mim, no começo principalmente o cheiro. Os palavreados e as drogas, não incomodavam. Daí eu fui aprendendo, como chegar até eles – oi, boa tarde, bom dia, posso falar com você? Quando eles estavam dormindo - não chega, porque eles não gostam. Quando eles estavam cheirando e tinha uma briga, a gente não chegava. Aí depois eu fui acostumando com eles”* (Profissional 3).

> *“O nosso olhar no início era apenas para aqueles que estavam na rua mesmo, que estavam doente.. brabo... Ai começamos a entrar no restaurante popular, e ai começamos a desbravar.. onde ficavam os profissionais do sexo, as travestis, as ocupações. Ai começamos a perceber e trouxemos pra discussão.. as profissionais viviam da rua e se mantinham através da prostituições para no final da noite ter um lugar.. e nas ocupações precisavam de um espaço para se protegerem,*

> *tinham filhos..e assim me orgulho muito por ter conseguido a aceitação das travestis.. é uma outra categoria. Nós conseguimos o trabalho e o respeito delas na Central do Brasil. Hoje quando eu passei lá..a usuária falou: e o psicólogo?..eu estou em falta"*( Profissional 4).

A fala de um profissional da eCnR, destaca o saber do Agente Social como diferenciado, por "desbravar" a Rua, assumindo um papel de "antropólogo" ao conectar-se com a complexidade do território, identificando suas necessidades de uma maneira muito sensível às gravidades das situações.

> *"Lembro daquela cena na central do Brasil , tinha um alcoolista.. que tava no meio da rua. Tá certo que tinha mais de 50.. mas tinha uma coisa da leitura antropológica que os agentes que sinalizaram: ele* ***tá caído no meio da rua****. A gente sabe que as pessoas bebem e caem, mas pra estar no meio da rua ele deve tá com alguma coisa diferente. E quando a gente foi ver ele estava muito mal..com dengue. Achei isso de uma sensibilidade importante. O Saber do Agentes de rua é diferente"* (Profissional 5).

Este processo de aproximação e conhecimento do território, que acontece por meio do olhar atento, das "abordagens", cadastramento dos usuários e visitas sistemáticas à rua, ocupa uma posição central para a organização da oferta de cuidados pela eCnR. Pode-se destacar, na visão dos profissionais, de que estas práticas são promotoras de acesso. A eCnR efetiva-se como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e para outras políticas púbicas, sendo esta uma potencialidade da atuação da equipe na Rua. Esta potência se consolida pelo trabalho em equipe, especialmente do ASS, profissional que está dia-a-dia no território.

> *"A porta de entrada no serviço começa com os Agentes de Saúde, então através dessa abordagem a gente conhece o paciente, e procura ver como ele está, para poder passar para equipe técnica de acordo com a demanda dele. É muito interessante, porque esse primeiro contato é fundamental, porque ali vai estabelecer qual relação.. você vai estabelecer com o cara. Você começa a entrar na vida do cara, a perguntar se ele tem alguma doença venérea, se usa algum tipo de droga e tem que agir com muita naturalidade, ao mesmo tempo isso é*

> *uma linha muito tênue porque ele não pode te ver como amigo. Isso tem a ver com a expertise do agente, porque você tem que usar a linguagem deles mesmos. Como a população é muito heterogênea você encontra com pessoas que são engenheiros e são moradores de rua, e aquelas que foram institucionalizadas a vida inteira..”* (Profissional 6).

> *“Através dessa abordagem e desse contato, até mesmo no cadastro, que aparecem as demandas, daí a importância do agente na rua, para ter aquela continuidade”* (Profissional 7)

Foi ainda discutido pela equipe, a heterogeneidade dos grupos que vivem em situação de rua e a necessidade de identificar as suas lideranças, como estratégias de aproximação e inserção nestes cenários.

> *“Logo que cheguei e comecei a trabalhar, sabia que o Fábio era o líder ali na Cruz vermelha.. então tive que construir uma boa relação com ele.. eu precisei me apresentar.. daí a importância de observar o território e perceber com quem você tá falando. Observei logo no início que a população de rua é muito heterogênea..você tem que ter muito jogo de cintura”* (Profissional 6).

> *“Começamos a ir em outros horários, fora do nosso horário para perceber as autoridades da rua.. qual o horário mais fácil de encontrar. A gente percebeu muitas necessidade..”* (Profissional *4)*

Percebe-se que cuidar das pessoas nestes contextos de vida está intimamente ligado a uma relação de cuidado também com a Rua. A equipe se insere neste território, respeitando os modos de vida na rua, às suas diversas formas de organização, os seus códigos, regras e dinâmicas. Em um processo gradual de aproximação e conhecimento mútuo amplia-se o olhar e as possibilidades de cuidado. Os profissionais relatam que esta relação de cuidado com a população e território, possibilita a conquista de um respeito, também da rua com a equipe, o que legitima atuação *da saúde* e, por vezes minimiza riscos na realização do trabalho. Assim, estabelece-se uma relação clínica não só com os sujeitos, mas também com o território.

> “*Nós fomos na cracolândia de noite, atrás do usuário. E conforme a gente ia se aproximando, eles iam dizendo: olha a*

> *saúde aí, a saúde aí.. com respeito. Queriam proteger a gente"* (Profissional 7).

> *"Acho que a rua é uma troca, eu aprendi muito com a rua...a gente percebe que tem olhares ali naquela área.. 24h a gente está sendo observado. De repente um dia, uma pessoa atravessou e disse: a senhora é cuidada pelos anjos do céu e da terra também. Pode ficar tranquila porque nada acontece com a senhora e seus colegas. Então, a gente tem que ter cuidado com o que faz na rua, se dar uma resposta num rompante mal humorada a gente desconstrói tudo que já conquistou"* (Profissional 4).

A existência de grupos e redes na Rua torna-se grande apoio para a equipe, tanto na identificação das situações graves, sinalizando estas demandas aos profissionais, assim como no manejo clinico e continuidade do cuidado aos usuários.

> *"Quando acontece alguma coisa com um deles, é fácil a gente ficar sabendo..uma rede que dá informações, e a gente sempre fica sabendo, tem uma rede de ligação que faz chegar a informação muito rápida"* (Profissional 6).

> *"Alguns pacientes não querem se aproximar do serviço, mas na rua, chega um, outro que fala pra ir lá, se tratar.., que ajuda a convencer algum paciente a se tratar. Aí eles começam a ajudar, dizem vai cara, tu quer morrer? Tu lembra do fulano que morreu. Aí um vem com você, diz pro outro que não quer: se você não quer eu quero. Aí este vem com a gente"* (Profissional 4).

> *"A gente consegue fazer na rua bastante coisa. E isso é muito importante. Porque é o único espaço que a gente pode contar é com essa rua mesmo, né. Atores né que chamam. Indiretamente o exército, o banco, os jornaleiros, as profissionais de sexo. A China lá né que está no restaurante, mas está ali acompanhando"* (Profissional 4).

A clínica de território se faz presente como parte importante e inicial do trabalho da eCnR, momento de reconhecimento, de aproximação da equipe ao meio e à comunidade na qual sua clientela habita, reconhecendo suas características e

singularidades. Este exercício de aproximação traz potencialidades à ampliação da clínica. Mas, também, impõe alguns limites e desafios, representados pelas próprias vulnerabilidades da Rua, a exposição da equipe à violência, a gravidade dos processos de exclusão e marginalização social. Nesse contexto, há que se considerar que a eCnR lida essencialmente com pessoas de maior vulnerabilidade física, mental e social; com casos complexos e de difícil manejo pela equipe. Os profissionais precisam reconhecer essa complexidade e desenvolver um olhar diferenciado para estas situações – uma Clínica da Singularidade – conceitos que aprofundaremos a seguir.

### 7.2 A complexidade dos casos e sua relação com o cuidado da eCnR

De modo geral, as pessoas que vivem em situação de rua apresentam inúmeras complicações físicas e mentais que se agravam com o tempo em função das condições de extrema pobreza, violência e vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2012).

A fala da profissional traduz um pouco das situações complexas que presencia diariamente na rua, bem como os desafios estruturais encontrados na prática, em função do grande quantitativo de usuários a serem acompanhados pela equipe, a dificuldade de os usuários irem até a unidade básica e profissionais realizarem os atendimentos in loco.

> *"Por exemplo, como o caso da Dona Clara, no meio do lixo, aceitando a comer lixo, ou não aceitando a se alimentar, defecada..com HIV, ela veio à óbito há dois meses atrás..ia e voltava, era uma pessoa que tinha uma família..tinha uma filha que trabalhava na defensoria pública. A Maria da Graça também.., que tira a roupa no meio da rua, com transtorno mental, vai e vem.. que não consegue aderir, mas quando vê você abraça, chora, diz 'você não quer cuidar de mim', e a gente começou a avaliar.. e como ela tem outras pessoas, com transtorno mental, com várias situações.. no restaurante popular eles tem dificuldade de dormir... no meio do lixo, das fezes, hoje tá pior que anteontem, é gritante! Então, são casos graves, gravíssimos..e que suportam estar ali..porque até eu não tô mais suportando ver aquilo, é difícil.. acho que não só pra gente, mas para muita gente... você vê aquele povo no mesmo lugar, não saem dali..é muito grave. O que a gente tá fazendo pra eles? E com eles? Eles têm consciência de que tem que se cuidar, mas não chegam* [refere-se a dificuldade o usuário ir até a sede do CnR, e sair da Central do Brasil] (Profissional 4).

A equipe presencia o extremo da condição de vida, precisa conviver com o sofrimento físico e mental assolados pela quase ausência de cuidado, a iminência da morte, um fantasma que ronda o trabalho e que o torna angustiante. Aprender a lidar com isso, sem o distanciamento e a frieza, mas desenvolvendo estratégias que permitam compartilhar as responsabilidades entre a equipe, usuário e rede, é fundamental para o trabalho. Reconhecer ainda, alguns limites de atuação da equipe como lidar com a morte, as perdas, o fracasso, e considerar que a decisão de viver ou não é sempre do outro, ainda é um aprendizado para equipe.

> *"São as mesmas pessoas que há 3 anos a gente tá cuidando, são as mesmas pessoas dos mesmos lugares..isso tá me fazendo mal* [chora], *mas assim, ou a gente arruma um espaço mais próximo dessa gente, porque alguém não consegue chegar mesmo, ou a gente vai ver morrer* [chora]. *Eles teriam uma referência ali..a gente já percebeu, se tivesse um curativo mais próximo...Sr. João, tá com a perna podre lá, um caso gravíssimo, tá saindo miiase, tá fedendo, e ele não consegue chegar..e quando você marca, ele não tá no local* [refere-se a ir com o carro da eCnR para buscá-lo para ser atendido na sede] (Profissional 4).

Outra questão importante, é o fato de muitas situações se tornarem mais complexas em função da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o despreparo dos profissionais de saúde (que não atuam na eCnR) e da rede intersetorial para lidar com a população em situação de rua. A eCnR relata inúmeras situações em que houve piora clínica ou abandono do tratamento, em função do descaso da rede, especialmente das emergências. Como por exemplo, no caso relatado a seguir pela profissional da eCnR.

> "*Um PM simplesmente esmagou a mão do garoto de 24 anos no paralelepípedo ... foi pro Hospital. Foi atendido, operado, cirurgia de mão. Um dos dedos dele fizeram a cirurgia com pinos pra tentar colar os ossinhos que estavam todos esmagados. Só que ele foi pra rua de novo com orientação de fazer curativo diário e pra 30 dias depois voltar. Só que nesse intervalo até 30 dias que ele tinha que esperar, aquilo piorou,*

> *foi uma coisa horrorosa, infectou e ele veio pra cá na segunda-feira. Com dor, secreção, infecção. O médico entrou com antibiótico. Fizemos o curativo. Quando ele chegou no dia seguinte ele estava tão desesperado com a dor que ele tomou os 14 comprimidos de uma vez achando que ia tirar a dor dele.. Quando ele veio aqui de manhã do dia seguinte, que ele relatou isso pro médico que ele estava com muita dor, que tomou os 14 comprimidos e não adiantou nada, o médico referenciou ele pro CER[4], descrevendo todo caso dele, que era grave. Terça-feira de tarde eu lembro que ele voltou do CER e lá só se preocuparam com o antibiótico que tomou, não se preocuparam, não olharam, não tiraram o curativo da mão dele. Olha a recomendação deles: não recomendamos lavagem gástrica porque já passou não sei quantas horas..sugerimos manter a medicação, entrar com ranitinina e curativo diário na ESF. O cara voltou e ele estava assim: corta a minha mão doutor, pode cortar a minha mão. Desespero! Ele gritava. Ai todo mundo zoava ele, os colegas da rua - Ih! Você é um marica! O cara chorava, o cara gritava... Corta a minha mão! Quando eu abri e tirei o curativo... Ninguém conseguia. Olhar! Ele tinha o osso... Ele não tinha músculo, esses ferros fixados por parafusos, a unha aqui, os ossos com um parafuso aqui. Ele não tinha tecido. Tinha miíase. Uma coisa horrorosa. Aquilo ali é amputação com sorte de um dedo ou sem sorte a mão. Fizemos nova regulação, ai, não entrou no CER . Voltou para o hospital..fez a cirurgia da mão até o cotovelo*" (Profissional 8).

Tal relato não evidencia apenas as dificuldades inerentes a continuidade da assistência em outros níveis de atenção, mas também a violência da rua, a precariedade de recursos nestes cenários, a dificuldade do usuário procurar ajuda no serviço de saúde logo de imediato devido, também a um processo de naturalização da dor e de só ir nos serviços quando a situação se agrava. Neste caso, lesões físicas, que em outros contextos poderiam ser facilmente recuperadas, na rua, levou à amputação, em função de inúmeros fatores que aumentam o risco de infecção e de piora clínica.

Diante da necessidade de melhor compreender a complexidade dos casos atendidos, e priorizar as situações mais graves, a equipe elaborou uma classificação de risco e vulnerabilidade própria, chamada de "classificação de casos", com pontuação

[4] CER – Coordenação de Emergência Regional, é um novo modelo de atendimento de urgência e emergência da cidade do Rio de Janeiro. Funcionam 24h e ficam ao lado de um hospital de emergência grande porte, absorvendo os casos de menor complexidade.

diferenciada para cada agravo, situação de saúde e condições sociais mais prevalentes na rua. O somatório destes itens avaliados, em cada caso, gerava uma pontuação que poderia ser interpretada como de alta ou média complexidade.

