

“População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro”

por

Carolina Cruz da Silva

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Portes Vargas

Rio de Janeiro, março de 2013.

Esta dissertação intitulada

“População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro”

apresentada por

Carolina Cruz da Silva

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elisete Casotti

Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz – orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 25 de março de 2013.

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2013.



Carolina Cruz Silva

S586 Silva, Carolina Cruz da
Atenção primária e população em situação de rua: a prática
de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de
Janeiro. / Carolina Cruz da Silva. -- 2013.
132 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Cruz, Marly Marques da
Vargas, Eliane Portes
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. População de Rua. 3.
Centros de Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Prática de
Saúde Pública. I. Título.

CDD - 22.ed. –

362.12098153

AGRADECIMENTOS

A todos que acompanharam nessa conquista pessoal e profissional, especialmente a minha família e amigos, ofereço meu enorme agradecimento. Um agradecimento eterno as minhas queridas orientadoras Marly Cruz e Eliane Vargas, professores da ENSP, professores da banca, e profissionais de saúde da Clínica da Família Victor Valla.

Aproveito para destacar pessoas importantes em minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica: Hilda Cruz da Silva, Artur Ferreira da Silva, Raquel Cruz, Isabel Alves, André Rabelo, Ana Clara Rabelo, Conceição Rabelo, Renato Rabelo, Celina Rabelo, Fabio Rocha, Jaqueline Oliveira, Solange Cavalcante, Betina Durovni, Renata Coelho, Simone Pires, Verônica Busch, Maria Angela Albuquerque Barreto, Paula Brandão, Desireé Queiroz, Jorge Munhoz, Regina Zuim, Laila Louzada, Marcia Gatto, Magali Eleutério, Carlos Silva, Pedro Lima, Hilda Correa, Maciel Santos, Marcelo CR Manguinhos, Maria Ângela Barreto, Inês Carcamo, Diogo Rocha, Adriana, e Kiko Netto.

Esse estudo traz à tona o tema do cuidado na atenção primária, e demonstra a potência que os profissionais de saúde carregam em suas mãos. Essas mãos oferecem um aperto, um remédio, um carinho, um curativo, um amparo, a garantia de um direito que, muitas vezes se torna um estímulo necessário para a superação de tantos desafios, com os quais as pessoas em situação de rua se deparam cotidianamente na Cidade do Rio de Janeiro.

Aqui está uma singela contribuição para o campo do cuidado de gente que cuida de gente. Espero que os leitores dessa dissertação se animem em buscar maior aprofundamento sobre essa temática, bem como aproveitar a oportunidade para a qualificação das suas práticas de cuidado.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

Sumário

Resumo.....	12
Abstract.....	13
Apresentação.....	14
1. Introdução.....	16
2. Objetivos.....	22
3. Marcos conceituais.....	23
3.1 - População em situação de rua, condições de vida, e políticas públicas.....	23
3.2 - Atenção Primária: desafios e experiências e os desafios no atendimento à população em situação de rua.....	31
3.3. O cuidado em saúde na atenção primária.....	42
4. Percurso metodológico.....	49
4.1 - Desenho de estudo: questões teórico-metodológicas.....	50
4.2 - As etapas do estudo.....	52
5. Resultados e discussões	57
5.1 – O contexto político organizacional da Clínica da Família Victor Valla.....	57
5.1.1 – O município e sua rede de Atenção Primária à Saúde.....	57
5.1.2 – O território de Manguinhos e sua rede de saúde.....	61
5.1.3 – O caso: Clínica da Família Victor Valla.....	67
5.2 – As práticas do cuidado do Consultório na Rua.....	69
5.2.1 – Cenas do cuidado na clínica e na rua: criação de novos arranjos institucionais.....	69
5.2.2 – Desafios da APS nas práticas de cuidado do Consultório na Rua....	79
5.2.3 – A organização do trabalho da equipe do Consultório de Rua: construção de um projeto interdisciplinar.....	83

5.3 – Caracterização da população em situação de rua atendida na Clínica da Família Victor Valla.....	90
5.3.1 – A população em situação de Rua de Manguinhos: mobilidade e fixação.....	91
5.3.2 – Vulnerabilidades e saúde: um retrato da população de rua em Manguinhos.....	95
6. Considerações finais.....	112
7. Referências bibliográfica.....	115
8 – Anexos.....	122

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AG – Agente Social

AP – Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Coordenação de Área de Planejamento

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CF – Clínica da Família

CFVV – Clínica da Família Victor Valla

CDR – Consultório de Rua

CR – Consultório na Rua

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CHP2 – Centro de Habitação Provisória 2

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

LTM – Laboratório Territorial de Manguinhos

MS – Ministério da Saúde

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OSS – Organizações Sociais de Saúde

OTICS – Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCRJ – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

PE – Prontuário Eletrônico

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF POP RUA – Estratégia de Saúde da Família para a População em Situação de Rua

PSR – População em Situação de Rua

RD – Redução de danos

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Lista de Figuras, gráficos e tabelas

Figuras:

Figura 1 – Vista aérea das Comunidades que compõem Manguinhos

Figura 2 - Cena de uso de drogas em Manguinhos

Figura 3 – Mapa do TEIAS Manguinhos

Figura 4 – imagem da entrada da CFVV

Tabelas:

Tabela 1: Descrição das etapas do percurso metodológico

Tabela 2 – Relação das ações de saúde ofertadas pelo Consultório na Rua, 2012.

Gráficos:

Gráfico 1 – Local de permanência da PSR da região de Manguinhos.

Gráfico 2 – Distribuição dos usuários, segundo faixa etária e sexo, 2012.

Gráfico 3 – Distribuição dos usuários do Consultório na Rua, segundo raça/cor, 2012.

Gráfico 4 – Nível escolaridade dos usuários do Consultório na Rua, 2012

Gráfico 5 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo a condição ter ou não profissão/ocupação, 2012.

Gráfico 6 – relação de profissões/ ocupações relatadas pelos usuários do Consultório na Rua, Manguinhos, 2012.

Gráfico 7 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo aqueles que declararam possuir ou não documentação, Manguinhos, 2012.

Gráfico 8 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo permanência de residência na rua, 2012

Gráfico 9 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua , segundo procedência, 2012.

Gráfico 10 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo local de realização da higiene pessoal, 2012.

Gráfico 11 – Distribuição de usuários do Consultório de Rua, segundo frequência de contato com a família, 2012.

Gráfico 12 – Distribuição de usuários do Consultório de Rua, segundo relato da presença de doença, 2012.

Gráfico 13 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo principais agravos registrados, 2012.

Gráfico 14 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo tipos de drogas utilizadas, 2012.

Resumo

A temática apresentada se insere no debate em torno do cuidado em Saúde voltado para populações específicas, nesse caso a população em situação de rua. O estudo objetivou compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais do consultório na Rua da Clínica da Família Victor Valla, localizada na região de Manguinhos, na Cidade do Rio de Janeiro. Para essa compreensão, realizamos a caracterização das práticas desenvolvidas pela equipe de Consultório na Rua, bem como do contexto político organizacional em que os profissionais estão inseridos. Além disso, realizamos uma breve caracterização dos usuários acompanhados na Unidade de Saúde. Como proposta metodológica utilizamos o estudo de caso único, desenvolvendo procedimentos metodológicos como a observação direta, a entrevista semiestruturada com profissionais de saúde e representante do movimento social, e o levantamento bibliográfico/ documental. Os resultados apresentados apontam para novos arranjos institucionais, levando em consideração a experiência do Consultório na Rua com cenas de cuidado na rua, e no serviço de saúde. O uso de tecnologias leves utilizadas nas práticas de cuidado pela equipe do Consultório na Rua também foi observado, bem como a sua integração em um processo de trabalho interdisciplinar. A abordagem utilizada pela equipe contribuiu para a construção de vínculo com as pessoas vivendo em situação de rua, originando práticas que buscam dar respostas às demandas e necessidades apresentadas pelos usuários. A equipe do CR se configura como a equipe de referência para essa população no território de Manguinhos. Alguns desafios foram observados para o cuidado dessa população, dentre eles destacamos as dificuldades dos usuários na utilização dos serviços da rede de saúde do SUS, e a necessidade de ampliação da rede de atenção psicossocial do Município do Rio de Janeiro. Além disso, permanece a adoção de ações de repressão por parte do governo municipal, fato que contribui para o aumento do estigma e discriminação da população em geral, frente às pessoas que vivem em situação de rua.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, população de rua, centro de saúde, saúde da família e práticas de saúde pública.