> *"Todos os casos são graves..mas precisava da gente entender, até que ponto esses casos são graves..porque morar na rua e passar o que eles passam já é grave..a gente tentou fazer papelzinho verde pra tentar classificar ou amarelo, vermelho, a gente criou várias coisas para poder também entender esse serviço, entendeu? [*refere-se a classificação de risco utilizada durante alguns meses no acolhimento*]. A gente foi conseguindo formar ele de acordou com o nosso dia a dia, com nossa experiência..que foi acontecendo no dia a dia..porque a gente começou no bombardeio, sem saber o que era, onde estava se enfiando (...). Então, a gente queria perceber: todos os casos são graves, tá, mas porque todos os casos são graves?* (Profissional 2).

A equipe considerou que este instrumento merecia ser aprimorado, uma vez que de acordo com a classificação, a grande maioria dos casos apresentaram alta pontuação de risco, tornando difícil utilizá-la como ferramenta para priorização dos casos. E ainda, o instrumento não conseguia captar a singularidade dos sujeitos atendidos, o que tornou um limitador na prática. Mas a construção deste instrumento, bem como as inúmeras discussões sobre a sua utilização estimulou à reflexão em relação à prática, contribuindo para a ampliação do olhar sobre as problemáticas do território e dos sujeitos.

> *"Esta classificação serviu muito para isso, pra gente se antenar..a cara, o idoso....tá o idoso, mas as vezes passava despercebido pela gente..nessa classificação a gente começou a falar que ele pode ser hipertenso, diabético..olha essa aqui é jovem e tá com hanseníase... serviu para ter outro olhar em relação a essas coisas* (Profissional 2).

> "*Acho que a nossa avaliação aqui, é muito mais subjetiva, pode ter um idoso hipertenso, diabético e catarata, mas ele busca o serviço, se orienta, ele vai em outros serviços, ... diferente do jovem que usa crack o dia inteiro, todos os dias, é diferente. Então como classificar a diferença? A avaliação é muito subjetiva. Por isso tem que discutir o caso*, não sei se o método *ideal seja a pontuação, tem que refinar esse instrumento* (Profissional 9).

A complexidade do caso está relacionada, também, a percepção dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e sofrimento. A pessoa em situação de rua apresenta uma percepção sobre o processo saúde-doença, muito peculiar, extremamente relacionado a sua história de vida, aos processos de exclusão e negligência do Estado. Diante disso, é comum estas pessoas procurarem os serviços de saúde somente em situações extremas, quando o seu estado de saúde está comprometendo a sobrevivência. Isto pode ser percebido na fala do profissional, quando diz que outros fatores além do vínculo e do esforço da equipe interferem na adesão ao tratamento.

> *"Fatores de risco bem alto, de vida, por exemplo o Sr. Francisco, que a gente buscou ele na rua, fazia o dots, buscava comida pra ele, mas ele não queria fazer adesão ao tratamento, abandonou o tratamento de HIV, de Tuberculose várias vezes. Mesma coisa o Alexandre, a gente foi lá.. fizemos o tratamento diretamente observado, acompanhamos, tinha vínculo, mas abandonou..mas depois que o tráfico tá querendo matar ele, ele resolveu a voltar para o tratamento..nestes pacientes a gente fez tudo, mas os fatores da realidade fez eles retomarem o tratamento* (Profissional 7).

O manejo clínico de casos e situações complexas no cotidiano de trabalho da equipe requer um exercício contínuo de construção de estratégias de cuidado possíveis, dentro da realidade concreta, considerando as situações de riscos e vulnerabilidades presentes e que atravessam a vida na Rua. Há que se construir, também, novas concepções clínicas que superem a visão apenas biológica, curativa, intervencionista, mas que incluam as subjetividades e promoção de autonomia dos sujeitos. Neste sentido cabe interrogarmos, como utilizar a promoção da saúde, enquanto marco conceitual e político, para a construção de novas práticas que ampliem a autonomia dos sujeitos nos processos de cuidado e gerenciamento de sua própria vida mesmo diante de situações de extrema vulnerabilidade? É necessário criar novos paradigmas para o cuidado para a população de rua ou precisamos de novos paradigmas para a saúde? Os limites e os desafios que o trabalho com a rua apresenta ao SUS é algo específico dessa realidade ou são os mesmos, intensificados pelo alto grau de vulnerabilidades e complexidades?

### 7.3 O paradigma para o cuidado: Autonomia ou Tutela

Aqui iremos resgatar, através do discurso dos profissionais da eCnR, as divergências relacionadas à produção de autonomia e tutela no cenário da rua. Apesar da busca por autonomia ser algo extremamente divulgado e discutido na atenção primária, não é simples, e nem mesmo alcançável em sua plenitude. Existe algo de especial na discussão de tal temática para a população em situação de rua que merece ser explorado, em função daquilo que já foi dito: a complexidade dos casos, o imaginário social que a envolve, o distanciamento das práticas de saúde em relação a estas questões. A discussão de autonomia e tutela está relacionada a um posicionamento ético no cuidado e com a lógica clínica/política do trabalho que se quer produzir.

Algumas falas apontaram para os limites do exercício da autonomia do sujeito, onde há necessidade de se intervir diante da preservação da vida, quando as possibilidades de acompanhamento na rua se esgotam, colocam o sujeito em risco e podem comprometer gravemente o seu estado de saúde. Como por exemplo, situações em que usuários em estágio avançado de tuberculose negam o tratamento; grávida com HIV e transtorno mental grave é vítima da violência sexual constantemente na rua; usuária insulino-dependente descompensada em uso de várias medicações psiquiátricas não aceita abrigamento ou internação.

> "*quando você vê alguém débil ou muito gravemente enferma, ou grávida colocando o outro em risco, ou doida de pedra (...) nestas situações aí, é muito difícil pensar que há um sujeito ali falando, casos que colocam limites tem sido evidente pra gente. Por onde a gente vai sustentar que tem um sujeito ali que pode falar?"* (Profissional 1)

> "*Você pode ser questionado por vários aspectos, mas naquele instante de vida e morte, é o dever do profissional agir. Na hora do limite a gente toma atitude*" (Profissional 10)

> *"Acho que é um conflito ético, se você pegar a nossa legislação tá escrito o quanto deve ter que intervir para não ser negligente. Eu tô falando do parâmetro da profissão. O cuidar as vezes independe do desejo, o paciente tá querendo morrer e você insiste para mantê-lo vivo. É o cuidado integral. A gente não pensa só numa parte do corpo, a gente pensa num ser humano, em algum momento a gente intervém.. então quando ela disse*

> *[refere-se a discussão de um caso e a posição de outra profissional]: Agora você vai sim [ser internado], ela tava dizendo para o indivíduo você vai se cuidar, depois a gente reflete e refaz sua autonomia do autocuidado..mas nesse momento eu assumo o cuidado por você.. Pode ser questionado por vários aspectos, mas naquele instante no limite de vida e morte, é o dever do profissional. Na hora do limite a gente toma atitude"* (Profissional 10).

> "*A discussão está girando em torno da questão do cuidado e de você lidar com alguns conceitos, algumas atitudes que em outro momento da assistência [a saúde] eram considerados anti-reforma (...) A gente tá vendo a tutela sempre como uma coisa negativa. Mas dependendo da situação pode ser positiva, eu acho que o principal é o cuidado, se não a gente se perde no conceitual e deixa de ajudar o outro"* (Profissional 11).

Percebe-se uma preocupação, em sempre apostar na construção do vínculo e nesta implicação do usuário, com a intenção de potencializar a autonomia dos sujeitos nos processos terapêuticos. Neste sentido, há um esforço de problematizar o que seria tutela na prática clínica.

> "*Eu acho que qualquer ato pode ser tutelado ou não, o mesmo procedimento, dependendo de como você implica o outro nisso, pra mim esse é a definição de tutela*" (Profissional 1).

No entanto, em outros momentos, os profissionais relataram situações em que as urgências clínicas ou gravidade dos casos requerem a tomada de decisão quase que imediata, o que pode aproximar de uma postura de tutela por não respeitar o desejo e autonomia do usuário. Ao identificar algumas situações de maior gravidade física, a equipe sente-se responsável pelo cuidado, gerando muitas vezes um impasse e um conflito ético do que cabe ou não ser feito.

> "*O paciente chega tão mal que a gente quer sair um pouco daquele mal estar. Daí chega alguns pacientes, como o Rodrigo, em que a gente percebe que não adiantou nada, todas as tutelas de sentidos que eu fui dando, porque de alguma forma eu fui tentando achar algumas saídas para esse paciente sofrer menos. Aí você chega em uma tábua rasa, talvez eu tenha errado. Porque ele chega com tanta dor, chorando, que você fica buscando alternativa para ele sair da dor. Mas hoje eu pensei, depois destes três anos com esse paciente, talvez não seja*

> *possível sair da dor. Olha que já foi feito de tudo, ele vem me procurar, tem vínculo*" (Profissional 1).

> "*Por que em determinados momentos, nós sofremos tanto para entender, por exemplo, quando a gestante está em trabalho de parto ou diante de uma falência renal, que necessita de intervenção em três dias o indivíduo pode morrer. Qual proposta a gente pode dar? Ele precisa ser internado. Não dá pra enxergar que neste momento, o hospital pode ser uma continuidade da rua? Como aqui? Depois ele volta*" (Profissional 10).

> "*O que a gente faz com aqueles casos que não querem se tratar? (...) A gente tava falando na semana passada de uma paciente que não se trata de tuberculose né..então esse é um impasse que gera entra essa clínica da atenção piscossocial, digamos assim, e esse mandato mais sanitário, né? de tratar as pessoas, que pede uma certa pressa. Até porque a tuberculose vai piorando. Então negociar isso....porque a gente tá dizendo pro o outro que ele precisa se tratar, mas isso é construído com ele. Então isso cria um certo impasse entre esses dois mandatos, e vai contra essa questão da autonomia do desejo, porque não sendo alguém em completo surto, que não consegue se colocar ali, não consegue ter um sujeito que responda por isso, as pessoas podem decidir não se tratar. E aí o que a gente faz com isso? Porque, por exemplo, se eu tivesse na minha casa, ninguém ia arrombar a porta da minha casa para eu tomar o remédio. Mas na rua tem essa questão, é um espaço público. A gente invade esse espaço e faz o outro se tratar..isso pra mim é uma questão*" (Profissional 5).

O fato de a rua ser um espaço público legitima qualquer intervenção nas vidas das pessoas que ali vivem? Qual seria esse "mandato sanitário" que nos permite exercer tal poder? Estes questionamentos trazidos pelo profissional devem ser considerados na prática clínica que prevê a construção de autonomia. O recolhimento compulsório com criança e adolescentes em situação de rua, não é uma direção de trabalho do CnR, mas interfere na prática dessas equipes e foi levantada como um exemplo mais concreto de tutela de sentidos produzido pelo Estado.

> "*O recolhimento compulsório é a total tutela de sentidos, e a rede demanda - tem que internar porque ele tá morrendo usando crack! É a tutela social que vem dessa forma tão radical com criança e adolescente, e a nossa função é interrogar um pouco isso, não ficar levantando bandeira, mas interrogar a*

> *partir de cada caso com essas instituições que trazem esses pacientes que são recolhidos por conta do crack, e dizer, olha: ele não tá dizendo que o problema dele é o crack, porque você tá localizando que ele deve ser internado por isso? Acho que isso é o radical da tutela que a gente lida todo dia aqui neste serviço*" (Profissional 5).

> "*Acho é mais complicado quando a gente tutela o sentido da fala do outro, o sentido do desejo do outro. Por exemplo, quando a pessoa fala: eu estou usando droga, recaí, e agora preciso melhorar. Daí você escuta este "melhorar" e entende que quer dizer no sentido de se tratar, que eu preciso criar estratégias para ele se tratar, dar condições para ele se tratar, sem entender direito o que é esse melhorar. Acho que essa é a maior dificuldade da gente"* (Profissional 1).

Percebemos que a discussão de autonomia e tutela não se esgota, e traz muitas reflexões sobre a posição da equipe ao ter que lidar com situações tão complexas. Reconhecer na prática clínica a singularidade das situações implica em ter que pensar também de maneira singular a condução de caso, em cada contexto. Esta categoria está relacionada aos inúmeros desafios na prática dos profissionais de saúde, dentre eles a construção de uma clínica interdisciplinar, humanizada e que promova autonomia dos sujeitos.

### 7.4 Vínculo e sua relação com o modelo de atenção da eCnR

Pretendemos aqui, explorar como o vínculo com a população em situação de rua e outros atributos da APS como a responsabilização e longitudinalidade se concretizam e tomam corpo no cotidiano do trabalho das equipes de consultório na rua. Modelos de atenção primária à saúde integrais devem ser potentes em seus atributos essenciais, como ***ser o primeiro contato do usuário, promover o vínculo longitudinal, a integralidade e coordenação do cuidado***.

Do ponto de vista do acesso à saúde, a ausência do domicílio parece desterritorializar o morador de rua que, de maneira geral, procura atendimento nos serviços de saúde, o que pressupõe não ser de responsabilidade de ninguém, e esta talvez seja a primeira questão que surge aos profissionais no encontro com esta população, especialmente na atenção básica – devo cadastrá-lo? Enquanto a definição

do local de moradia e consequentemente o cadastro do usuário na ESF é o ponto de partida para o acesso, para as eCnR tudo se inicia a partir da relação que se estabelece com o usuário, com a aproximação e compreensão de sua relação com a rua, e o vínculo que se constrói através da disponibilidade da equipe na oferta de escuta e cuidado. Para eCnR, a noção de território é mais ampla, os movimentos migratórios da população por vários pontos da cidade, requer estabelecer uma relação com o usuário que vai para além de sua localização em um ponto fixo do mapa de atuação, mas de tornar referência de cuidado, a partir do vínculo que se estabelece com o mesmo. Desse modo, pode-se afirmar que a eCnR é de fato, a porta de entrada na atenção básica desses usuários, uma vez que pela ausência de domicílio, documentos e até mesmo pela aparência física desta clientela, as UBS tradicionais criam barreiras de acesso. Mas para efetivar esse atributo, a construção do vínculo entre a equipe e a clientela é condição absolutamente prioritária e um dos primeiros passos para o cuidado pela eCnR.