Abstract

The study focuses on the discussion on Health Care directed to specific populations, in this case the homeless. The study aims at understanding the care practices developed at the Street Medicine of the clinic “Clínica da Família Victor Valla”, located in the neighborhood of Manguinhos in Rio de Janeiro. To this end, we conducted the characterization of practices developed by Street Medicine practitioners, as well as the political organizational context to which these professionals belong. In addition, we conducted a brief characterization of the users assisted by the Health Unit. This is a single-subject study performed throughout certain methodological procedures such as participant’s observation, conducting interviews with health professionals and representatives of social movements, and bibliographical/documentary survey. The results point out to new institutional arrangements, taking under consideration the experience of street medicine practitioners with street care cases and with health service. The use of soft technologies employed in healthcare practices by Street Medicine practitioners were also observed, as well as their integration. The approach used by the institution allowed to build relationship with people living on the streets, creating practices that seek to respond to the demands and needs presented by them.

The Street Medicine practitioners are considered to be a reference to this Manguinhos’ population. However, some challenges have been identified in terms of care. Among them are the issue of recognizing the homeless as users of the Health Care system (SUS in Brazil), and the need to enlarge the psychosocial care network in Rio de Janeiro municipality. Apart from these problems, there are also repressive actions taken by the local government that encourage the rise of discrimination against the homeless.

Keywords: primary health care, homeless population, health center, family health and public health practices.

Apresentação

Esse estudo é fruto de esforços e inquietações que estiveram presentes na trajetória de muitos profissionais de saúde. Os desafios apresentados no atendimento a grupos específicos, nesse caso pessoas que vivem em situação de rua, nos estimulam a aprofundar o conhecimento sobre essa população, bem como criar diariamente estratégias de cuidado para esse grupo que carrega a marca do preconceito e da violação de direitos.

O interesse em trabalhar com a temática da saúde das pessoas que vivem em situação de rua foi despertado na graduação, durante o meu processo de formação (1996/2000) na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ). Esse tema sempre esteve presente nas discussões sobre a prática do Assistente Social, e algumas disciplinas debatiam sobre os desafios da garantia de direitos e da construção de políticas públicas para populações em situação de pobreza. Por esse motivo, dediquei essa monografia, desenvolvida como requisito para conclusão do curso, à temática da exclusão social e do poder local.

Posteriormente, como Assistente Social da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), trabalhei no atendimento direto à população em situação de rua, atuando no projeto “Ônibus Acolhedor”, com triagem e encaminhamento desses usuários aos abrigos da Prefeitura. Com essa experiência profissional, pude observar as dificuldades que esse grupo vivenciava para conseguir acesso as políticas sociais e seus serviços, em especial os da área da saúde.

Após atuar na SMAS, passei a trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Coordenação de Doenças Transmissíveis (CDT), atuando em ações de mobilização social e acompanhamento de projetos específicos voltados para população em situação de rua. Destaco como principais ações a implementação de projetos voltados para o controle da tuberculose nas pessoas em situação de rua residente em abrigos, e a participação no Grupo de Trabalho (GT) Jovens Rua AIDS. Esse grupo tinha como objetivo o estabelecimento de ações de prevenção de DST/AIDS para adolescentes e jovens em situação de rua. A partir do acúmulo dessas experiências, também participei da elaboração da proposta de implantação da primeira equipe de saúde específica para atendimento da População em Situação de Rua, implantada na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2010.

Cabe destacar também a minha participação na construção e execução do estudo sobre a prevalência da tuberculose na população em situação de rua, em parceria com o

Programa Estadual de Controle da Tuberculose e com o Fundo Global. Esse estudo contribuiu com a inserção de orientações específicas para o tratamento desse agravo junto à população em situação de rua no manual de recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Tendo como base as experiências descritas acima, com abordagens específicas junto à população em situação de rua, surgiu o interesse em aprofundar o conhecimento das práticas de cuidado em saúde para essa população, em uma Unidade de Atenção Primária da rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Com esse texto, apresento uma das experiências pioneiras de cuidado junto as pessoas que vivem em situação de rua em um contexto com desafios complexos para os profissionais da atenção primária .

1 - Introdução

A temática da população em situação de rua ganhou fôlego no campo das políticas públicas, desde o ano de 2008, a “Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua”, realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social traçou um perfil desse grupo no Brasil (MDS, 2008). Além disso, a pesquisa contribuiu para a elaboração da política nacional para a população de rua, instituída em 2009, através do decreto de número 7053 da Presidência da República (BRASIL, 2009), constituindo-se dessa forma como um marco regulatório importante para efetivação dos direitos das pessoas que vivem em situação de rua no Brasil.

A presença de pessoas em situação de rua nas cidades é um fenômeno antigo que ganha contornos e explicações diferenciadas, de acordo com os contextos históricos e suas sociedades correspondentes. Na atualidade, essa problemática se apresenta de forma complexa no mundo, tendo em vista as constantes transformações políticas, sociais, e econômicas (SIMÕES JUNIOR, 1992). O processo excludente da globalização, a precariedade das relações de trabalho, o desemprego e a individualização exacerbada são algumas das causas da existência desse de pessoas nessa situação. De acordo com Carvalho (2008), *a cada dia, mais e mais homens e mulheres sendo excluídos do mundo do trabalho, caindo no desemprego, no subemprego, vivenciando processos de exclusão e/ou de inclusões precárias, degradantes, pondo em risco a vida e comprometendo sua própria humanidade, na medida em que se destitui sua dignidade como pessoa humana.* (p. 17)

Em cada país há uma denominação para a população de rua. Na França são denominados de “sans domicile fixe”, nos países anglo-saxônicos de “homeless”, e no Brasil de população em situação de rua. Esse fenômeno pode ser visto nas ruas das cidades mais ricas e emergentes da atualidade, como um exemplo do descarte de um grupo que essas mesmas sociedades produzem.

A utilização da terminologia população em situação de rua aqui no Brasil vem sendo adotada por diversos autores, dentre deles Munõz (2007) que define essa população como:

“... pessoas provenientes, em sua maioria, dos segmentos populares, que, vivendo em situação de extrema exclusão social e vulnerabilidade, fizeram da rua sua casa, nela desenvolvendo suas relações e nela provendo - de diversas maneiras – o seu sustento”. (p. 12)

As explicações sobre a existência de pessoas em situação de rua, para Silva (2006), relacionam-se a fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de

trabalho e renda, mudanças econômicas, e institucionais de forte impacto social, etc.) , além de fatores biográficos, ligados à história de vida de cada indivíduo (rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, infortúnios pessoais – mortes de todos os componentes da família, roubos de todos os bens, fuga do país de origem, etc.,). Em alguns casos, essa situação pode até mesmo estar relacionada a fatores da natureza, ou desastres de massas - terremotos, inundações, etc.

Cabe assinalar que essa população reflete a parcela de trabalhadores considerados como inúteis, desnecessários, e descartáveis, na ótica do capital. Dessa forma, o que temos são indivíduos que no limite de seus direitos, se veem despojados de sua cidadania, como destaca Hanna Arendt: do “direito a ter direitos” (H. A. Apud LAFER, 1998, p. 150).

As categorias utilizadas para compreender a existência desse fenômeno na contemporaneidade giram em torno do debate sobre a pobreza, exclusão social, e mudanças no mundo do trabalho. Nesse estudo nos apoiamos em alguns autores como Robert Castel (1998), e Sarah Escorel (2006). Castel debate sobre a nova exclusão social, oriunda das transformações no mundo do trabalho, utilizando a categoria desfiliação como consequência da ausência do trabalho, o que gera um isolamento social. Já Escorel realizou, na década de noventa, um estudo sobre a vida dos moradores de rua, articulando-o com a categoria “exclusão”. Nele foram percebidos processos de vulnerabilidade, fragilização, precariedade, e ruptura dos vínculos sociais, abordados através de cinco dimensões constituintes da vida social: econômico-ocupacional, sócio-familiar, da cidadania, das representações sociais, e da vida humana.

Alguns autores buscaram, em seus estudos, assinalar categorias para definir aspectos do cotidiano de vidas desses grupos como, por exemplo, Varanda (2003) adota a categoria “descartável urbano” para demonstrar a relação da sociedade com essa população cuja vida nas ruas, muitas vezes, se confunde com lixo urbano, ao se tornar alvo de ações de limpeza das vias públicas, e das medidas encampadas pelos órgãos públicos de ação social. Já Vieira (2004) busca aprofundar o conhecimento sobre o modo de viver, e as condições de vida da população em situação de rua, contribuindo com uma compreensão melhor do fenômeno no Brasil.

Mais que apresentar o conhecimento das causas e explicações do fenômeno, buscamos apontar alguns aspectos relacionados à vida na rua que influenciam nas

condições de saúde dessas pessoas, lembrando que suas trajetórias históricas, e o contexto atual em que estão inseridas agravam a situação de vulnerabilidade social. Cabe destacar alguns aspectos dessa vulnerabilidade como a situação de extrema pobreza, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a fragilidade dos laços familiares e sociais, dentre outros que as tornam mais suscetíveis a determinados agravos de saúde.

Um dos grandes desafios no campo da saúde para essa população é a garantia de acesso aos serviços de saúde. Podemos apontar uma série de entraves, algum deles assinaladas por Costa (2005) em seu estudo como: a exigência de comprovação de residência, tratamentos de saúde aplicados à regras que não levam em consideração as condições de vida dessas pessoas, e o despreparo dos profissionais no acolhimento a esse grupo.

Tendo em vista esse contexto de acesso limitado aos serviços de saúde, algumas experiências brasileiras vêm se destacando no atendimento à população em situação de rua, especificamente a atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criadas para desenvolver ações no território da rua. Elas se destacam na cidade de São Paulo, Belo Horizonte, e Porto Alegre.

Além dos conhecimentos adquiridos nas cidades brasileiras destacadas acima, também cabe assinalar avanços no marco regulatório, através da criação de normativas e portarias nacionais, com base na Política Nacional para a População em Situação de Rua. Além disso, o Ministério da Saúde instituiu um Comitê Técnico de Saúde da população em situação de rua, publicado pela Portaria de número 3.305 do Ministério da Saúde, com a participação de representantes do Movimento Nacional da População de rua, diversas secretarias do Ministério da Saúde, e Conselhos de Saúde. Com base nas experiências da ESF para as pessoas que vivem em situação de rua, e dos Consultórios de Rua da área técnica da saúde mental, o Departamento Nacional de Atenção Básica instituiu a criação de equipes de atenção básica para populações específicas, por meio da portaria Nº. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. A criação dessas equipes teve como objetivo ampliar o acesso dos usuários em situação de rua à rede de atenção a saúde. No ano seguinte, foi publicada a portaria nº. 122/GM/MS, que definiu equipes específicas para o atendimento a esse grupo: as equipes Consultórios na Rua (CR) foram configuradas para atuar como equipe multiprofissional.

Esses avanços do marco regulatório na área da saúde, especificamente os referentes às equipes de atenção primária para a população em situação de rua, passaram a conviver com o enquadre institucional "medicalizante" e hegemônico na

área dos serviços de saúde e que de certa forma acabaram interferido nas categorizações da população em questão, ora pelo o uso de drogas ora pelo seu comportamento como "problema" de natureza mental ou psiquiátrica. Essa perspectiva influenciou os investimentos na área da saúde destinados a essa público, associando os recursos à ampliação das ações de combate à droga, em destaque o plano nacional "crack é possível vencer".

Em relação à Cidade do Rio de Janeiro, a primeira equipe de referência para atendimento à população em situação de rua foi implantada no ano de 2010, denominada "Saúde em Movimento nas Ruas" ou ESF POP RUA¹, conforme descrito no blog do serviço. Os profissionais atuam na região do centro do Rio de Janeiro, e *integra duas equipes básicas do Programa Saúde da Família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos em saúde bucal, e agentes comunitários de saúde) às equipes de saúde mental (uma assistente social, uma musico terapeuta, e dois psicólogos) e bucal (composta de dentistas e técnicos em saúde bucal)* (UNICEF, 2011).

Além da experiência do PSF de Rua do Centro da Cidade, outros dois serviços de saúde de atenção primária mantém equipes específicas para o atendimento as pessoas em situação de rua: um no bairro de Manguinhos, e outro na favela do Jacarezinho.

Sendo assim, surge o interesse em estudar como as práticas de cuidado são desenvolvidas em um serviço de atenção primária voltado para pessoas que vivem em situação de rua. Optamos pela Clínica da Família Victor Valla (CFVV), localizada no bairro de Manguinhos. Para esse estudos foram levantadas as seguintes questões:

Qual é o contexto político organizacional da unidade de atenção primária que atende a população em situação de rua no território de Manguinhos?

Quais as características das pessoas em situação de rua que são atendidas no Consultório na rua da CFVV?

Quais são as propostas de atendimento para esses usuários, quais as ações, e práticas? Elas são prescritivas, produzem encontro entre o profissional de saúde e usuários, constroem vínculo?

Ou seja, a questão principal do estudo é: Como a equipe de consultório na rua da CFVV desenvolve suas práticas de cuidado à saúde para a população em situação de rua?

¹ <http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br>

Partimos do pressuposto que o tema do cuidado à saúde da população em situação de rua na atenção primária em saúde tem sido pouco estudado no campo da saúde pública, talvez devido a sua pouca visibilidade, o que reforça a importância de se fazerem estudos voltados para essa temática.

Além disso, acreditamos os achados desse estudo poderão contribuir para a produção de conhecimento em torno da equidade em saúde, estabelecendo uma conexão entre a academia e serviços de saúde, na linha do cuidado às populações vulneráveis.

As ciências sociais e humanas, tradicionalmente, produzem estudos sobre essa população, como a antropologia, psicologia, e serviço social bem, como a área da política de assistência social. Contudo, é possível observar na área da saúde pública, nos últimos anos, a inclusão desse tema no debate acadêmico e profissional nos congressos, seminários e fóruns, sobretudo nos da área da tuberculose, DST/AIDS, Saúde mental, e atenção primária.

Acredita-se assim que o estudo das experiências dos serviços com atendimento específicos para a população em situação de rua ajude na melhoria da compreensão do processo de trabalho, bem como no aprimoramento das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde, trazendo a posição dos sujeitos envolvidos e suas experiências vividas para resolução de seus problemas.

Destacamos o estudo de Varanda (2003) que vincula o tema da população em situação de rua com a área da saúde, articulando as diretrizes do SUS. Ele aponta que devido às condições de saúde precárias em que essas pessoas vivem, é preciso articular as políticas públicas integradoras para *populações com necessidades especiais*, levando em consideração os princípios da universalização, equidade, e integralidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

O processo de trabalho da atenção primária no qual as equipes estão inseridas se pauta na compreensão do sujeito em sua integralidade, buscando relacionar as demandas e necessidades de saúde do indivíduo às suas condições de vida, subjetividade, e trajetórias históricas, questões assim determinantes para o processo de saúde e doença.

Esse é, sem dúvida, um estudo pioneiro na cidade do Rio de Janeiro, uma vez que essas experiências são recentes e inovadoras no campo da saúde pública, e no contexto da rede de atenção primária de saúde na cidade. Acreditamos que a divulgação desse projeto no meio acadêmico poderá contribuir para a disseminação dessas práticas de cuidado.

Os resultados do estudo foram organizados em três capítulos, buscando, inicialmente, descrever o contexto político organizacional do serviço de saúde em estudo, tendo em vista a expansão da atenção primária na Cidade do Rio de Janeiro e no território de Manguinhos. No segundo capítulo, descrevemos as práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua de Manguinhos junto a população em situação de rua, as práticas se desenvolvem no espaço do serviço e diretamente no espaço da rua. E por fim, no terceiro apresentamos um breve perfil dos usuários acompanhados pela equipe do CR da Clínica da Família Victor Valla com base nos dados das fichas de cadastro utilizada pelos profissionais..