O vínculo é uma diretriz do cuidado na Atenção Primária que se constrói a partir do encontro profissional-usuário e disponibilidade de ambos na relação terapêutica. O que possibilita, aos poucos, pensar com o usuário, dentro de seu contexto de vida, estratégias de cuidado e promoção da saúde. Há uma diversidade de estratégias de construção do vínculo como, por exemplo a partir da abordagem ativa da equipe no território ou da demanda/necessidade dos usuários (uma situação de emergência, por exemplo, pode gerar outros contatos subsequentes). A abordagem pode se dar de forma direta a alguns usuários ou voltada a grupos, nos quais o mesmo está inserido e tem laços de afetividade, respeito ou até mesmo submissão.

O profissional da eCnR relata que em sua prática, a construção de vínculo com a população de rua está associada a um processo de construção de referência no território, a partir da sua presença na Rua. E ainda, que o cuidado realizado com alguns usuários na rua possibilita a aproximação de outros, tornando-se uma estratégia utilizada, por exemplo, com adolescentes que não tem uma relação com o CnR, e que no primeiro momento não permitem contato direto.

> *"As vezes eles no primeiro momento não querem, te ameaçam, pegam um pedaço de pau (...) E quando a gente trata os próximos que estão em volta, eles querem se aproximar, se interessam (...) A pessoa nunca falou comigo, mas quando chega aqui, ela diz : aquela tia que passou lá... sou referência do território e depois cria o vínculo. Ele não sabe o seu nome,*

> *mas sabe que você existe. Ele não tem vínculo com você, mas você é referência pra ele"* (Profissional 2).
>
> *"O legal é quando a abordagem se inverte, ao invés de você abordar ele, ele que te aborda: ô saúde..não precisa agarrar o cara e beijar ele, mas é aproximar dele*" (Profissional 7).

Outro profissional chama atenção para a importância de "*não ter muita pressa para resolver as coisas, mas ir se aproximando gradativamente, e construindo o vínculo*" na relação terapêutica (Profissional 5).

Ao discutir esta temática, os profissionais tentaram diferenciar, o que seria o processo de construção de referência no tratamento e de construção de vínculo com o usuário.

> "*Referência tem a ver com uma delimitação de um lugar..por exemplo quando falo que a partir de agora o seu tratamento é comigo (...) ou quando dizem: eu sou sua referência aqui na área. Tem a ver com um esclarecimento de um lugar. Isso é referência de tratamento, e vínculo tem a ver com afetividade (...) A referência quem anuncia é o técnico, já para o vínculo a construção é dupla do usuário e profissional.* (Profissional 1).

O vínculo parte da aproximação afetiva entre o cuidador e o usuário, e torna-se o meio para realização de uma prática clínica de qualidade e integral (SANTOS; ASSIS, 2006). Em uma das falas foi abordado afetividade, como um elemento importante nesta relação de cuidado, mas que deve ser trabalhada pelo profissional e equipe, a fim de transformar esse vínculo puramente afetivo em um vínculo terapêutico.

> "*Existe diferença entre vínculo terapêutico e vínculo afetivo. O paciente pode até construir um vínculo afetivo com o profissional, mas o vínculo terapêutico, é o que a gente busca, e o profissional pode se tornar uma referência para o tratamento*" (Profissional 10).

> "*Às vezes Carlos [usuário] pede pra assistente social do abrigo me ligar, dizendo que tá muito mal, eu chego lá e pergunto: que tu tá sentido Carlos? Saudade! Dá vontade de... mas aí eu respiro fundo. Ele me liga três dias seguidos. Ele me ligou de novo. Aí eu disse, desta vez eu não vou, era feriado... (ele liga final de semana e feriado), mas aí eu não aguentei e fui, e realmente ele*

> *tava muito mal mesmo. Daí eu busquei ele no abrigo e levei no hospital...Ele tá com medo de ficar sozinho. Esse vínculo meu com Carlos, tá muito afetivo, mexe muito quando eu saio com ele [acompanhar em atendimentos em outros serviços], eu não consigo almoçar e ver ele com fome, eu não sou obrigada a levar comida pra ele, mas eu levo a minha quentinha e ainda levo a comida dele (...) isso mexe muito comigo"* (Profissional 3).

Segundo Cunha (2009), o vínculo também está relacionado a construção de uma relação terapêutica ou interpessoal do usuário com o profissional ao longo do tempo caracterizada pela responsabilidade e confiança. No entanto, cabe ressaltar que para o CnR a longitudinalidade do cuidado ganha outra dimensão, para além da temporalidade, em função da própria especificidade deste dispositivo e característica da população atendida. As dinâmicas de vida do usuário em situação de rua e sua relação com o território produzem outra noção de temporalidade, que fazem com que o acompanhamento da equipe possa não ser por toda a vida, mas por um dado período, e mesmo assim ter produzido vínculo e responsabilização. A equipe relata que muitos casos são atendidos pontualmente no CnR e retornam somente quando necessitam. E isto, na percepção de alguns profissionais reflete o modo possível de acompanhar esta população. Ou seja, o cuidado para estes casos, pode ser interrompido por um dado momento, mas o vínculo e referência que o usuário estabelece com a equipe se mantém.

> "*Há uma grande quantidade de usuários que são atendidos pontualmente devido a característica da clientela, e as vezes ele pode resolver o seu problema, e some" (...) a população não é fixa"* (Profissional 10).

> "*Esses atendimentos pontuais acabam tornando um sequencial que torna um acompanhamento longitudinal de acordo com o perfil da clientela daqui. Não conseguimos uma dinâmica tão disciplinada que se consegue em outros serviços, mas eu concluo que a gente tem sim com estes casos um acompanhamento longitudinal*" (Profissional 10).

Em outras falas, o acompanhamento longitudinal também está relacionado com a lógica da atenção que se estabelece com o usuário. Ou seja, quando o cuidado da equipe está voltado para o atendimento de determinado agravo, o acompanhamento tende a ser mais pontual, porém quando se pensa para além da doença, as relações do usuário com a equipe se ampliam, podendo se desenhar um cuidado segundo a ótica longitudinal.

> "*Quando o acompanhamento é muito focado na doença fica difícil de ser longitudinal, mas quando é baseado nos processos de vida aí é diferente" (*Profissional 1).

> *"Alguns pacientes de tuberculose, vem querendo acabar o tratamento, quando ele trata, ele some"* (Profissional 7).

> "*O acompanhamento do ciclo de vida que não é focada na doença é longitudinal (...) como por exemplo a clínica da criança que é acompanhada durante anos (..)Mas, a gente atende aqui, por exemplo as crianças e adolescentes e criam um vínculo super legal, mas logo são levadas para os abrigos e isso se perde (...), é uma pena*.." (Profissional 8).

O acompanhamento longitudinal está associado a construção de vínculo, que a equipe chamou de terapêutico, implicado com alguma forma de cuidado ou tratamento possível para a realidade de cada sujeito. Neste processo de vinculação, surge uma questão importante, e singular à população em situação de rua, relacionada à maneira como a equipe responde a quantidade de demandas que são "endereçadas" pelos usuários, como por exemplo de: internação, abrigamento, oferta de banho, comida, vestimenta, etc. Torna-se importante problematizar algumas queixas, identificando o que há de singular nestas solicitações tão comuns na rua.

> *"Na rua você é engolido se for o doutor que sabe tudo. Não precisa falar gíria para eles, mas é uma posição. Primeiro que se você é o doutor eles vão fazer queixas infinitas. Vão te endereçar coisas. Mas às vezes tem que conseguir dar uns cortes, que acolha - você tá dizendo um monte de coisa, vem cá você tem alguma coisa mesmo pra falar, eu tô aqui para te ouvir. Você quer dizer alguma coisa mesmo?"*(Profissional 5).

Em outros momentos, há necessidade de ajudar o usuário a perceber de outra maneira o seu estado de saúde, construindo com ele alguma demanda por tratamento, uma vez que existe, também, um processo de naturalização do sofrimento que são consideradas inerentes a estes contextos de vida, o que faz com que se tolere a dor sem reclamar, que não procure os serviços de saúde, que consiga suportar a perturbação das vozes e conviver anos dessa maneira. A fala da profissional expressa o trabalho de construção de demandas, a partir da presença no território, em um trabalho de estimular no outro o "desejo" pelo cuidado.

> *"Mas também eles são tão excluídos, né? não tem acesso a nenhum serviço, as vezes está queimando de febre, e diz que não tem nada. Então, o desejo se faz a partir do momento que você se faz presente ali, você apresenta o espaço, onde as pessoas vão ouvir. O desejo começa a surgir daí. A gente tá nessa jornada há 3 anos, e tem gente que agora tá começando chegar [*refere-se a ida do usuário espontaneamente a unidade de saúde*]"* (Profissional 2).

A equipe reforça constantemente a responsabilidade de o profissional produzir as demandas no usuário ou desejo em se cuidar, a partir de uma escuta ampliada.

> *" (...) ontem um deles me disse: A minha vontade tá fraca. No fundo eu quero, mas minha vontade tá fraca. Então, onde é que a minha intervenção vai ser eficaz a ponto, de fazer com que esse vínculo ajude o outro a fortalecer essa vontade? Porque o tempo todo, eles tem me passado: eu sei disso, eu compreendo esse mecanismo, mas eu estou fragilizado. E também tenho observado quando eu me torno mais empática na escuta o retorno dele acaba sendo um pouco mais frequente.* (Profissional 10).

> "Q*uando não tem desejo nenhum..a gente precisa começar a desejar e isso vai causar um certo desejo dele"* (Profissional 12).

Neste sentido, o profissional da eCnR chama a atenção para o fato de que a interpretação do que é ou não desejo do usuário, não é algo simples, mas que se constrói aos poucos com o vínculo e nesta relação de cuidado.

> *"Aqui a gente fala o tempo todo do desejo de se tratar, o desejo de não se tratar..quando o Sr. Marcos fugiu...ele não fugiu porque ele não queria se tratar..nem toda vez que a pessoa se recusa a se tratar, significa que ela não quer se tratar. Isso requer um trabalho, que se constrói na relação com o Agente, que a gente não pode tomar isso que aparece como enunciado primeiro, 'não quero ir' como expressão do desejo do cara. Têm vezes você tem que falar assim.. 'meu irmão, tu vai lá', depende da relação que você tem, e ai o cara vai.. ou não.."* (Profissional 12).

Desse modo a responsabilização pelo cuidado é atravessado pelo trabalho clínico de implicação do usuário no tratamento, em um processo de vinculação que valorize o seu desejo e que promova sua autonomia. Outros atributos da APS, como a

integralidade e coordenação do cuidado, serão posteriormente abordados ao relacioná-lo a discussão de clínica ampliada e o trabalho em rede.

### 7.5 Clínica Ampliada e compartilhada: a subjetividade para o cuidado

Consideramos a Clínica Ampliada, um dos conceitos centrais que orientam a realização deste estudo, e todas as categorias de análise que foram anteriormente discutidas se relacionam com este tema, em função da sua importância no discurso e na prática dos profissionais da eCnR. Iremos aqui, explorar as vivências e reflexões relatadas pela equipe, que apontam para o exercício de uma clínica ampliada, e para um modelo de atenção que supere os limites impostos pelas práticas estritamente biomédicas.

Esta categoria de análise, está relacionada a proposta do modelo de atenção em Defesa da Vida, pautada na clínica do sujeito e em sua singularidade, algo que fundamenta a construção do cuidado na eCnR. Discutiremos, a partir da ótica dos profissionais, alguns temas relacionados ao exercício da clínica ampliada, tais como: acolhimento, integralidade, trabalho em equipe; matriciamento; Redução de Danos.

Algumas falas dos profissionais sugerem uma compreensão de que há uma ruptura necessária à ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, relacionado a desconstrução de práticas organizadas, prioritariamente, a partir da atenção à doença.

> "*Realmente é trabalhar sem ideia pré-formada, essa incerteza pra mim é um caldo para trabalhar. É a incerteza de como é que você vai se virar (...) claro que não dá pra se dedicar como pagé dentro da aldeia indígena, naquela função. Mas eu achava que a gente tem que ir [pra rua] com a cabeça de pagé mesmo, olhar relações de saúde, de relacionamento, questão espiritual*" (Profissional 13).

> *"Isso é até cultural, se eu tenho uma pneumonia eu vou ao médico, depois que eu curo, não volto mais. A gente do ocidente trata a patologia! A gente não tem a cultura de tratar e cuidar do indivíduo como um todo num processo de vida contínuo"* (Profissional 10).

> "*Queira ou não a saúde da família, é feita de programas que é pensado em doenças. Eu acho isso paradoxal. Fala-se em tuberculose, HIV, hanseníase, hipertensão, diabetes. Acho que*

> *isso tem um efeito. Todos aqui tiveram que passar por uma construção do que é possível diante de sua especificidade. O que a dentista está se questionando agora, é a boca diante de um todo: um corpo, cabeça. E eu tenho que integrar. Acho isso um desafio* (Profissional 1).

> "*Acho que nem sempre o usuário vem aqui por causa da sua dor de cabeça, não. Isso sempre foi muito claro pra mim. Quando a gente ia pra rua a gente tinha a preocupação quando ele falava: minha cabeça tá doendo muito. Percebia que era uma coisa mais profunda: era por causa de uma angústia, de estar longe da família, não estar conseguindo pagar a pensão para os filhos.. A gente percebe que as meninas da central* [profissionais do sexo] *colocavam não apenas o mal estar físico ou os delírios dela.. O usuário te sinaliza essas coisas.. hoje aconteceu isso, o usuário disse eu não tô bem.. você tá com tempo pra conversar*?" (Profissional 4).

O acolhimento à população em situação de rua é percebido pelos profissionais como uma diretriz tanto para a organização do trabalho quanto para a ampliação da clínica. E o desafio que se coloca na prática é justamente deslocar o olhar para este "todo", escutando o sujeito, percebendo sua singularidade e subjetividade, em meio às demandas identificadas. Conforme afirma Cecílio (2001), "em cada encontro do usuário com a equipe, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou 'travestidas' em alguma(s) demanda(s) específica(s)".

> *"Talvez eu possa falar da minha prática, de muitas vezes ficar tomada pela gravidade do estado físico da pessoa e ter escutado pouco ela*" (Profissional 1).

> "N*estes meses de construção do vínculo eu tenho colocado como um método terapêutico a escuta ativa. A partir do momento que eu passei escutar mais do que falar eu pude conseguir a partir do conhecimento dele introduzir alguma sugestão para o auto-cuidado (*Profissional 10).

> *"Temos histórias muito interessantes, em que o paciente chega através da dor, é atendido, mas acaba falando da mulher, e fala como ele caiu na droga. Chora, chora, chora. Daí no final fala, eu decidi: vou voltar para Daisy*" (Profissional 14).

O acolhimento não está restrito ao trabalho produzido em determinado espaço físico, pois é transversal a todas as ações em saúde da eCnR, seja na rua, na sede ou na rede. É uma prática que transcende qualquer delimitação espacial, por estar relacionada à uma certa postura e disponibilidade à escuta e à aproximação. A clínica aqui proposta, valoriza a produção de subjetividades no encontro com o sujeito e território.

> "*Isso é uma novidade, médico, dentista, psicólogo, assistente social, ir pra rua, assim como para o profissional é novidade para eles* [usuários] *também. Isso é uma nova classe de relacionamento, a gente tem que pegar a subjetividade disso aí, e entender essa subjetividade. A complexidade tá ai.. Porque tratar tem os protocolos. Tratar TB, dst, tem protocolos*" (Profissional 13).

> *"Parece que no Consultório na Rua, você coloca o consultório na rua, mas não é isso. A transferência não é garantida por nenhum dispositivo especifico imaginário – parede, divã, cadeira – o que garante é a sua posição, e isso acontece na rua também. E acho que a resposta a isso é uma coisa que pode ser dada coletivamente, a escuta do psicólogo mais o manejo da ASS produz uma terceira coisa* (Profissional 5).

O trabalho compartilhado e integrado da equipe é fundamental para a construção da clínica ampliada. Neste sentido, a articulação dos diversos olhares e saberes contribui para a orientação das práticas e construção do projeto terapêutico singular, o que produziria, uma "direção do cuidado". Nas falas dos profissionais, a interdisciplinaridade foi abordada como um trabalho e esforço de aproximação entre esses diferentes saberes, algo que está em constante construção, mas também distante da realidade e difícil de ser alcançado em sua totalidade.

> "*Não tenho dúvida de como a gente procura o máximo estar dividindo os casos. A gente conversa bastante, né, tem um esforço muito grande pra gente fazer cada vez mais. (...) eu acho que por mais que a gente tenha esse esforço, a gente é muito mais multiprofissional do que interdisciplinar, no sentido de que todo mundo faz seu atendimento, e a gente ainda precisaria talvez de um mecanismo com que pudesse ter uma direção só de cuidado, as vezes eu acho que isso ainda é uma dificuldade de poder transformar toda essa conversa numa direção mais partilhada e estabelecida. As vezes tem um caso*

> *que eu tô fazendo uma coisa, o outro tá fazendo outra, a gente conversa, mas ainda não tá tão articulado assim*" (Profissional 12).

> "*Na interdisciplinaridade todo mundo vai saber como organiza aquela instituição, todo mundo vai saber as etapas do processo de acompanhamento do caso, e tal.. mas isso ainda é muito distante da realidade que a gente consegue fazer*" (Profissional 15).

Este cuidado compartilhado, imprescindível ao trabalho em equipe, exige sintonia entre os profissionais, mediado pela comunicação e o esforço de aproximação entre as diferentes perspectivas e olhares. Neste sentido, a ideia de "direção de caso", abordada pela equipe, tem a intenção de, a partir da discussão dos casos, e estabelecimento de profissionais de referências, tornar possível a construção de uma mesma lógica de atenção e continuidade do cuidado, onde a posição e atendimento de cada profissional se complemente, minimizando as rupturas ou fragmentação do processo terapêutico.

> *"E quando há uma direção no caso, sempre tem o Agente, enfermeiro envolvido, na ausência de um, a equipe toda age naquela direção, quando é discutido em equipe"* (Profissional 6).

> "*A gente tem muitos casos, e muitos desses casos, vão ver documento, depois vão comigo fazer psicoterapia, vão na consulta do médico... Isso na maioria dos casos, e pode ser que seja por falta de comunicação, é feito de alguma forma multiprofissional. Com certeza, a gente oferece um trabalho de qualidade multiprofissional, mas talvez o que seja possível fazer, tentando fazer o melhor. O que me preocupa as vezes, e talvez a gente possa avançar, nos casos em maior evidencia, os mais complexos. A gente poderia até poupar trabalho, se esses casos fossem mais claramente de algumas pessoas [responsabilidade], teria técnico de referência para alguns casos*" (Profissional 12).

O projeto terapêutico singular (PTS) é um recurso utilizado na clínica ampliada como uma forma de propiciar a integração da equipe e ao mesmo tempo definição de papeis para cada profissional se inserir na condução do caso. A escolha do termo

*singular*, ao invés de individual, tem a intenção de destacar que o projeto pode ser feito com grupos e famílias, e não apenas para indivíduos, bem como frisar que busca a singularidade, ou seja a diferença, como elemento central de articulação (CUNHA, 2010). No discurso dos profissionais da eCnR percebe-se a importância de se desenvolver o PTS para melhor coordenar e compartilhar o cuidado. Mas a prática impõe alguns desafios, como o grande quantitativo de casos complexos atendidos, o estabelecimento de uma comunicação clara e objetiva na discussão de casos, bem como a divisão de responsabilidades na equipe.

> "*Não é só ter a reunião, mas como se faz a reunião. Porque não adianta sentar todo mundo e ficar falando. Acho que a gente coloca muito do caso, mas objetivamente quem é que tá responsável, o que cada um vai fazer?*" (Profissional 15).

> "*Dois exemplos me veio cabeça, o caso do Sr. Murilo.. a gente precisou fazer uma reunião aqui que não foi tão simples, mas deu tudo certo (risos), precisou estabelecer o que cada um deveria fazer no caso, porque cada um estava entrando no lugar do outro ..quem ia pegar o cachorro do Sr. Murilo, outras pessoas interferiram na situação do cachorro que acabou atrapalhando um pouco. Outro caso, o Sr. Pedro, foi uma situação que se eu estivesse aqui ele não iria para a emergência, porque ao ir desgringolou tudo. Ele agora sumiu*." (Profissional 12).

Cabe salientar que a construção do PTS envolve a discussão do caso não só na equipe, mas também com a rede de atenção. E ainda "contar" com as potencialidades do território e as redes informais, da rua, o que tem sido um importante no cuidado de casos complexos.

> "*Uma paciente que a Agente já tinha localizado na Central, estava em crise, jogando pedra, estava nua atravessando pelo os carros. Ai a gente esteve lá e avaliou que era pra internar [foi internada no hospital psiquiátrico]. A gente tem podido contar com uma equipe neste hospital que tem ouvido bastante a gente. Porque a Dona Maria agora que ela está melhor, ela está podendo dizer que ela não quer voltar pra casa (...) o médico [do hospital], está ouvindo isso, sabe. Está ouvindo que pra ela não é família apesar de ser o protocolo de procurar a família, a família até já foi acessada pelo serviço social de lá. E ela disse*

> *que foi emocionante o encontro, voltar pra rua" E ai a gente está podendo construir na rua, contar com o cara que trabalha na banca na rua"* (Profissional 16).

A composição multiprofissional e abrangente das eCnR (equipe mínima da saúde da família + profissionais da saúde mental) faz com que o trabalho de integração entre os profissionais seja um esforço também de incorporação da lógica da saúde mental na atenção básica, o que não é simples, mas um aprendizado indispensável à integralidade da atenção.

> "*É muito difícil a saúde mental em meio a saúde física. Tem sido um aprendizado imenso*" (Profissional 1).

> "*A gente fala da saúde mental como se fosse uma especialidade. "chama a saúde mental" como se não fosse uma lógica do serviço. Se você pensa que o Consultório na Rua é um ponto de atenção da Rede de atenção psicossocial, a RAPS. A saúde mental é a lógica do serviço, ela precisa estar permeando todos os atendimentos. Quando a paciente está dizendo que tem um chip no dente, a dentista não vai mandar para saúde mental. Ela é saúde mental também. Óbvio que tem uma coisa específica do psicólogo e do psiquiatra. Não vamos esperar que a dentista faça uma psicoterapia..mas se ela estiver tocada por uma escuta pode ter efeito clinico no caso"* (Profissional 5).

Neste sentido, o matriciamento tornou-se uma prática necessária à esta integração e ampliação do potencial clínico da equipe, uma vez que acontece a partir da troca de saberes e experiências com a rua entre os diferentes profissionais.

> "A*cho que os profissionais de saúde mental devem ser provocadores de uma lógica de funcionamento de todos os profissionais aqui e não uma especialidade*" (Profissional 5).

> *"Quando eu comecei a ir na rua com o psicólogo, eu comecei a ter outro olhar.. pacientes que eram "inabordáveis" comecei a*

> *aproximar.. Com a enfermeira também.. fui matriciado muito sobre a tuberculose..e outras coisas"* (Profissional 6).

> "*Eu senti muito mais essa questão interdisciplinar com a chegada de vocês duas [assistentes sociais], tinha maior defasagem de conhecimento, a partir do momento que a gente começou a conversar, atender junto, chama aqui, chama ali, a disponibilidade, eu tenho um olhar bem mais interessante para conduzir no acolhimento a condição social dele, o que eu não tinha antes"* (Profissional 10).

A equipe destaca que este aprendizado se faz no cotidiano do trabalho por um "co-matriciamento" onde os profissionais não se colocam em uma relação hierárquica de saberes e nem estabelecem uma única direção para a troca de experiência e conhecimento. É possível o psicólogo matriciar o enfermeiro em relação, por exemplo à redução de danos, mas também o enfermeiro matriciar o psicólogo no manejo do usuário com Tuberculose. Ou ainda, o Agente social matriciar a equipe com o saber e manejo da rua, à medida que também aprende com outros profissionais como lidar com determinadas situações e tratamentos.

> "*[O matriciamento] É um certo aprendizado com o outro que não acontece sob uma lógica hierárquica, de que eu sei e tô te ensinando, de quem sabe e passa para o outro. Acontece com compartilhamento de responsabilidade e que na prática pode ajudar a construir uma lógica de trabalho. Tem uma coisa que eu posso aprender com o outro. Quando eu falo do co-matriciamento com o agente social, eu matricio e sou matriciado, eu não me sentia nada a vontade de ir sozinho pra rua, mas tem uma malandragem da rua que eu não sei. Eu fui até adquirindo aos poucos. Tem até uma coisa que os Agentes se autorizam a fazer do tipo: vem aqui meu irmão, vamo conversar aqui, que o profissional de nível superior não se autoriza tanto* (Profissional 5).

> "*Pude perceber que o agente social traz muita coisa, que não é só do olhar, mas eles têm uma técnica e um conhecimento de fluxo que nem a própria prefeitura tem ou a equipe técnica tem*" (Profissional 15).

> *"O olhar do agente acho que é fundamental, talvez seja o olhar mais completo, e mais desprovido de preconceito, de prejuízo, dentro do espectro cientifico* (Profissional 13).

A busca pela construção de uma clínica ampliada no CnR está relacionada também a inclusão de outras lógicas de atenção que valorizam a singularidade dos sujeitos e dos territórios, como a Redução de Danos. A produção do cuidado sob a ótica da redução de danos, requer a ampliação da percepção da equipe para as necessidades do sujeito para além do uso da droga e seus prejuízos. Percebemos que a redução de danos se faz a partir da valorização dos potenciais do sujeito e não dos danos produzido pela droga. O cuidado do usuário na rua se constrói pela escuta e percepção da relação dele com a rua e com a droga.

> *"Acredito na redução de danos deste serviço porque ela não é feita pelos insumos, mas pelo vínculo com o paciente (...) O cara se sente acolhido, e você olha ele através da perspectiva de vida dele, ai você pode interagir com a pessoa, sem um olhar discriminatório. Um bom exemplo disso pra mim foi o Ailton, quando eu comecei acompanhar o Junior, ele vivia bêbedo caído na rua, etc, eu comecei a falar com ele: Cara tu bebe água? Daí eu sempre que passava conseguia água pra ele, pactuei com ele um local com alimentação gratuita, dele ir lá sem pegar senha, e ele correspondeu. A gente viu o quanto ele começou a ficar bem em determinados momentos, isso é redução de danos. E sem falar com ele que tem que parar de beber, ele foi achando um equilíbrio ali, fazendo uso da bebida, mas se hidratando, se alimentando. Você vê o que a pessoa é, e o que essa pessoa pode oferecer, e em cima disso você pode trabalhar com essa pessoa"* (Profissional 6).

> *"Eu observo se dá para chegar e criar uma linha de diálogo, ou então tentar entrar um pouco na viagem dele e buscar alguma coisa a partir disso, mas se ele tiver muito alterado é melhor deixar, se possível apenas mostrar que você está ali. Daí é trabalhar com a redução de danos, trabalhar essa questão, que não seja uma coisa que vai ter que parar de usar droga, mas que ele perceba que você tá ali para ajudar na saúde dele"*( Profissional 7).

Quando discutido com a equipe a abordagem ao usuário de droga os profissionais reforçaram que a principal estratégia é aposta no vínculo e acolhimento das diversas demandas e necessidades que ele traz, "desfocando o olhar da droga".

> *"Se a gente necessariamente entrar no caso querendo tratar a questão da droga a gente fecha os ouvidos para uma porção de coisas, como o lugar que essa droga tem nessa história*" (Profissional 12).

> "*Eu estou a pouquíssimo tempo aqui, mas este indivíduo sabe que pode vir aqui e ser tratado, na amplitude de ser tratado, a gente faz isso muito bem quando atua todo mundo junto. O cara fica até tonto de tanta atenção, sem que isso seja uma coisa paternalista. Quer dizer você compromete a pessoa com seu estado de saúde, você reduz danos. Uma das maiores complexidades do meu ponto de vista de médico clínico é a redução de danos. Porque não adianta falar duzentas vezes para o cara que usa droga, que usar droga é ruim..e dai? Você vai me dar uma pílula para parar de usar a droga, isso não existe! É só a convivência, o dia a dia*" (Profissional 13).