2 – Objetivos

2.1 - Objetivo geral

Compreender as práticas do cuidado desenvolvidas pelos profissionais do Consultório na Rua (da Clínica da Família Victor Valla), junto à população em situação de rua.

2.2 - Objetivos específicos

- ✓ Descrever o contexto político-organizacional da Clínica da Família Victor Valla;
- ✓ Caracterizar a população em situação de rua cadastrada pelo Consultório na Rua (da Clínica da Família Victor Valla);
- ✓ Caracterizar as práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do Consultório na Rua (da Clínica da Família Victor Valla).

3- Marcos conceituais

Essa dissertação se apoiou em marcos conceituais direcionados para a compreensão das práticas de saúde voltadas para a população em situação de rua.

Iniciamos nosso levantamento bibliográfico buscando o entendimento do fenômeno da população em situação de rua. Para tal, conceituamos e explicitamos características dessa população e a complexidade em torno desta questão social que tem suas raízes no modelo de sociedade em que vivemos.

Como eixo fundamental utilizamos a categoria cuidado em saúde, mais especificamente na atenção primária. Nos baseamos em autores que debatem sobre a saúde no Brasil, em especial o modelo de atenção básica adotado no país – Estratégia de Saúde da Família. O desenvolvimento de tecnologias de saúde que busquem a construção de vínculo entre profissional de saúde e usuário se apresenta como um caminho a ser percorrido pelos profissionais que atuam na atenção primária.

Também explicitamos práticas e experiências em curso desenvolvidas pelos profissionais de saúde em serviços específicos para população em situação de rua e as propostas no campo da saúde que antecedem a criação das equipes de consultório na rua.

Sendo assim, o leitor poderá encontrar elementos teóricos importantes para a compreensão das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde do Consultório na Rua da Clínica da Família Victor Valla.

3.1 – População em situação de rua, condições de vida, e políticas públicas

A existência de pessoas vivendo nas ruas é uma expressão histórica do modelo social em que vivemos que se modifica de acordo com os contextos histórico, culturais e políticos. Em geral, a população em situação de rua se configura como um segmento social em situação limite de pobreza, tendo um lugar social demarcado, que é estigmatizado cotidianamente pela sociedade (PEREIRA, 2009).

Essa população é retratada na era medieval por Geremek (1995), que descreveu características de mendicância e peregrinação como recursos de sobrevivência, além de apontar que esses indivíduos eram considerados pela sociedade da época como delinquentes, criminosos, vagabundos, e desocupados que usavam estratégias artificiais para forjar o caráter de indigência. Muitos deles eram camponeses e artesãos

empobrecidos, assalariados sem emprego, além de aleijados, doentes, loucos, velhos, viúvas, e órfãos. Essa imagem da população em situação de rua persiste na figura do mendigo, “incapazes”, e “vagabundos”.

A existência de pessoas em situação de rua também é apontada por Rodrigues (1999) como fenômeno ocorrente desde o tempo da Idade média, sendo categorizadas como mendigos ou vagantes. A intensa circulação de pessoas, animais, carroças, e a fronteira tênue entre o campo e a cidade, onde os ricos e pobres necessariamente se esbarravam, dava visibilidade aos miseráveis da época que eram, em geral, *camponeses desafortunados não vinculados a senhores feudais ou a corporações que monopolizavam os serviços nas aldeias, ou então doentes incapacitados para o trabalho*. (Idem, p.24).

Um tempo depois, já nos primórdios da sociedade capitalista, ainda havia moradores de rua, em destaque o contexto após a Revolução Industrial, com o acirramento desse fenômeno junto aos trabalhadores da época. Esse fato esteve relacionado às consequências dos processos de ruptura social, derivados das mudanças no modo de produção econômica, da contemporaneidade com as mudanças do capitalismo financeiro, e do neoliberalismo que intensificaram as desigualdades sociais (BURSZTYN, 2000).

Ao longo dos séculos, a figura do andarilho, do transeunte, do mendigo, do morador de rua vem assumindo codinomes, em diferentes momentos históricos. Porém é necessário situar a questão da população de rua na atualidade, com base na trajetória sócio-histórica, e nas contradições econômicas e políticas que se apresentam na sociedade pós-moderna e neoliberal. As configurações variam de acordo com os países, e os diversos momentos históricos das sociedades.

Com relação ao Brasil, segundo Pereira (2009), o cronista João do Rio descreveu a população de rua em tom literário, no início do século XX, através da figura de mulheres “mendigas”, crianças pedintes, cortiços malcheirosos, e esmoleiros, como exemplos da miséria que assolava as ruas das cidades. Segundo a autora, a mendicância, as práticas de pedir, e de provocar piedade eram consideradas crimes de vadiagem, e eram combatidas pela polícia através de ações repressivas.

Essas transformações no mercado de trabalho são compreendidas como expressões da “nova questão social”, categoria definida pelo cientista francês Robert Castel (1998) para explicar o crescimento do desemprego, com o surgimento de novas formas de pobreza, no contexto que denomina “crise da sociedade salarial”. Para o

autor, o desemprego, a precariedade do trabalho, e a desestabilização dos estáveis, a partir do decênio de 1970, provocaram o ressurgimento dos “*supranumerários*”, que se encontram no núcleo da questão social contemporânea, caracterizada por ele como uma “nova questão social”.

Em torno do debate da exclusão social, Oliveira (1997) também assinala as mudanças no mundo do trabalho com base no modelo de sociedade capitalista, considerando essa situação como permanente em nossa história. No entanto, o autor enfatiza que, na contemporaneidade, a exclusão ganhou novos contornos pelas seguintes razões: pelo alto crescimento do desemprego, pelo conjunto expressivo de trabalhadores à margem do processo produtivo, e pelo circuito econômico tradicional, sendo os excluídos socialmente considerados desnecessários. Sendo assim, se abate sobre esses “*desnecessários*” um estigma, cuja consequência mais dramática seria a expulsão da própria “*órbita da humanidade*”.

Considerando que os grupos excluídos ou desnecessários levam em sua maioria uma vida considerada sub-humana em relação aos padrões sociais normais, considerados como ameaças, e por isso são passíveis de eliminação. Destaca-se assim, que boa parte dos desnecessários ou excluídos está presente nas favelas, no narcotráfico, e nas ruas dos grandes centros urbanos (OLIVEIRA, 1997).

Com relação ao uso do conceito “população em situação de rua”, Silva (2006) o considera mais apropriado para designar uma situação e condição social que não resulta apenas de fatores subjetivos vinculados à sociedade, e condição humana. Para a autora, a população em situação de rua é uma situação e condição social produzida pela sociedade capitalista, no processo de acumulação do capital (p.22). O termo “em situação, caracteriza o princípio da transitoriedade do processo de exclusão das proteções ligadas ao mundo de trabalho, ou “desfiliação” como denomina Castel (1997).

Dessa forma, pensar em pessoas em situação de rua nos remete a pensar como esses indivíduos se inserem nessa categoria, e como vivem no espaço das cidades. É possível encontrar uma variedade de pessoas, famílias, e grupos que ocupam os espaços públicos da cidade, geralmente considerados como “moradores de rua”.

A rua é o espaço privado na vida dessas pessoas, pois desenvolvem suas atividades de âmbito doméstico como se esse ambiente fosse a sua casa, ou extensão dela. É também considerado um espaço de atividades públicas, utilizado para ganhar recursos para a sobrevivência. Essa população estabelece, cotidianamente, estratégias de sobrevivência fisiológicas, e de obtenção de rendimentos (o produto da esmola,

alimentos, informações sobre locais propícios ao pedido, repouso, obtenção de documentos, e assistência em geral), condicionadas ao espaço urbano em que se fixam, ou ocupam. A população em situação de rua se distribui na geografia das cidades, segundo as possibilidades de obtenção de rendimentos, e de obtenção de suas necessidades básicas (ESCOREL, 2000).