O acolhimento do usuário no cenário de uso de droga, ou sob o efeito da droga, também foi relatado como uma prática importante na construção do processo terapêutico. Este tipo de atendimento, nestas condições parece produzir um certo desejo e interesse no usuário pelo cuidado, e ainda demarcar o seu direito à saúde.

> *"Não é à toa que as pessoas vêm muito bêbada ou com qualquer uso de substância e procuram o serviço. Acho que eles sabem que mesmo no pior momento, eles vão ser reconhecidos como um sujeito que pode falar o que tá sentindo, que não vai ser discriminado por ter feito uso da substância. Acho que tem uma motivação de vir mesmo alcoolizado ou sob outro efeito (...) Mesmo em situação de embriaguez ele veio no serviço, o que ele tinha acordado comigo, vejo isso como positivo"* (Profissional 15).

> "*Tem uma relação entre o manejo com o cara alcoolizado, como receber esse cara e de manter um vínculo com ele, com o seu acesso à saúde*" (Profissional 12).

> "*A gente vê muito no curativo, o paciente que vem mesmo muito bêbedo, porque sabem que vão ser acolhidos, que vão ser*

> *tratados como ser humano que não vamos olhar pelo lado da bebida*" (Profissional 7).
>
> *"Se um usuário chegar pra você, olha, tu me trata aí porque eu tô com hanseníase, mas eu vou ficar na rua, quero morar aqui, eu vou me entupir de cachaça e quero tratar da hanseníase, a gente tem que lidar com isso. Você não pode chegar para o cara e falar: mas você tá errado. Tem que conversar, a gente tem os instrumentos pra isso. Acho quanto mais a gente tem o instrumento do saber, mais a gente é responsável pelo que não sabe. E não é pra ficar dando lição de moral, nem coisa nenhuma, nem ficar tentando salvar o mundo porque não vamos! Então essa troca de subjetividades é a base do nosso trabalho*" (Profissional 13).

E ainda, o acolhimento, constante presença da equipe no território e a construção de referência de cuidado junto a população gera uma relação de aceitação da equipe na Rua, respeito aos profissionais, bem como satisfação e segurança para a realização do trabalho.

> *"Eles ficavam preocupados com a gente: olha a tia! A gente que estava no espaço deles. A gente permitia que eles continuassem o uso deles. E quando eles começaram a perceber isso, começaram a se abrir mais, e a nos acolherem também, por que não é só a gente que acolhe, é uma via de mão dupla. E a gente aprende muito, porque mesmo fumando o crack, a gente tava ali junto*" (Profissional 4).

### 7.6 Solidão da equipe de Consultório na Rua

Em praticamente todos os encontros que foram utilizados para a realização deste estudo, a equipe relata o esforço de promover acesso e continuidade da atenção a população em situação de rua na rede de saúde. São inúmeras as barreias que impossibilitam a entrada do usuário ou a sua permanência nas instituições de saúde.

> *"Nós fomos na rua, olhamos a gravidade da paciente, com dispneia, tossindo, emagrecida, não conseguia se locomover, desnutrida, desidratada, muito mal.. não conseguia ficar em pé. Nós tivemos um trabalho, conversamos com ela, e ela se dispôs a se cuidar. Fomos lá, ela estava aguardando, levamos ela para o médico da equipe numa boa..ela disse "eu quero ficar boa", é*

> *uma jovem de 23 anos, tem uma filha de 8 anos, sem vínculo familiar, tem envolvimento com o tráfico no morro do santo cristo. Ela já saiu do hospital Evandro Freire duas vezes, porque ela assinou a alta dela, né. A outra questão é que nós conseguimos o prontuário dela do CER, e o raio X que nós fomos buscar ontem. E ai vendo toda essa situação, ela foi novamente pro CER, e a gente sabe que o CER não acolhe, não cuidam mesmo, são expulsas praticamente. Ela disse "tia ali eu não vou ficar". Ficou no frio, é o mesmo relato que a gente já escutou dos outros pacientes. Eles ficam no frio, sem comer, entregues a ninguém, não tem ninguém pra conversar. O mínimo que eles querem é serem ouvidos, né. e isso não acontece, eles não tão nem aí"* (Profissional 4).

> *"Algumas vezes é preciso botar banca, se impor, para garantir que o usuário seja atendido*" (Profissional 6).

Na percepção dos profissionais, o CnR cumpre de certa forma o seu papel no acolhimento, construção do vínculo, tratamento e acompanhamento dos casos, mas quando necessita do nível secundário e terciário, esbarra em um limite de atuação, o que compromete a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, causando frustração e sofrimento na equipe.

> "*Quer dizer, então a gente faz até bonitinho o dever de casa, tudo que tem que fazer com compromisso, com ideologia por acreditar. Enfim, seja o que for, mas quando a gente precisa do apoio do cardiologista ou cirurgião vascular ou do ortopedista pra amputar uma perna se for o caso, a gente não tem ou se tem é com muita dificuldade, é com muito ranço, é com muita má vontade, entendeu. Então, quer dizer, então a rede básica... tem boa vontade, tem a preocupação de cuidar com um certo carinho, um acolhimento. Mas ela sozinho não faz medicina, ela não faz saúde mental, ela não faz nada, serviço social. Sozinho não se faz. O que eu tento fazer? Eu faço a minha parte, entendeu. Eu tento fazer o melhor. Mas eu faço a minha parte e me frustro quando preciso de ir além eu não tenho esse além. (...) Tenho muita frustação com coisas que a gente não consegue finalizar, porque a gente não consegue ver o final da história* (Profissional 8).

> "*Se a gente fosse gravar as coisas que a gente ouviu e presenciou (...) uma vez a enfermeira chefe do Hospital.. falou na frente do nosso paciente que estava com uma pneumonia*

> *grave: vocês deveriam dar remédio e deixar morrer na rua. Outro caso, uma paciente que levei para o CER e desmaiou, daí fui falar com a médica e ela disse : meu filho vai lá e reanima.. daí fui lá e tentei acordá-la.. daí depois me deu uma indignação"* (Profissional 6).

> *"A gente passou por situação com o SAMU que disseram chama a assistência social.. daí eu falei o paciente está escarrando sangue não consegue andar.. você não vai levar? Você está gravando? E aí só assim.. acabou indo buscar* (Profissional 5)

> "*Tem que ter um olhar sobre o direito do paciente. Isso tá garantido na constituição, o SUS é para qualquer tipo de pessoa.. o profissional que se nega a atender tá ferindo a constituição, a lei do SUS e o código de ética dele.. é difícil fazer isso mas precisamos mostrar nos números, quantidade de casos que não são atendidos* " (Profissional 15).

A falta de acolhimento e sensibilidade da rede não é direcionada apenas aos usuários, mas também aos profissionais que atuam com esta população, que muitas vezes, são "barrados" na entrada dos serviços de saúde, ou não conseguem auxílio de outros órgãos em situações de urgência.

> *"Ontem, o psicólogo foi barrado na porta da emergência. Não permitiram a entrada dele. Ele se apresentou, estava com jaleco, entrou com o crachá. Mas você não pôde entrar. Porque ele só poderia ser atendido pela assistente social. Ah! Então tá, ele disse: me chama a assistente social. Ah! Mas ela não pode atender agora. O chá de cadeira dele demorou uma hora, ele ficou do lado de fora. A gente está cansado, entendeu. E essa semana foi barra*!" (Profissional 8).

> "*Igual no batalhão dentro da rede penitenciária: você quer falar com quem? Ele não abriu a porta pra gente. Assim que fomos tratados, segurando a arma como se fossemos sei lá o quê! E ai me apresentei como médica da prefeitura, com carteirinha, presto assistência a moradores de rua, trabalho na região há muito tempo. Estamos precisando urgentemente de um carro pra transportar um paciente. Eles com duas viaturas*

> *dentro da área da Central, um camburão enorme e um carro comum. Sabe o que ele falou? Eu sinto muito, mas eu só posso liberar o carro com ocorrência. Por favor, gente é rapidinho, o hospital é aqui do lado. Não senhora, só em ocorrência eu posso liberar o carro. Mas você está com dois aí. Só em ocorrência. Saúde não é ocorrência não? Não senhora. Quer dizer, se fosse saúde do Sergio Côrtes era ocorrência, entendeu? Isso é muito nojento*" (Profissional 8).

Na fala da profissional surgem questionamentos importantes em relação a responsabilidade do consultório na rua em colaborar na qualificação do acolhimento nos serviços e no fortalecimento da rede de atenção.

> "Q*uem são esses profissionais que estão recebendo os pacientes que estão sendo atendidos aqui? Acho que esses serviços têm que se adequar também a essa população. Porque tem tanta negativa, tanta evasão, porque não querem aquele serviço, o que falta naquele serviço? Porque quando vão para esses serviços especializados, eles saem? E são os casos graves. Tem a questão do perfil dos profissionais (...) Mas como que nós, podemos trabalhar isso com outro serviço. A todo momento eu fico pensando. Como implicar o outro na responsabilização, porque eles tem responsabilidade. A gente pegou caso absurdo de dar alta de miíase no osso, de criança que morre depois. Teoricamente eles [profissionais de saúde] fizeram o juramento, mas eles não estão implicados"* (Profissional 8).

> "*Eu fico pensando, como que se transmite uma experiência pelo discurso, pra mim tem mais efeito fazer junto..*" (Profissional 12).

> *"Tem profissionais não só na saúde, mas nos abrigos também que mudaram muito a partir do nosso trabalho, como ele é feito, né? (...) Mas é difícil (...)Tem coisa que não depende da gente"* (Profissional 4).

Algumas práticas da equipe, como acompanhar grande parte das internações e consultas ambulatoriais ajudam o processo de construção de rede de atenção à esta população. Neste trabalho, o usuário também é convocado a se responsabilizar por esta construção, à medida que se apropria de seus direitos e deveres enquanto cidadão.

> "*Na hora de encaminhar quando você tem que passar alguns detalhes, quando o caso não era tão grave eu deixava que ele fosse, quando eu via que tava perdendo alguma coisa, eu intervia. É importante você não paternalizar.. a gente tem que trabalhar pensando na autonomia deles, porque a gente não vai conseguir ir junto sempre. Tem que descobrir como é cada um e como você vai agir. às vezes eles querem ser atendidos imediatamente, é um processo*" (Profissional 6).

> "*Acho que também está sob nossa responsabilidade instrumentalizar os nosso usuários - o que você pode esperar do outro serviço? Porque a gente não vai conseguir acompanhar todo caso, falar que ele vai ter que esperar..é nosso papel também*" (Profissional 15).

E a compreensão do usuário em relação a este processo de garantia de direitos, é percebida pela equipe como um apoio para a continuidade do trabalho.

> "*Mesmo, às vezes, as portas se fechando pra eles [usuários] você retorna na rua e ele te acolhe. Poderia te jogar pedra. Ah! Vai não sei pra onde. Mas Não! Pode se sentar sim senhora, pode senhora* (...) Os usuários são parceiros e colaboram muito" (Profissional 4).

Mas a indignação permanece:

> "*Até quando conviveremos com isso? Eu não sei. Os sonhos da Constituição de 88 não era pra ser assim. O SUS que pensamos, que sonhamos, o SUS que construímos não é esse, né. Já melhorou muito? Já melhorou muito. Já caminhamos em cima de alguma coisa? Sim, mas temos muito que caminhar, muito para avançar, principalmente pra essa população* (Profissional 8).

Em outro momento, percebe-se a importância de se estabelecer um limite da atuação, o que é também um aprendizado, uma vez que o trabalho em saúde produzido com a população de rua é visto pela sociedade, de modo geral, como "diferenciado" vocacionado ao bem e à salvação das pessoas, algo que merece ser problematizado com os trabalhadores que lidam nestes cenários. Diante disso, o excesso de disponibilidade ao trabalho pode ser prejudicial e reconhecer que o consultório na rua não é formado de "heróis" tem uma função importante.

> "*Acho que tem que ter um limite para a invenção (...) os ASS's esses dias entraram no carro de um desconhecido pra levar um caso para emergência, porque o Samu não veio. Têm uma coisa da paixão pela rua e do ímpeto heróico, que tem que tomar cuidado, porque pode nos levar para o buraco. A primeira coisa que as pessoas falam quando a gente diz que trabalha com a população de rua: nossa! Mas nós não somos heróis* (Profissional 5).

O reconhecimento destes limites, não como fraquezas ou impotências, tem a ver com um cuidado com a própria equipe. Neste sentido, a construção de espaços específicos, destinados à escuta do sofrimento da equipe, suas frustrações, angústias, perspectivas em relação ao trabalho tem sido uma demanda dos profissionais. Os espaços de "supervisão" ou apoio institucional foram sinalizados como fundamentais para o processo de trabalho destas equipes.

> "*A gente não tem apoio, a gente não tem um grupo pra falar, sabe? A gente sofre quando chega em casa. Por mais que a gente diga, eu quero me desligar, eu não quero saber. Porque a gente está adoecida... Não é só no estudo de caso, não é só passar o caso, mas é o que eu sinto em relação a isso. Isso faz mal, sabe. E a gente não tem com quem falar, com quem colocar, sabe. É muito ruim. Eu acho que nós precisamos disso mas um grupo de pessoas que possam estar falando de tudo o que a gente está vivendo, sabe. Eu queria ter assim, de repente um lugar pra mim falar, sabe (...)* mas a gente já está há três anos, entendeu? *Não sei de que forma, né. Não sei de que forma* (Profissional 4).

> "*Seria bem bacana se tivéssemos um grupo para discutir quinzenalmente. Não precisaria ser toda semana não. Para discutir caso o e colocar como você se sentiu naquele caso ou não. Que reforçaria a autoestima, ou sei lá o quê do funcionário, do profissional que está aqui nesse embate diário*" (Profissional 8).

Diante da amplitude do tema, bem como a riqueza dos resultados obtidos pelo presente estudo, evidenciou-se a necessidade de identificar nas falas dos profissionais convergências e divergências relacionadas as concepções e práticas no cuidado à PSR. Optou-se por apresentar as principais convergências e divergências de maneira esquemática, no quadro 2, associando-as a cada categoria analítica. Tal sistematização

facilitará a identificação de aspectos importantes à construção da clínica ampliada pelas eCnR, bem como os conflitos que perpassam a discussão do trabalho pelas eCnR.