Para caracterizar a população em situação de rua, é importante apontar que ela se configura como um segmento populacional heterogêneo, composto por pessoas que compartilham diferentes realidades. *Tal heterogeneidade está ligada a alguns aspectos, como as peculiaridades da situação de rua nas diversas regiões brasileiras, e a infinidade de histórias de vida desses indivíduos numa mesma região.* (MATTOS, 2006, p.38). Em outras palavras, os motivos que as levam à rua, o tempo de permanência, e o grau de vínculos familiares diferem entre os grupos existentes nessa população. São histórias de rupturas sucessivas, e muitas delas estão ligadas à violência, ausência de emprego, e ao uso abusivo de álcool e drogas, não apenas entre aquelas que permanecem nas ruas, mas também entre seus familiares. (BULLA, MENDES, PRATES e OUTROS, 2004)

Em contrapartida, destacamos algumas características comuns como a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados, e inexistência de moradia convencional regular. Todos esses problemas estimulam essas pessoas a utilizarem as vias públicas como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária, ou de forma permanente.

O estudo realizado por Varanda (2004) aponta a heterogeneidade dessa população, e propõe três classificações: os que “ficam na rua” são aqueles que ficam em situação circunstancial como, por exemplo, as mães que levam os filhos às ruas durante o dia para “esmolar”. Os que “estão na rua”, por sua vez, são pessoas que estão recentemente nas ruas, e os que “são da rua” apresentam uma situação crônica de permanência na rua.

O autor definiu essas classificações de acordo com o uso do espaço da rua pela população de rua, onde ora é utilizado como um abrigo para os sem recursos que dormem circunstancialmente sob marquises, viadutos, e bancos de praças, ora serve como modo de vida para os que já fazem da rua o seu habitat, e lá estabelecem uma complexa rede de relações. Em resumo, a pesquisa revela a heterogeneidade da relação dessas pessoas com a rua, não sendo possível classifica-las da mesma forma.

Indubitavelmente, esse acontecimento social constitui uma *síntese de múltiplas*

determinações, cujas características, mesmo com variações históricas, o tornam um elemento de extraordinária relevância na composição da pobreza nas sociedades capitalistas (SILVA 2006, p.73). As mudanças da contemporaneidade presentes nas relações de trabalho, e o aumento da pobreza podem não ser fatores determinantes para se viver nas ruas, mas estão intimamente relacionados às rupturas sucessivas no universo afetivo, o que culmina na situação de rua. (VARANDA, 2003)

Ainda discorrendo sobre os motivos que levam pessoas às ruas, Munhoz (2007) dá ênfase aos fatores relacionais, ao considerar que os motivos que fixam as pessoas nas ruas estão relacionados a rupturas, decepções, e fracassos muito dolorosos vividos na terra de origem, aos laços familiares, aos amigos, costumes e crenças, valores, relações afetivas, ou seja, à referências fundamentais na construção da identidade humana.

Consequentemente, a sociedade em geral compreende essas pessoas como perigosas e vagabundas, e muitas vezes evitam contato com elas, com receio de serem abordadas por pedido de esmola e ajuda. E em muitos casos, a discriminação culmina em atos extremamente violentos de agressão à população em situação de rua, nas diversas cidades do Brasil (MATOS&FERREIRA, 2004).

Em oposição, esse grupo também desperta em certas pessoas sentimento de “pena”, e comoção. Esse outro ponto de vista alimenta uma dupla representação social dessa população, ora vistos como vadios, ora como coitados. Essa imagem social dos “moradores de rua” está presente na sociedade de forma geral e, portanto, também prevalece entre profissionais de saúde. Essa forma de compreender a população em situação de rua amplia o estigma e preconceito.

Além da pena e da comoção, a solidariedade também aparece como um dos sentimentos que a população demonstra em relação ao morador de rua, com exemplo os grupos religiosos que saem à noite para levar comida e agasalho para as pessoas que estão dormindo na rua (COSTA, 2005).

Portanto, as condições e o contexto de vida dessa população, somados à invisibilidade dessas pessoas na sociedade, e escassez de ações de proteção social do Estado aumentam a vulnerabilidade social, e demonstram claramente a violação dos direitos humanos.

Com objetivo de caracterizar o perfil dessa população, foi realizada uma pesquisa pelo Ministério do Desenvolvimento Social, no ano de 2008, em metrópoles brasileiras com exceção de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre. Os dados obtidos revelam que de um grupo de 31.922 pessoas, 82% eram homens, mais da

metade (52%) entre 25 e 44 anos de idade. Com relação ao quesito raça/cor autodeclarado, 39,1% eram pardos, 29,5% brancos, e 27,9% negros. No total, 74% sabiam ler e escrever, e quase a metade (48,4%) alegou ter completado o ensino fundamental (MDS, 2008).

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%), ao desemprego (29,8%), e (29,1%) às desavenças com familiares (MDS, 2008).

Dessa forma, além da situação de pobreza, há outros motivos relacionados a fatores biográficos que “impulsionam” a ida às ruas, conforme já destacado por diversos autores.

Com relação ao período de permanência nas ruas, 48,4% estavam fora de casa há mais de dois anos, e 69,6% pernoitavam na rua, ao passo que 22% costumavam dormir em albergues, ou em outras instituições. Outros 8,3% costumavam alternar entre as ruas e os albergues. (MDS, 2008)

Um dado interessante relacionado à sobrevivência dessas pessoas apontou que 70,9% dos entrevistados alegaram exercer alguma atividade remunerada, e apenas 15,7% revelaram que a sua principal fonte de renda é a esmola, contrapondo-se ao ideário histórico do mendigo e pedinte (MDS, 2008). Essa pesquisa demonstra claramente que a maioria continua tendo o trabalho como principal fonte de renda, exercendo funções informais como, por exemplo, catadores de lixo recicláveis, e “flanelinha”.

O levantamento de dados também revelou a frequentemente discriminação, impedido-os de entrar em estabelecimentos como: Shoppings Center, meios de transporte coletivo, e serviços de saúde. Esse dado aponta a dificuldade que essa população tem em acessar os serviços de saúde.

Estritamente no município do Rio de Janeiro foram identificadas 4.585 pessoas em situação de rua. Do total de entrevistas, 72,2% foram realizadas em locais caracterizados como de rua, e 27,8% em instituições. Apenas 7,3% das pessoas pedem dinheiro como principal meio de sobrevivência. A proporção da população em situação de rua, em relação à população total do Rio de Janeiro corresponde a 0,075%, ao passo que no total de cidades pesquisadas essa proporção diminui para 0,061%. É importante considerar que na cidade do Rio de Janeiro, um percentual considerável dessas pessoas (31,7%) está há mais de cinco anos dormindo na rua, ou em albergue (MDS, 2008).

Também é importante lembrar que os Censos nacionais, realizados pelo IBGE,

historicamente não computam essa população, em função da sua falta de referência de moradia, bem lembrado por Rosa (2005), mesmo estando cada vez mais presente nas ruas.

É necessário recordar que a sociedade reproduz e legitima alguns padrões sociais, como a constituição da família, da residência fixa, e do trabalho formal. Quando os indivíduos fogem desse padrão, eles passam a ser considerados como “anormais”. Assim, muitas políticas públicas criadas para atender os necessitados, são postas em prática somente para os grupos que seguem os padrões socialmente aceitos.

Por essa razão, as políticas e programas voltados para população em situação de rua, ao longo da história, têm mostrado muita dificuldade em superar dois extremos: o assistencialismo, e a repressão que se expressa nos serviços ofertados de abrigo e de recolhimento.

Um exemplo de repressão é o conjunto de ações do poder público para a população em situação de rua, apoiadas pela maioria dos cidadãos que, muitas vezes, solicitam a remoção de moradores de rua localizados perto de suas residências, em vez de solicitarem políticas que garantam direitos e oportunidades para essas pessoas. Sposati (1995) descreve essa lógica de ações como “modelo filantrópico higiênico”, no qual a orientação do trabalho é segregar, esconder, e higienizar (p.90). Como bem assinala Varanda (2004), esse problema social complexo não pode ser entendido pelo preceito higienista e sanitarista, visando à remoção das populações em circulação na cidade.