**Quadro 2- Das convergências e divergências nas falas dos profissionais**

| **Categorias Analíticas** | **Convergências** | **Divergências** |
|---|---|---|
| A Clínica de Território | - Compreensão da Rua enquanto território de vida e de cuidado;<br><br>- Necessidade de "contar" com a Rua para a construção do cuidado; | - Identificação dos limites na atuação da equipe, em função das vulnerabilidades, violência. |
| A Complexidade dos Casos | - A complexidade dos casos aumenta a dificuldade de acesso aos serviços públicos.<br><br>- Necessidade de construir ferramentas de trabalho para lidar com situações complexas. | - Posição do profissional frente a produção de cuidado e demandas nos sujeitos. |
| O paradigma para o cuidado: Autonomia ou Tutela | Busca-se a produção de autonomia dos sujeitos nas relações de cuidado. | - Identificação de práticas e posicionamento ético que produzem autonomia ou tutela na clínica.<br><br>- Ética da compaixão (anulação das subjetividades) X sensibilidade em relação ao sofrimento humano<br><br>-Preservação da vida X respeito ao desejo de não se tratar |
| O Vínculo e sua relação com o modelo de atenção da eCnR | - Vínculo é o ponto de partida para o cuidado integral.<br><br>- O cuidado longitudinal não é compreendido, necessariamente, como algo que se dá por "toda a vida". Relaciona-se a uma lógica de atenção voltada à promoção da saúde, qualidade vida, está para além da dimensão temporal. | - Vínculo Terapêutico X Vínculo Afetivo |
| A Clínica Ampliada | - Trabalho com a PSR exige escuta, acolhimento e ampliação da clínica.<br><br>- Necessidade do trabalho | - Modelo Defesa da Vida X Biomédico<br><br>- Trabalho multiprofissional X |

| | | |
|---|---|---|
| | interdisciplinar e intersetorial.<br><br>- A Redução de Danos é vista para além de estratégias de minimizar riscos, mas sim de potencializar a vida, promover saúde e autonomia nos sujeitos. | interdisciplinar |
| A Solidão da equipe de Consultório na Rua – onde está a Rede? | - O descaso da Rede é o maior produtor de angustia, frustração e sofrimento na equipe, o que dificulta a coordenação do cuidado pela eCnR.<br><br>- Necessidade de investir em apoio institucional e gestão às eCnR. | -Simbologia do trabalho com a Rua – heroísmo x compromisso com o trabalho |

## 8. DISCUSSÃO

O tema deste estudo é marcado pela relevância política de se discutir o cuidado à uma população com grandes vulnerabilidades e excluída do SUS, o que requer a necessidade de construir novas práticas e dispositivos de atenção orientados pela ampliação da clínica e fortalecimento da atenção primária. Mesmo com as recentes políticas públicas de inclusão e diminuição das iniquidades em saúde, ainda é evidente a perspectiva de uma atenção reducionista e discriminatória da população em situação rua, onde suas necessidades estão fortemente associadas e limitadas às questões da assistência social e segurança pública. Recentemente o olhar estereotipado sobre a população em situação de rua e a "epidemia do crack", motivou a sociedade e o Estado a utilizar estratégias de violência, reclusão social e movimentos higienistas nas grandes cidades como recursos para solucionar tais problemáticas, o que geraram grandes impactos na mídia e tensões políticas. Tal contexto provocou a ampliação do debate intersetorial em torno da atenção a este grupo populacional, especialmente aos usuários de crack e outras drogas, repercutindo na necessidade de fortalecer as estratégias de cuidado pautadas na redução de danos e na autonomia dos sujeitos.

Diante das intensas disputas políticas e ideológicas em torno destas questões, torna-se fundamental reafirmar diretrizes éticas, políticas e clínicas que problematizem ações de "combate às drogas" e limpeza das cidades que interferem no cuidado à população em situação de rua. O consultório na rua surge meio a estas tensões, anunciando um novo dispositivo de atenção que tende a sobreviver a partir da percepção de sua importância política na construção de novas práticas e discussão acerca da produção de saúde e cidadania. Em sintonia com as políticas da atenção básica, as equipes de consultório na rua reforçam a essência do SUS integral e equânime, em um trabalho caracterizado pela busca de processos de vida mais autônomos. Estas equipes apostam no vínculo como base para a construção do cuidado ao usuário, não sendo o seu cadastro e a referência territorial, estritamente relacionada ao local de moradia os critérios de acesso à saúde. Portanto, o acolhimento e a escuta são ferramentas essenciais para esta clínica que se estrutura a partir de um olhar ampliado sobre o território de vida e de relações dos sujeitos. A rua é considerada espaço de cuidado e os

seus recursos são valorizados e incluídos como elementos para a construção da clínica ampliada.

Identificamos no presente estudo, o aprendizado produzido no trabalho da equipe interdisciplinar, ao compartilhar, saberes, percepções, bem como contradições que surgem no cotidiano. Tornou-se evidente a potência do consultório na rua, tanto para a assistência quanto para a formulação de novos arranjos institucionais pensados a partir da realidade e das características do território. Porém, foram identificados, também, algumas dificuldades ou barreiras para se construir a integralidade da atenção, diante da fragilidade da rede de apoio, caracterizada pela falta de preparo, interesse e sensibilidade de serviços de saúde, especialmente de nível secundário e terciário no atendimento à esta população. As eCnR assumem um grande desafio de não se tornar o único espaço de saúde disponível e preparado para o atendimento da população em situação de rua. No entanto, tal responsabilidade torna-se extremamente pesada no cotidiano de trabalho, pois construir diariamente redes que consigam oferecer a retaguarda necessária para casos complexos geram constantes enfrentamentos com outros serviços, desgastes e o sentimento de solidão na equipe, o que coloca a necessidade de se pensar em estratégias e ferramentas de cuidado da equipe e apoio para o trabalho.

Desse modo, a discussão do trabalho produzido pelo consultório na rua envolve uma percepção de cuidado, que ultrapassa a relação profissional-usuário, pois está inserida em um contexto muito mais abrangente, que envolve modelos de atenção e de gestão, onde a clínica ampliada torna-se o referencial teórico-prático mais próximo do que se pretende construir. A clínica ampliada, não é considerada um estado ou patamar que se alcança, mas sim um constante exercício que aponta para novos paradigmas na saúde pública, onde o sujeito e seus territórios de vida são centrais para a produção do cuidado.

Destacamos a importância dada pela equipe à atuação no território como elemento estrutural/organizador da atenção em saúde à população em situação de rua. A construção de um cuidado integral, nestes contextos, requer necessariamente considerar a Rua não apenas como um espaço de circulação, passagem ou moradia das pessoas,

mas um espaço relacional e existencial impregnado pelas histórias de vida e singularidades de cada sujeito. A ideia de *território usado* discutido por Milton Santos (1998) aponta para uma nova abordagem de território que caminha de uma "concepção política para cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas" (MONKEN & BARCELLOS, 2007). Estes aspectos mais sutis do território, torna-o vivo, dinâmico e complexo. Desse modo, pode-se dizer que o território é um espaço social, real e objetivo, atravessado por valores e significados culturais da subjetividade, caracterizado por sua dimensão simbólica, não identificada somente por critérios administrativos (JUNGES & BARBIANI, 2013).

A complexidade das práticas de saúde das eCnR relatadas pelos profissionais, apontam para a necessidade de incluir a Rua e seus elementos "simbólicos e reais" como parte estruturante do cuidado a ser construído. Desse modo, o profissional que atua na equipe é convocado a se conectar com a Rua e conhecer suas diferentes dimensões, dinâmicas, organizações, potencialidades e vulnerabilidade, e ainda contribuir com seu olhar, para o trabalho em equipe multidisciplinar. Neste sentido, destaca-se, o papel do Agente Social, pois expressa de maneira mais evidente um cuidado que se produz necessariamente na relação com o território, reforçando a importância do *estar* na rua, de "desbravá-la", em uma posição que se assemelha ao do "antropólogo", que diante do desconhecido, se faz presente, se posiciona de maneira interessada e disponível. Neste processo de aproximação e conexão com o território, o profissional constrói um conhecimento próprio sobre a Rua e sobre o trabalho com a Rua, deixando-o se afetar por ela de maneira implicada na produção do cuidado.

Segundo Macerata, Soares, Ramos (2014) a rua é um espaço "fora/dentro" da cidade, um território existencial que "escapa" às suas leis e que traz um paradoxo: ser um território de vida instalado nos centros das grandes metrópoles, mas ao mesmo tempo distante dos seus padrões 'centrais', oficiais de morar e se organizar no mundo. Existe uma dicotomia entre os territórios casa e rua marcados pela segregação das suas lógicas de funcionamento em um mesmo sistema econômico e social, onde há uma cidadania na casa e outra extremamente negativa e perversa na rua (DAMATTA, 2000). A casa e a rua tornam-se categorias sociológicas, que representam:

> "*entidades morais de esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados e, por causa disso, capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas*" (DAMATTA, 2000).

Desse modo, a Rua, ganha no imaginário social, a função de novos 'depositários' dos que perderam seu lugar por questões financeiras, sociais e/ou afetivas/ subjetivas, "o lugar de tudo que não tem mais lugar" (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014). Segundo Varanda & Adorno (2004), o fenômeno população de rua, é resultado de um amplo processo de exclusão social e transformações socioeconômicas, relacionadas principalmente aos fatores macroestruturais e conjunturais. O autor afirma que viver na rua requer desenvolver um processo compensatório em relação às perdas, a medida em se descobre e faz uso de outros recursos de sobrevivência, até então ignorados, o que permite assimilar novas formas de organização e superação dos obstáculos que a cidade oferece (VARANDA, & ADORNO 2004).

Cabe salientar que a população em situação de rua enfrenta graves situações de violência, produzida pelo Estado, relacionada à privação do seu direito à cidade, de permanência nos espaços públicos, de transitar pelo território. Tal problemática não é recente na cidade do Rio de Janeiro, que vivencia por décadas um processo de *higienização social*, marcada pela retirada forçada da população de rua, principalmente das áreas mais nobres e turísticas da cidade. Apesar de diariamente acontecerem denúncias de uso de violência na retirada destas pessoas, tal situação se intensificou e ganhou visibilidade na mídia com a realização de grandes eventos na cidade, como Copa do Mundo em 2014, conforme reportagens abaixo, algo que provavelmente se repetirá em 2016 na realização das Olímpiadas.

Fonte: Jornal BBC .
http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/07/140628_rio_mendigo_wc2014_jp

O cuidado à população em situação de rua é considerado algo extremamente complexo, tanto pela associação de inúmeros agravos, a exposição à violência, aos contextos sociais de extrema miséria e marginalização na Rua quanto às dificuldades que apresentam para acessar os serviços de saúde. Castel (1997) defende a construção de inciativas voltados para as populações marginalizadas, que não focalizadas em diagnósticos descritivos pré-estabelecidos, mas sim em uma perspectiva de inserção, cujo ideal seria negociar com essas pessoas um compromisso para tentar preencher o vazio social, visando mobilizar as capacidades do sujeito para sair de sua situação de excluído. Percebe-se que as especificidades desta população requer pensar estratégias de cuidado também específicas que levem em consideração essas vulnerabilidades e complexidades físicas, mentais e sociais, o que gera um grande desafio ao Sistema Único de Saúde.

Coloca-se em questão a necessidade de se buscar arranjos políticos-organizativos ou modelos assistenciais que subsidiem novas práticas no campo da saúde, possibilitando o acesso ampliado e humanizado na rede de serviços. O cuidado realizado pelas eCnR baseia-se em um pensar e agir pautado nos sujeitos, e em uma clínica que se faz nos contextos de vida das pessoas, o que se aproxima das propostas do modelo de atenção em Defesa da Vida. Tal modelo, considera a necessidade de "alargar o escopo da clínica", em um esforço de não negligenciar a existência da doença e migrar

para outro extremo, mas de não considerá-la isoladamente e nem mesmo o único objeto de saber e intervenção da clínica. Neste modelo pensa-se "o sujeito e seu contexto como objeto de estudo de práticas da clínica" (COELHO, 2013). Desse modo, defende a constituição de dispositivos e arranjos institucionais que subsidiem a gestão democrática, o acolhimento humanizado, o acesso a serviços resolutivos, bem como o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Portanto, baseia-se na valorização das diretrizes básicas do SUS, enfatizando a necessidade de reformular a clínica e a saúde pública com base nas necessidades dos usuários (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Torna-se relevante destacar que um dos grandes impasses vivenciados pela população em situação de rua é a dificuldade de conseguir acessar o SUS, e quando consegue, ter um cuidado de qualidade. A discussão de acesso a esta população está associada a compreensão do princípio de equidade e os caminhos/estratégias para efetiva-la no SUS. Segundo Travassos & Castro (2012), é necessário distinguir dois tipos de equidades: aquela relacionada às condições de saúde, fortemente associadas aos padrões de desigualdades sociais em uma sociedade e a equidade de acesso e utilização de serviços de saúde, que expressam as características e organização do sistema de saúde. Iremos nos deter na equidade do acesso, algo enfatizado nas falas dos profissionais das eCnR principalmente por identificar no dia a dia do trabalho inúmeras barreiras de acesso nos serviços de saúde, tanto da atenção primária quanto nos hospitais e serviços de urgências e emergências.

O acesso é um conceito que apresenta muitas dimensões e a sua principal característica está relacionado à disponibilidade do serviço ou sua presença física, com equipamentos e recursos humanos suficientes (TRAVASSOS & CASTRO, 2012). No entanto, as autoras afirmam que somente a existência do serviço não garante acesso, uma vez que as "*barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde*" (TRAVASSOS & CASTRO, 2012).

Cabe salientar que o acesso não é um conceito restrito a entrada do paciente no estabelecimento de saúde, pois está relacionado também à qualidade do cuidado ofertado e grau de (des) ajuste entre os problemas e necessidades da pessoa e os serviços e recursos utilizados (TRAVASSOS & MARTINS, 2004). Neste sentido, a promoção do acesso e da atenção integral estão associadas, uma vez que ambas requerem a identificação e escuta das demandas e necessidades do usuário. Cecílio (2001) define demanda como o pedido explícito do usuário e a 'tradução' de necessidades modelada pela oferta dos serviços, podendo ser por exemplo a consulta médica ou a busca por medicamentos e exames. Já as necessidades de saúde são mais complexas:

> *"podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida"* (CECÍLIO, 2001).

A disponibilidade e interesse do profissional e da equipe como um todo em escutar, traduzir às demandas apresentas pelo usuário, e de alguma forma atender as suas necessidades, torna-se um compromisso do serviço de saúde implicado na construção da integralidade e da equidade (CECÍLIO, 2001). Nos relatos dos profissionais, percebe-se que houve a necessidade de se construir um trabalho sistemático no território e de acolhimento na sede do consultório na rua para que a população começasse a fazer uso do serviço. Nesta experiência, a procura do usuário por atendimentos na unidade foi algo construído aos poucos em um processo de construção de vínculo e referência no território. Portanto, o aumento de atendimentos por demanda espontânea na sede ou o comparecimento de vários usuários em consultas agendadas são encarados, nestes contextos, como importantes conquistas neste processo de construção de cidadania e autonomia do sujeito.

Os profissionais destacaram ainda a importância de corresponsabilizar o usuário na construção do cuidado, em um esforço de não apagar os seus desejos e subjetividades em uma lógica de atenção prescritiva e intervencionista. A equipe aposta em uma clínica que caminha no sentido de promover mais autonomia, o que é possível dentro de cada contexto de vida e com os recursos de cada sujeito. A definição de autonomia diz da capacidade dos seres humanos criarem suas próprias leis, ao invés de recebê-las de outros, o que a torna, na vida comum, algo nunca atingido em absoluto, mas sempre em coeficientes, em gradações distintas (ONOCKO & CAMPOS, 2009). Segundo Malfitano (2011), a autonomia não acontece em uma produção 'natural', mas em uma elaboração sociocultural individual e coletiva dos sujeitos, o que requer a aceitação no outro daquilo que não compreendemos, conferindo a ele a condução de sua própria vida.

Neste sentido, a produção de maior grau de autonomia nos sujeitos é tomada como uma direção clínica para a eCnR, o que requer a reflexão sobre o trabalho ali produzido, questionando até que ponto o cuidado tem proporcionado mais autonomia ou uma relação de dependência e tutela. Para Costa-Rosa (2011) a ética tutelar opera por exclusão da subjetividade, onde os sujeitos deixam de ter razão, demanda ou vontade, e podem ser juridicamente interditados pelas possíveis consequências de seus atos futuros. Segundo o autor, tal ética na atenção psicossocial foi remodelada e respaldada por argumentos de um discurso médico sobre a causalidade fisiológica do sofrimento psíquico, gerando um processo em que os indivíduos são "simultaneamente excluídos da produção e incluídos no consumo de psicofármacos" (COSTA-ROSA, 2011).

A discussão de tal temática gerou algumas divergências para eCnR ao serem relatadas situações extremas do cotidiano, em que o profissional se sente responsável pela tomada de decisão e condução de um tratamento, mesmo sem a implicação ou desejo do usuário. Estas divergências surgem diante de casos extremos ou de grande complexidade de preservação da vida, principalmente em situações de gravidade física, em que a vontade expressa pelo usuário de morrer, de não tomar a medicação, de não se cuidar, convoca o profissional a assumir uma posição mais intervencionista, agindo em nome de um cuidado para a defesa da vida. Saber até onde deve intervir/interferir em determinada situação, bem como perceber os limites da atuação do profissional é algo

extremamente complexo e angustiante para a equipe, representando um conflito ético na prática do cuidado.

Costa-Rosa (2011) faz uma crítica à discussão da ética na atenção psicossocial que está quase sempre circunscrita a uma preocupação "com o que se deve ou não fazer", de acordo com o senso humanitário corrente ou em códigos estabelecidos pelas disciplinas profissionais que atuam nesse campo da saúde, o que provavelmente corrobora para não inclusão do sujeito nos espaços de decisão tanto do cuidado quanto institucionais, permanecendo em uma posição lateral de objeto das ações. O autor evidencia que a formulação da ética da clínica da atenção psicossocial deverá incluir a interprofissionalidade tornando-se uma ética 'do cuidar-se', base para a construção do protagonismo do usuário frente o sofrimento (COSTA-ROSA, 2011).

No esforço em estabelecer mais claramente quais seriam as práticas que produzem tutela, no cenário do consultório na rua, percebeu-se o risco de associá-las simplesmente a ações de controle/dominação do poder biomédico e alienação do sujeito. O que coloca a necessidade de não analisá-las isoladamente ou de modo a inseri-las em um cenário idealizado, desconsiderando a precariedade de recursos e apoio que os profissionais enfrentam no dia a dia para lidar com as situações extremas da vida. Malfitano (2011) discute a necessidade de buscar a autonomia *possível* de ser construída em contextos de grandes vulnerabilidades, como por exemplo, na realidade de jovens pobres ou em situação de rua, que colocam ao Estado a necessidade de garantir direitos constitucionais de proteção. E ainda questiona que tipo de tutela se faz também necessária para que os mesmos consigam efetivamente construir e conduzir, com liberdade, suas vidas (MALFITANO, 2011).

Outra questão importante, que atravessa a prática clínica, é o fato do trabalho com a Rua ser marcado por ideias conservadoras representadas por políticas, ações sociais e comunitárias, que centram esforços na saída das pessoas da Rua e a Rua das pessoas, na tentativa de destituí-la enquanto uma dimensão da vida destes sujeitos, mostrando saídas prontas para os problemas que enfrentam, através de argumentos calcados predominantemente na ideia moral e/ou religiosa. Tal perspectiva caminha rumo a outra ética que Costa-Rosa (2011) definiu como a ética da compaixão, onde o

interesse do profissional de saúde se sobrepõe ao desejo do outro, a partir de um processo de identificação do profissional com o sujeito sofredor, transformando-o, assim como na tutela, em objeto das intervenções. (COSTA-ROSA, 2011). Problematizar as práticas pautadas na identificação com o sofrimento do usuário, talvez seja um dos grandes desafios para os profissionais que trabalham com a Rua, pois exige a percepção de que nesta posição, possivelmente motivada pelo desejo de "ajudar", o cuidador dirige-se em busca de respostas aos anseios e expectativas pessoais que podem desdobrar em um processo de sofrimento e responsabilização pouco produtiva e efetiva no cuidado. Neste sentido Onocko & Campos (2009) afirmam que:

> "*A fixação sobre os significantes 'pobres', 'coitados', 'carentes' opera uma desvitalização das intervenções clínicas, é como se uma representação congelada a respeito de quem são esses outros aos quais assistimos não nos deixassem jamais ver a quantidade da força vital que portam e da qual a sua própria sobrevivência em condições tão adversas é a prova mais cabal*".

Assim, os indivíduos são vistos pela marca que os diferencia na sociedade: é ***o louco, a prostituta, o drogado, o bêbado, o mendigo***, que necessita de intervenção. Perde-se a qualidade de pessoa, de sujeito, pois a própria situação em que estes se encontram, o estigmatizam (FIGUEIREDO&FURLAN, 2013). Certamente a percepção e problematização dos efeitos desta ética, na clínica, é um importante caminho para a construção de novas lógicas de atenção, que valorizem realmente a escuta, a negociação e o diálogo.

Os efeitos das diferentes lógicas de atenção sobre o usuário e suas relações precisam ser abordadas nas discussões dos casos, bem como em espaços de educação permanente. Não se pretende, aqui, negar a importância de desenvolver a sensibilidade e uma relação que possibilite o vínculo e construção de afetividades pelo contrário, tais elementos são essenciais e devem ser fortalecidos nas relações terapêuticas. Contudo, cabe ter atenção às subjetividades produzidas a partir de uma relação em que o sujeito não aparece como sujeito, mas como um objeto em que a equipe de saúde deposita tudo que acredita ser mais correto, aceitável e saudável, seus conhecimentos científicos e visão de mundo.

Neste sentido, as práticas de cuidado na eCnR são orientadas por diretrizes éticas e políticas que valorizem o diálogo e o respeito à singularidade dos sujeitos. A Redução de Danos (RD), enquanto diretriz clínica, propõe justamente a valorização desses encontros com os sujeitos no seu território de vida, acolhendo suas demandas, realizando ações orientadas a partir da escuta ao sujeito. Tal lógica valoriza os espaços e as possibilidades de negociação de estratégias de autocuidado, podendo o usuário, inclusive, deixar de usar a droga. Mas conforme afirma Passos & Souza (2011), a abstinência não surge como uma regra institucional ou imposição clínica ao usuário, mas sim como uma meta pactuada, a partir do protagonismo do usuário.

A experiência da eCnR compreende a redução de danos, enquanto lógica de atenção, que atravessa todo o cuidado, e que se constrói no dia a dia, com vínculo e escuta. Desse modo, ela se constrói a partir da ampliação do olhar sobre as necessidades do sujeito e opera em direção à promoção da qualidade de vida e de saúde, ou seja não se restringe às ações que minimizam riscos e os efeitos do uso da droga. Está relacionada a uma perspectiva de valorização dos recursos e potenciais do sujeito e do território para se ter mais autonomia sobre os processos de vida. Passos & Souza (2011) afirmam que:

> "*reduzir danos é ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo. A RD se torna uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos de cogestão do cuidado"*

Segundo Merhy (2004), o desenvolvimento de ações que permitam a produção de maior grau de autonomia nos processos de cuidado deve estar incluído em um propósito de qualificação das práticas e do sistema de saúde, assim como a busca por maior defesa possível da vida do usuário e o maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema. Tal construção se faz necessariamente de maneira compartilhada entre equipe-usuário, a partir da implicação do sujeito no processo terapêutico. Diante disso, percebe-se a necessidade de estabelecer espaços na equipe que possibilite a discussão e reflexão sobre os diversos posicionamentos clínico, ético e político que os profissionais podem assumir no cotidiano de trabalho, identificando em que medida os valores e crenças pessoais estão interferindo na condução dos casos e

estão dificultando escutar o sujeito, suas histórias, sua relação com a rua, com a droga, etc. Interrogar tais questões são cruciais para a construção de novos modos de agir na saúde que se aproximam do exercício da clínica ampliada

Cabe salientar que apesar dos avanços proporcionados pela ESF no processo de construção de novos paradigmas na atenção em saúde, ainda são evidentes os limites da clínica tradicional e as armadilhas que ela produz (CUNHA, 2010). Merhy (2004) evidencia que ao analisar o sistema de saúde, a partir da ótica e perspectiva dos usuários, identifica-se de modo geral, que estes reclamam não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Há de se considerar que a formação em saúde ainda é voltada para o hospital, "*espaço extremamente adequado aos instrumentos teóricos da biomedicina, que cartesianamente separa o corpo da alma (campo psi) e ainda o corpo em pedaços estanques (especialidades)*" (CUNHA, 2010).

Esta racionalidade médica desenvolveu-se a partir do destaque do aspecto biológico, pela busca da objetivação do sujeito e pela neutralidade na relação médico-paciente. Assim, o paciente é visto como alguém que não tem conhecimento e que deve obedecer as prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão (ONOCKO & CAMPOS, 2009), o que se desdobra em um processo de expropriação da dimensão sociocultural, da subjetividade e das possibilidades de manifestação do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais de saúde (FIGUEIREDO&FURLAN, 2013).

Neste processo, torna-se fundamental reconhecer que a clínica tradicional não contribui para ampliação do grau de autonomia dos sujeitos. Há necessidade de reconstruí-la, de modo a conseguir lidar com todas essas dimensões, sem culpabilização dos sujeitos enfatizando a responsabilização pelas consequências das suas próprias escolhas, o que pressupõe que os usuários farão suas escolhas, assim como os profissionais (ONOCKO & CAMPOS, 2009). Premissas, estas, que direcionam para o exercício da autonomia, tanto do "paciente" na clínica, quanto do trabalhador na gestão compartilhada (co-gestão) que pressupõe a necessidade de lidar não apenas com questões burocráticas e institucionais, mas também com o subjetivo dos coletivos

envolvidos. Desse modo, a clínica e a gestão tornam-se inesperáveis, pois caminham lado a lado, na mesma sintonia para a ampliação da clínica.

Neste sentido, o modelo em defesa da vida se estrutura a partir dessa clínica ampliada, dialogando com a necessidade de se construir espaços de inserção e valorização da expectativa e interesse do usuário para o desenvolvimento de práticas em saúde de qualidade, e também processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe. Cabe salientar que o trabalho multiprofissional e em equipe exige reconhecer, também, que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias, são, de fato, mais eficazes que outras, sem promover uma lógica de poder de imposição de uma profissão sobre as outras (MERHY,2004). Para as eCnR, a construção do trabalho em equipe multiprofissional e compartilhado é encarado como um dos elementos essenciais à construção da clínica ampliada. No entanto, a equipe considera um desafio sustentar no cotidiano de trabalho a fluidez da comunicação entre os diversos profissionais na discussão de casos e construção de projetos terapêuticos. O que exige a criação, invenção de novos dispositivos no processo de trabalho que potencializem a comunicação, a troca de saberes, perspectivas clínicas entre os diversos profissionais, algo que desdobrará também na articulação externa, com a rede de apoio e de serviços.

Cabe destacar que, um dos principais desafios estruturais e até mesmo político enfrentado pela eCnR para a construção da clínica ampliada é a dificuldade de contar com os serviços de saúde de outros níveis de atenção, quando necessário. O papel da atenção primária na coordenação de cuidado é extremamente prejudicado quando os serviços de urgência e emergência recusam o atendimento à pessoa em situação de rua, estabelecem barreiras para internação ou realização de algum procedimento, até mesmo na presença da equipe. O trabalho diário de construção de rede para estes usuários gera grande desgaste e sofrimento nos profissionais.

Cotidianamente, o consultório na rua produz estranhamentos e tensões na rede de atenção, ao acolher às pessoas em situação de rua, se responsabilizando pelo cuidado dos casos e convocando outros pontos de atenção a assumirem sua função na própria rede. Segundo Londero, Ceccim, Bilibio (2014), o consultório na rua “mostra uma nova

cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos".