Os serviços de saúde também podem acabar reproduzindo essa lógica, pois há um enquadre institucional “medicalizante” e hegemônico na área dos serviços de saúde, que classifica essa população como usuários de drogas (VARANDA, 2004), problema que seria decorrente de ordem mental, ou psiquiátrica. Essa perspectiva de olhar essa população pelo viés do uso de droga pode se somar as outras formas de controle sobre esse público, como por exemplo, as propostas de internação compulsória.

Mas cabe destacar, que estudos têm apresentado um breve perfil da saúde das pessoas em situação de rua e destacam alguns agravos com maior prevalência nessa população quando comparada à população geral, como: *seis vezes mais gestações, 30 vezes mais alcoolismo, e 57 vezes mais tuberculose* (CARNEIRO JUNIOR, JESUS e CREVELIM, 2010), além das diversas formas de violência que afetam a saúde física e mental, e muitas vezes o consumo abusivo de álcool, e outras drogas (CANÔNICO, TANAKA, MAZZA, SOUZA, BERNAT, JUNQUEIRA, 2007). Em um estudo

realizado por Botti (2010) em Belo Horizonte, estimou-se uma incidência de 49,8% de transtorno mental, em uma amostragem de 245 moradores de rua.

É importante salientar que estar na rua não significa apenas uma situação de “abandono”, mas a expressão da destituição de direitos básicos. A vida na rua é o exemplo da situação de vulnerabilidade social: dormir na rua, roubar, revirar lixo para viver, vender seu corpo por comida e proteção, injetar seringas contaminadas pelo HIV, ou manter relações sexuais sem proteção, e consequentemente contrair um DST demonstram um claro abandono social dessas pessoas em nossa cidade. *Várias são as doenças que atingem de modo especial e com maior frequência esse público, entre elas a AIDS, as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, as doenças de pele, as doenças respiratórias entre outras* (p.8 COSTA, 2005). Logo, a execução de ações de saúde que levem em conta as necessidades dessas pessoas é urgente.

3.2 – Atenção Primária: desafios e experiências e os desafios no atendimento à população em situação de rua.

A concepção de saúde no Brasil não se refere à ausência de doenças estritamente, mas à uma visão mais ampla do conceito, tendo como desdobramentos as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde. Esse conceito é fruto de uma trajetória sócio-histórica que sofreu influências do contexto político e econômico, desembocando no surgimento do chamado Movimento de Reforma Sanitária.

Ao analisar o processo saúde-doença, evidencia-se que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho, e da sociedade, em determinado contexto histórico. Os aspectos que influenciam nesse processo, em nosso país, são variados, como por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, definindo a saúde como:

A saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante 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 (FLEURY, 1995, p.30).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem por finalidade atrelar as ações do governo aos interesses da sociedade, por meio de efetivação das políticas sociais, possibilitando assim à população o exercício da cidadania. Este deve ser assegurado pelo Estado, sobretudo, nos princípios de universalidade do acesso aos serviços, e descentralização da gestão.

No âmbito da saúde, foi concebido um sistema único – o SUS - que, operando sob forma de rede integrada, descentralizada e regionalizada, intentava instituir no Brasil o atendimento igualitário de toda a população. É nesse sentido que o SUS pode ser considerado a proposta que, no contexto da Seguridade Social, incorporou com mais fidelidade o princípio da universalização da cobertura do atendimento, e mais

enfaticamente renegou a atenção seletiva e elitizada das políticas sociais de extração neoliberal (PEREIRA, 2000, p.155).

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.

Vemos, dessa forma, que historicamente a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação, e concretização de políticas de promoção, proteção, e recuperação da saúde, com um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos coletivos.

Apesar de todos os avanços que o SUS conquistou, principalmente com relação ao campo jurídico, dando destaque ao princípio da universalidade, ainda há muitos entraves na efetivação desse direito. Mesmo tendo a regulamentação jurídica formal do direito à saúde, com o projeto neoliberal em curso esse direito corre o risco de se perder, ou simplesmente não ser efetivado.

Mesmo tendo em nosso texto constitucional a saúde como um direito de todos, e a construção de um Sistema Único de Saúde em nosso país, ainda são muitos os desafios para garantir esse direito, ainda mais se tratando dessa população que historicamente tem acesso limitado aos serviços saúde, pois diversos fatores influenciam na restrição do acesso à saúde para essa população.

A Política de Saúde, portanto, depara-se com dois projetos em disputa: um que busca implementar as conquistas da Reforma Sanitária que foram instituídas na Constituição Federal e nas legislações do SUS, e outro projeto que busca implementar o ideário neoliberal, em que a saúde torna-se uma mercadoria de consumo, e não um direito.

(...) o projeto de reforma sanitária é questionado, e consolida-se, na segunda metade dos anos 90 em contraposição ao projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir o

mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores (BRAVO, 2006, p. 37).

Diante desse cenário que ameaça a construção do SUS, consideramos que as políticas públicas de saúde no Brasil, em sua descentralização no país, devam estar em consonância com os princípios da integralidade, equidade, e universalidade.

Cabe apontar que muitas ações na área da saúde pública continuam caminhando pelo viés da Reforma Sanitária. Destacamos, a Agenda de Compromisso pela Saúde do Ministério da Saúde do ano de 2005, que agrega três pactos dentre eles o Pacto em Defesa da Vida. Dentro das macroprioridades desse pacto, há uma de especial relevância ao aprimoramento do acesso, e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e qualificação da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A ESF é a expressão da organização da Atenção Primária, aqui no Brasil denominada de Atenção Básica. A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida mundialmente como a responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade. A difusão da noção de atenção primária é atribuída ao *Relatório Dawson*, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, em 1920, associando-se a ideia de regionalização, e hierarquização dos cuidados (STARFIELD, 2002).

Na Conferência Internacional de Alma-Ata, definiu-se que a Atenção Primária à Saúde seria responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade, nos níveis: preventivo, curativo, de reabilitação, e de promoção. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ela se constituiu em uma das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma estratégia de expansão da Atenção Básica. É importante esclarecer que nesse estudo utilizaremos o conceito Atenção Primária como sinônimo de Atenção Básica, mas reconhecemos que ambos os conceitos frequentemente se contrapõem no contexto brasileiro (GIL, 2006).

A APS, no sistema de saúde, compreenderia o primeiro nível de atenção, utilizando uma abordagem que forma a base, e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. A empresa deve organizar, e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção, e melhora da saúde (STARFIELD, 2002). A mesma autora aponta quatro atributos essenciais da APS: o primeiro contato, continuidade, integralidade, e coordenação desses parâmetros para classificar a APS.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de

saúde, a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. O Brasil, bem como países como Inglaterra e Canadá, passou a adotar a Atenção Primária enquanto política de reorientação do modelo assistencial (CONILL, 2008). Ao longo da história, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à mudança na organização da atenção à saúde, com ênfase na atenção primária, surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

Segundo o Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Atenção Básica de 2011, a atenção básica é definida como:

(...) 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, 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos
(BRASIL, 2011).

A ESF tem contribuído para o campo da atenção primária no Brasil como uma ação estratégica de reorganização, e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde. Essa atuação tem sido intensificada nos últimos anos, ampliando rapidamente a população coberta, que passou de quase 30 milhões de pessoas em 2000, para mais de 85 milhões em 2006, chegando a praticamente 97 milhões em fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010b).

A atenção primária à saúde tem uma função estratégica, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Contudo, não pode ser compreendida apenas como uma porta de entrada do sistema, porque essa ideia indica pouca capacidade de resolver problemas, e resulta na minimização das respostas desse nível de atenção. Ela deve buscar resolver os problemas de saúde mais frequentes, e de maior relevância nos territórios de atuação das equipes, utilizando tanto as tecnologias mais complexas, como as de baixa densidade tecnológica, de forma a garantir o acesso da população aos serviços.

Quanto ao acesso aos serviços da APS, destacamos um dos princípios fundamentais do SUS: a equidade. Ela está ligada ao princípio de igualdade, e no reconhecimento de diferenças, pois *não basta um padrão universal, se este não comportar o direito à diferença*. “*Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime*” (SPOSATI, 1999, p.128). O reconhecimento de diferenças, por sua vez, significa que os profissionais e gestores de saúde devem possibilitar a oferta de ações e serviços direcionados às necessidades de saúde da população, garantindo, no mínimo, o direito ao acesso aos serviços de saúde.

No que tange à população em situação de rua, a garantia de acesso às políticas sociais básicas, entre elas a saúde, se apresenta como um grande desafio para os profissionais que a atendem. A conquista do direito à saúde pela população em situação de rua está intrinsecamente ligada à garantia de muitos outros direitos que são violados, como a educação, alimentação, moradia, entre outros direitos. É justamente a privação desses direitos que acarreta diretamente as condições de saúde.

As respostas para garantia dos direitos não podem ser resumidas em ações pontuais, mas na efetivação de uma política pública que possa garantir os direitos dessa população. No caso específico da saúde, a realidade vivenciada pelas pessoas que têm o espaço da rua como sua referência de vida (onde nela trabalham, dormem, e se alimentam, encontrando assim os meios de sua sobrevivência), traz à tona a vulnerabilidade que as expõem aos agravos de saúde. Dado o seu contexto de vida, essa população é mais suscetível a determinados agravos e à morte e, simultaneamente, à falta de acesso aos recursos que possibilitariam o seu enfrentamento.

Ao estudarmos as condições de saúde da população em situação de rua, assinalamos a utilização do conceito vulnerabilidade para compreender que ele é um indicador de iniquidade, e desigualdade social (BERTOLOZZI, NICHATA,

TAKAHASHI, CIOSEK, HINO, VAL, GUANILO E PEREIRA, 2009). Ayres (1999) categoriza o conceito de vulnerabilidade em três níveis de apreensão: a compreensão do comportamento pessoal que se refere a vulnerabilidade individual, a compreensão do contexto social como vulnerabilidade social, e a vulnerabilidade programática, tendo como exemplos as ações de saúde desenvolvidas para essa população. Esse é, sem dúvida, um dos conceitos contemporâneos usados para entender a determinação do processo saúde-doença-cuidado e toda complexidade envolvida na relação desse processo.

Trazendo o conceito de vulnerabilidade programática junto debate das condições e modo de vida da população em situação de rua, verifica-se que nesse grupo esse tipo de vulnerabilidade é acentuada tendo em vista as regras e protocolos estabelecidos pelos serviços de saúde. Um exemplo evidente dessa situação é a necessidade de apresentar um comprovante de residência para os serviços de saúde, que trabalham a partir de bases territoriais nas grandes cidades (COSTA, 2005).

É notório que ainda se faz necessário um grande investimento no setor de saúde, e no acompanhamento desses usuários dos serviços de saúde. Buscando a ampliação do acesso aos serviços e adequação das propostas e programas a realidade dessa população.

Cabe apontar, a postura dos profissionais de saúde que em sua maioria é composta por atitudes preconceituosas e discriminatórias. Exemplos desse apontamento se dão em exigências relacionadas a *banho, a necessidade de que as pessoas estejam acompanhadas, e a recusa de fazer procedimentos por receio de contaminação* (p.9, COSTA, 2005). E há também a dificuldade de as agendas dos profissionais de saúde entrarem em choque com a rotina de horários dessa população, que muitas vezes tem dificuldade em seguir horários previamente marcados (que nem sempre coincidem com os horários das instituições que oferecem abrigos, e alimentação). Nos casos em que os tratamentos de problemas de saúde são prolongados, e exigem comportamentos regrados, como no caso da tuberculose e da AIDS, essa população que vive nas ruas dificilmente consegue se adequar às exigências desses tratamentos (COSTA, 2005). Logo, esses aspectos relacionados à organização dos serviços, e das práticas de cuidado limitam o acesso aos serviços de saúde.

Vários autores têm assinalado, inclusive, que ter a disponibilidade de serviços por si só não garante o acesso à saúde. Varanda (2003) destaca que a simples existência de recursos de saúde não significa que eles estejam disponíveis, ou que possam ser acessados indistintamente. A rotina dos serviços de saúde geralmente é rígida, não

levando em consideração as especificidades desses usuários. A burocracia para o agendamento e a exigência de documentos dificulta o acesso dessa população aos serviços (CARNEIRO JUNIOR, 1998).

Diversos autores vêm estudando a categoria acesso, dando destaque às dimensões de disponibilidade, acessibilidade, e aceitabilidade (CARNEIRO JUNIOR, JESUS E CREVELIM, 2010). Uma das dimensões da categoria acesso é a aceitabilidade. No caso da população em estudo, esse aspecto pode ser mais complexo, pois a aceitação não é apenas do usuário, mas do próprio profissional de saúde. Esse é mais um dos desafios do acesso, que passa por uma relação de aceitação, permeada por vínculos que deveriam ser estabelecidos por ambas as partes. Com o estabelecimento de vínculo de confiança entre profissionais e moradores de rua, esses últimos se sentiram à vontade para contar suas histórias, relatar suas dificuldades, não sendo mais necessário omitir ou mentir o nome, local que costumam ficar, etc.

É importante salientar que além do acesso à saúde, o cuidado da saúde dessa população se defronta com inúmeras dificuldades como: falta de albergues adequados para a administração de medicamentos controlados, locais para higiene corporal, dificuldades no acesso aos recursos terapêuticos, e inabilidade dos profissionais de saúde no trato com esse tipo de população (CARNEIRO JUNIOR, NOGUEIRA, LANFERINI, ALI E MARTINELLI, 1998). Esses problemas evidenciam a importância de respostas sociais de natureza intersetorial. Sendo assim, os esforços para atender essa população devem ir além da política de saúde, promovendo a ampliação dos investimentos do governo, integrando diversas políticas e atores sociais para uma melhoria contínua das condições de vida.

Além disso, as ações prestadas pelos serviços de saúde devem estimular os cuidados à saúde, buscando promover o acolhimento dos usuários, visando assim à ruptura das formas tradicionais de relação profissional/paciente, estabelecidas historicamente.

Para esse fim, destacamos alguns exemplos de experiências, como a da cidade de Belo Horizonte descrito por Reis Junior (2011), onde foram implantadas equipes de Saúde da Família específicas para população em situação de rua no Centro de Saúde Carlos Chagas. As ações voltadas para essa população datam desde o ano de 1996, com o cuidado da área de saúde mental. A partir do ano de 2002, após a inserção de equipes *de Saúde da Família no serviço de saúde, implanta-se uma equipe de Saúde da Família para população em situação de rua - eSF-PSR, sem território de abrangência fixo, que*

passa a ser o equipamento de saúde de referência para essa população e assume a vocação de matriciar as demais equipes de Saúde da Família do município na sensibilização do cuidado à PSR eventualmente presente nos territórios dessas equipes, de forma transversal (REIS JUNIOR, 2011, p. 38).

Outra a experiência de atenção primária foi o projeto “**A gente da Rua**” estudada por Carneiro Junior (2010) na Cidade de São Paulo. Esse projeto teve início em 2004, com Agentes Comunitários de saúde egresso da situação de rua. No ano de 2008, foram formadas equipes de saúde da família vinculadas as unidades básicas de saúde que desenvolviam assistência in loco, em outras palavras, diretamente nas ruas da região da Sé, Mooca e Pinheiros na Cidade de São Paulo.

Na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2010, inicia-se a primeira experiência de uma equipe exclusiva para o atendimento à população em situação de rua. Desenvolvem-se ações diferenciadas da experiência “tradicional” da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois equipes mínimas de Saúde da Família (SF) foram integradas aos profissionais da área da Saúde Mental. Sendo denominado assim, PSF de Rua

Conforme descrito no blog da equipe do PSF de Rua, o trabalho deles se desenvolve em dois horários de funcionamento: das 9h às 18h, e das 13h às 22h, de segunda a sexta. A atuação dos agentes comunitários de saúde se organiza em microáreas definidas na região do Centro da cidade do Rio de Janeiro, de acordo com a concentração de população de rua, e suas flutuações no território. A equipe devem atender a população que circula em diferentes áreas do Centro da cidade, e de acordo com o blog, em novembro de 2011, já havia 3.150 pessoas cadastradas. Além das pessoas que vivem em situação de rua, elas também atendem moradores de invasão, e profissionais do sexo.