A equipe vivencia um processo de isolamento na rede, não apenas por dificuldades de proporcionar acesso à população de rua nos serviços de saúde, mas também pelo distanciamento entre o seu modo de operar e de outros pontos de atenção, que se mostram muitas vezes presos a rotinas, pouco flexíveis e permeáveis às situações imprevisíveis do cotidiano. O trabalho produzido pelo consultório na rua não se estrutura a partir do excesso de normas, protocolos e regras institucionais é caracterizado pela dinamicidade e disponibilidade dos profissionais para lidar com situações inesperadas nos diversos cenários em que atua. Um importante desafio das eCnR é conseguir se conectar e fazer uso dessa rede, criando pontos de convergência entre lógicas de atenção que se mostram por vezes, tão distintas, e estabelecer a partir dos casos e das necessidades concretas um diálogo que possibilite o cuidado compartilhado.

Cabe salientar que o grande investimento afetivo das equipes de consultório na rua, ao mesmo tempo que a potencializa, fortalecendo a sua capacidade criativa e identificação com o trabalho produzido, muitas vezes causam limites e sofrimentos. Torna-se difícil à equipe lidar, de maneira isolada, com tamanha carga emocional e afetiva gerada no trabalho. Percebe-se a necessidade de se estruturar espaços para o cuidado da própria equipe, onde seja possível compartilhar as situações do dia a dia, os sentimentos e as percepções em relação aos avanços e limites encontrados na prática.

Neste sentido, o apoio institucional é considerado uma ferramenta importante para a qualificação das práticas, contribuindo para o fortalecimento das articulações e integração do trabalho em rede, proporcionando, também, um espaço de escuta e cuidado da equipe. O apoiador assume sua função por meio da ativação de espaços coletivos; produção de dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; mediação dos afetos envolvidos, relações de poder e multiplicidade de saberes; manejo para construção de objetivos comuns, promoção de análise crítica dos coletivos (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014).

Assim como os dispositivos de apoio institucional, torna-se necessário destacar a importância do apoio matricial ao consultório na rua, enquanto ferramenta importante para a ampliação do potencial clínico destas equipes. A cidade do Rio de Janeiro, ainda não possui um desenho específico de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que comporte o matriciamento regular às eCnR. Tal deficiência corrobora para o processo de isolamento destas equipes e pouco envolvimento de outros atores na construção do cuidado integral. Desse modo, pensa-se na necessidade de avançar na construção de novos dispositivos de apoio que comportem as subjetividades e afetividades produzidas no trabalho com a Rua, bem como ferramentas que subsidiem a interlocução entre os diversos serviços, incluindo as eCnR como mais um ponto de atenção que integra-se a esta rede.

## 9. CONCLUSÃO

A discussão sobre o cuidado à população em situação de rua traz inúmeras reflexões relacionadas a importância de incorporar novas práticas à clínica, destacando a compreensão do território de vida das pessoas, o investimento no vínculo e valorização das suas potencialidades como elementos fundamentais para produção de saúde. A clínica ampliada, aqui discutida, a partir da experiência de duas equipes de consultório na rua que atuam no centro da cidade do Rio de Janeiro, se manifesta em um movimento contínuo, em cada encontro com o usuário, lidando com os inúmeros desafios políticos e institucionais.

O profissional de saúde inserido nestes contextos, adquirem um certo "manejo" com as situações mais complexas, conhecimento que é construído na prática em um exercício de reflexão e elaboração sobre a prática. A educação permanente, se faz assim, respondendo aos anseios e necessidades reais da equipe, naquilo que a mobiliza e que dá sentido ao trabalho. O investimento em tais espaços é sempre um grande desafio aos serviços, mas deve ser encarado como uma prioridade para a qualificação dos processos de trabalho. O profissional da eCnR sente-se desafiado a romper com alguns limites de sua formação e buscar novos conhecimentos na interlocução com outros campos de saber. Assim, precisa se disponibilizar para o novo, para o aprendizado, para a construção coletiva e compartilhada, para lidar com questões subjetivas, relacionais, sociais, culturais que atravessam as intervenções em saúde.

As eCnR constroem pontes de relação entre os universos da casa e rua, mediado por um trabalho clínico e político. O trabalho em saúde neste território representa um cenário propicio para a desconstrução de paradigmas, pois se estruturam a partir do encontro com os extremos da vida, a miséria, a exclusão e ao mesmo tempo a resistência, a criatividade e a potência, o que nos faz experimentar um novo agir no campo da saúde pública.

A criação deste dispositivo na rede de atenção tem sido importante para o processo de ampliação do acesso da população em situação de rua, mas suas contribuições ao SUS não se restringem a isso. Uma das maiores contribuições que o trabalho na e com a Rua pode oferecer à Atenção Primária, é sem dúvida a possibilidade

de disparar algumas reflexões sobre a clínica e modelo de atenção vigente, representando campo fértil para o trabalho com a subjetividade e redução de danos, que faz o profissional de saúde sentir-se cada vez mais interessado em desafiar os limites de sua formação para conseguir responder às complexidades. Contribuir para a sistematização do aprendizado gerado a partir do trabalho com a rua foi um dos motivos de se pensar na realização deste estudo. Certamente o trabalho das eCnR promove mudanças na micropolítica em que atua, mas também contribui para processos de mudanças mais amplos, pois exerce, ainda, uma função importante de tensionar e questionar a precariedade das redes de saúde e intersetoriais; o excesso de barreiras burocráticas que impossibilitam um cuidado ampliado às populações mais vulneráveis; as dificuldades da atenção primária ofertar cuidados aos usuários que fogem das padronizações sociais; dificuldade da ESF incorporar a rua como espaço de cuidado e vida das pessoas; e por fim o distanciamento e pouco interesse das equipes pelo cuidado às situações mais graves do território.

Diante da nova crise vivenciada por profissionais na atenção primária, que se sentem sufocados pelo excesso de demanda, insatisfeitos pelo pouco resultado que obtém, aumento de sobrecarga de funções, pensamos na necessidade de se resgatar diretrizes importantes da clínica ampliada e de espaços, como o proporcionado pelo consultório na rua, para se pensar novas práticas e lógicas de atenção. E a expansão de equipes de consultórios na rua no país torna-se uma importante estratégia neste processo de ressignificação do trabalho produzido na atenção primária, principalmente em contextos de maior vulnerabilidade e exclusão social, como os vivenciados nos grandes centros urbanos.

Enfim, o Consultório na Rua, apresenta ao SUS questões até então negligenciadas e invisíveis ao setor saúde, e que para serem trabalhadas exigem repensar os modos de produção de cuidado. As inovações propostas por estes dispositivos convocam à rede de saúde e intersetorial a se conectar às necessidades que emergem da Rua e dos territórios de vida dos sujeitos, em um exercício de respeito a diversidade e a singularidade de cada um.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** *Saúde soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 16-29. ISSN 0104-1290.

ALMEIDA, F. P; et al. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistências em grandes centros urbanos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.

BALLARIN, M.L.G.S.; FERIGATO, S.H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde,** v.34, n.4, p.444-50, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília DF. 2008.

BRASIL. **Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a política nacional para população em situação de rua e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009; 24 dez;

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, Diário Oficial da União, Seção 1, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122/GM, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União 2012; 26 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua.** Brasília DF. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA**. Brasília DF. 2014.

BRASIL. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileira? Organizadores: Bastos, Inácio Francisco; Bertoni, Neilane. Rio de Janeiro. ICICT/FIOCRUZ, 224p.2014.

BODSTEIN, R. o Debate sobre Avaliação das práticas e estratégicas em Promoção da saúde. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v.35, n. 2, maio/ag. 2009b: 7-15.

BUSS, P. M., FILHO, A. P. **A saúde e seus determinantes sociais.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.9, pp. 2005-2008.

CAMPOS, G. W. S. & AMARAL, M. A.. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):849-859, 2007.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. **Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, ago./dez.1998.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à "desfiliação".***Caderno CRH*, 26/27: 19-40. 1997

CECÍLIO, L. C. **As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

COELHO, I, B. **Formas de Pensar e Organizar o Sistema de Saúde: Os modelos Assistenciais em Saúde**. In: CAMPOS, G, W, S. e GUERREIRO, A, V, P (orgs). Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo, Hucitec, 2013.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final 2008**.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **A atenção básica que queremos**. Brasília: CONASEMS, 2011.

COSTA-ROSA, A. **Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, p.743-757, 2011.

CUNHA, EM. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS.** Tese de Doutorado-ENSP/ Fiocruz, 2009.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Editora Hucitec; 212 pp. ISBN: 85-27106-75-2. 2010.

CUNHA, G, T, C; DANTAS, D, V. **Uma contribuição para a co-gestão da clínica: Grupos Balint-Paidéia.** In: CAMPOS, G, W, S; GUERRERO, A, V, P. Manual de Práticas de Atençaõ Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Hucitec. São Paulo, 2013.

DAMATTA, R. **A Casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e a morte no Brasil.** 5ª edição. Rio de Janeiro – 2000.

DANTAS, M. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. (Estudos, 61)

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FIGUEIREDO, M, D; FURLAN, P, G. **O Subjetivo e o Sociocultural na Produção de Saúde e Autonomia.** In: CAMPOS, G, W, S; GUERRERO, A, V, P. Manual de Práticas de Atençaõ Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Hucitec. São Paulo, 2013.

GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Ed. Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Ed. Fiocruz, 2012.

JUNGES J.R. BARBIANI R. **Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: Uma leitura bioética**. Revista de Bioética, Vol 21, No 2,PP. 207-217. 2013

LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. S. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, n.49, pp. 251-260. Epub Apr 30, 2014. ISSN 1807-5762.

MACERATA, I. **Experiência POP RUA: Implementação do "Saúde em Movimento nas Ruas" no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro**. Rev. Polis e Psique, 2013; 3(2):207-219

MACERATA, I, SOARES, J. G. N, RAMOS J.F.C. **Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e Rua**. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:919-30.

MAGALHÃES, R; BODSTEIN, R. **Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 3, junio, pp. 861-868,Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Brasil. 2009.

MALFITANO, A, P, S. **Juventudes e contemporaneidade: entre a autonomia e a tutela.** *Etnográfica* [online]. 2011, vol.15, n.3, pp. 523-542. ISSN 0873-6561.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. São Paulo. 6º Ed. 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E, E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS BRASIL: caderno de textos. Brasília, p 108-137, 2004.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões**. 2007.

MINAYO, C.S.M; SOUZA, E.R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2ºReimpressão. 2011

MINAYO, C.S.M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, 13 Ed; Hucitec, 2013.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In FONSECA A. F. (Org). O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janiero: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MUÑOZ, J.V. **Bases para uma política pública de Inclusão Social da População Adulta em Situação de Rua no Estado do Rio de Janeiro.** Fórum Permanente sobre População Adulta em Situação de Rua do Estado do Rio de Janeiro. 2009.

NUNES, A., SANTOS, J.R.S., BARATA, R. B., VIANNA, S.M. **Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil - uma proposta de monitoramento.** *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS; Instituto de Pesquisa Aplicada e Econômica (IPEA), 2001. 224p*

OMS. Organização Mundial da Saúde . **Primeira Conferência internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em: 30/02/2014.

ONOCKO, C, R, T; C, G, W. de S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. IN: CAMPOS**, Gastão W. de S. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec/Fiocruz: São Paulo/Rio de Janeiro, 2009. p.669-688

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

PAIM, J. S. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PASSOS, E. & SOUZA, T. P. **Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas.** Psicologia & Sociedade, 23 (1), 154-162. 2011

ROSA A. S, et al. O **processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua**. Rev. Latino-am Enfermagem. 13(4):576-82, julho/agosto. 2005

SANTOS, M. **Concepções de geografia, espaço e território** ISSN 1981-9021 - Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, P. 24-42, 22º semestre de 2008.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. São Paulo, Ed. Record. 2001.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SECRETARIA MUNICPIAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Censo de População de Rua 2013: um direito à cidade**. 2014.

SILVA, M. L.L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, P. F. **Uma introdução conceitual à determinação social da saúde.** Saúde em Debate, v.33, nº.83, p. 380-387. Rio de Janeiro, setembro/ dezembro, 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, supl. esp., p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M, S, M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S;

LOBATO, L, P; CARVALHO, A, I; NORONHA, J, C. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Ed. Fiocruz, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria and ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos.** *Cad. Saúde Pública* [online]., vol.25, suppl.2, pp. s217-s226. ISSN 0102-311X. 2009

VARANDA, W; ADORNO, R, C. F. **Descartáveis urbanos:discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** *Saude soc.* [online]. vol.13, n.1, pp. 56-69. ISSN 0104-1290. 2004

## 11. ANEXO I

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "**A experiência da Equipe do Consultório na Rua e suas contribuições para a ampliação do cuidado na Atenção Primária em Saúde",** desenvolvida por Laila Oliveira Louzada, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Elyne Montenegro Engstrom**.**

Este projeto tem por objetivo geral analisar as concepções de cuidado que norteiam as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCnR) da área programática 1.0, da cidade do Rio de Janeiro. Você está sendo convidado a participar da pesquisa por atuar como profissional da equipe deste Consultório na Rua, bem como ter participado do Grupo de Trabalho (GT) constituído por profissionais destas equipes no período de março de 2013 a março de 2014. Este estudo será desenvolvido a partir da análise das falas dos profissionais que participaram deste GT que você fez parte e que foram previamente gravadas, que visava subsidiar a elaboração de um documento coletivo e institucional que representasse as diretrizes do Consultório na Rua. Pretendemos transcrever as gravações do GT, selecionar trechos relativos ao cuidado e elaborar um novo documento síntese específico para o estudo. A sua participação será voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e consistirá em autorizar a utilização das gravações realizadas nestes encontros do GT. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações presentes nas gravações, uma vez que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. Dessa forma, o possível risco de você ser identificado será evitado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O principal benefício de sua participação nesta pesquisa é o de contribuir para a construção de conhecimento sobre o cuidado à população em situação de rua na Atenção Primária à Saúde (APS). Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação e artigos científicos, assim como garantimos uma apresentação dos mesmos a você. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido será redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas estão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável com ambas as assinaturas apostas na última página. O termo apresentado deve conter local destinado à inserção das referidas rubricas – pesquisador e participante.

**Rio de Janeiro, ____/_____/2014.**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante:
_____

Assinatura do participante da
pesquisa:_____

Assinatura do pesquisador**:**
_____

**Contatos:**

1. Pesquisadora responsável: Laila Oliveira Louzada (Telefone 21-98805-7477; email: lailalouzada@yahoo.com.br)
2. Comitê de Ética em Pesquisa : CEP da ENSP (Telefone 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210)