Em uma entrevista realizada pela Revista Saber Viver Profissional de saúde (Volume 21) com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), foi relatado que a proposta do PSF de Rua *possibilita o reconhecimento dessa população como usuária do SUS, e pretende conhecer melhor o processo de saúde e doença, e se organizar para atender esse público extremamente vulnerável*. (SABER VIVER PROFISSIONAL, 2010). Segundo a publicação do UNICEF (2011), que apresenta as experiências de prevenção de DST/AIDS entre meninos e meninas em situação de rua, os atendimentos, as análises de caso, e as construções do projeto terapêutico da Saúde e Movimento nas Ruas (PSF de Rua do centro do Rio) *se dão*

sempre de maneira transdisciplinar (p.64).

Especificamente na Cidade do Rio de Janeiro foi criada a Política Municipal de Atendimento a Crianças e Adolescentes em situação de rua, pelo Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CMDCA), com diretrizes específicas para a área da saúde (p. 91, UNICEF, 2011).

Cabe apontar, que em ambas cidades havia um movimento forte de instituições e de moradores de rua, que de forma organizada lutavam pelos direitos dessa população, principalmente pelo acesso aos serviços de saúde. Em Belo Horizonte destaca-se a pastoral da rua, em São Paulo o Movimento Nacional de População de rua de São Paulo e no Rio de Janeiro o Fórum Estadual Permanente da População adulta em situação de rua.

Outra experiência em destaque com enfoque na área de saúde mental foi o projeto **Consultório de Rua** (CdR) na Bahia, descrita a experiência na dissertação de mestrado de Oliveira (2009) que teve seu início em 1999 na cidade de Salvador. A autora aponta que o trabalho do CdR *significou um campo de experimentação, na medida em que sua prática foi sendo construída no próprio fazer cotidiano, buscando-se encontrar a melhor forma de atuar e atender às demandas e necessidades da população* (OLIVEIRA, 2009, p. 86).

Reconhecendo as dificuldades de acesso que essa população enfrenta na área da saúde, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem investindo em projetos, dispositivos, parcerias, e normativas específicas para a população em situação de rua, através de suas áreas técnicas (DST/AIDS, Tuberculose, Saúde mental, e Atenção básica).

Nas áreas técnicas das Doenças Transmissíveis foram implementadas ações específicas para essa população, desde o ano de 1999, com a Política nacional de AIDS, que destaca as crianças e adolescentes em situação de rua como população específica para o programa. No ano de 2005, o Departamento de DST/aids e Hepatites virais apoiou projetos de Organizações Não Governamentais que realizam ações de prevenção de DST/aids com meninos e meninas em situação de rua, buscando fortalecer a **parceria entre sociedade civil e governo** nesse tema. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, no ano de 2010, destaca em seu **manual de recomendações** um tópico específico para o acompanhamento de pessoas vivendo em situação de rua.

A área técnica de Saúde Mental implementou, no ano de 2009, dispositivos voltados para a população de rua usuária de álcool, e outras drogas relacionadas, com o

Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas. Logo em seguida, no ano de 2010, o Ministério da Saúde propôs a implementação de consultórios de rua como dispositivo de cuidado para o Plano integrado, e Enfrentamento ao crack. O CdR se propôs a reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção, e cuidados primários, no espaço da rua (MINISTERIO DA SAUDE, 2010). Este dispositivo pioneiro posteriormente foi incorporado pelo Ministério da Saúde na rede de atenção em saúde mental no Brasil.

E recentemente, na área da Atenção Primária, em outubro de 2011, a PNAB instituiu os **Consultórios na Rua** (CR), com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários à rede, e ofertar de maneira mais oportuna uma atenção integral à saúde. A proposta das equipes do Consultório na Rua consiste na articulação da rede, com a principal finalidade de garantir o acesso à atenção integral à saúde às pessoas em situação de rua/usuários de álcool e outras drogas. A esses profissionais cabe a realização de atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações nas ruas, e nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde estão atuando.

As equipes de CR conforme proposto na PNAB, devem desenvolver ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território, dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência, e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas, e da sociedade civil. Essa proposta ainda tímida no Brasil, tem se constituído como um híbrido das experiências das cidades citadas anteriormente como componentes de atenção básica e saúde mental.

As experiências acumuladas de equipes específicas e o recente financiamento do Ministério da Saúde para implantação de equipes de consultório na rua, instituem caminhos para a construção de práticas de cuidado voltadas para a necessidade de saúde da população em situação de rua.

No campo da garantia de direito e ampliação do acesso aos serviços de saúde a experiência recente das equipes de consultório na rua, embora ainda incipientes, tem se apresentando inovadoras do ponto de vista do cuidado em saúde ao juntar conhecimentos do campo da atenção básica e da saúde mental buscando dessa forma um cuidado integral.

3.3. O cuidado em saúde na atenção primária

A categoria cuidado tem sido discutida no campo da saúde pública por diversas abordagens metodológicas, e autores. Na publicação de Pinheiro & Mattos (2008), a noção de cuidado se apresenta como um valor que afirma a vida, compreendido como *“uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito de ser”* (p.23). Para os autores o “direito de ser” se refere a ser diferente, e ter essa diferença respeitada. Na perspectiva do cuidado à saúde, o ato de cuidar está relacionado a *“interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”* (p.23).

O cuidado também pode ser compreendido na dimensão ontológica (BOFF apud ROSA ET AL, 2005, p.581), ou seja, a capacidade de doação, de zelo, direcionada de um ser humano a outro, sendo essa capacidade própria do humano. Portanto, cuidado é uma das dimensões da vida humana sendo expressa de diversas formas na interação entre os homens.

Ayres (2009) também traz a necessidade de reflexão sobre o conceito de “cuidado” nas práticas de saúde, no contexto da intersubjetividade. O autor considera que cuidar da saúde de alguém é mais do que intervir com procedimentos técnicos para aplicação de um tratamento, é uma ação terapêutica que deriva de *uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento, ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade* (p. 42). O autor também trabalha a noção de cuidado, de certa forma, na perspectiva relacional entre os sujeitos, sendo uma interação dialógica, ou melhor, um “encontro” que busque construir projetos de felicidade. *“Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar, e construir projetos* (p.37).”

Sendo assim, no campo das práticas de saúde no exercício do cuidado é preciso ir além da *tiranania dos exames complementares, da segmentação do paciente em órgãos, e da desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento* (AYRES, 2009).

Merhy (2002) debate a categoria cuidado sob perspectiva relacional entre os sujeitos: profissional de saúde e usuário. Para o autor, a resolutividade na rede básica de saúde está ligada não só ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o

usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere *o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde* (p. 189). Nessa perspectiva, mais do que prescrever exames e medicamentos, o profissional de saúde na atenção primária deve, em primeiro lugar, estar aberto ao diálogo com o usuário do serviço, estar atento aos seus desejos, histórias, angústia e desafios que são elementos constitutivos no projeto de vida dos usuários.

O mesmo autor tem debatido sobre o processo de transição tecnológica em saúde do modelo médico hegemônico a um novo modelo que deve estar pautado em uma lógica usuário-centrado. Nesse sentido, o espaço inter-relacional entre trabalhador e usuário é o lugar privilegiado e central para essa transição, na qual é necessário o aprofundamento de novos conceitos para uma construção teórica que dê conta das singularidades dos processos ocorridos nos interstícios dessa relação. Para Ayres (2009), essa seria a busca de um *diálogo mais simétrico* possível entre profissional de saúde e usuário, *mais horizontal*.

Já Mattos (2004) no texto “Cuidado para uma vida decente” suscita a discussão do cuidado, contrapondo os conhecimentos científicos e não científicos, ao apontar *o que caracteriza o melhor cuidado é a sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade*” (p.121), e que *“não cabe à medicina ditar as normas da vida social”*. (p.129). Nesse mesmo texto e em outros do autor, ele desenvolve a discussão do cuidado a partir do conceito integralidade, na perspectiva de ampliar as percepções das necessidades de saúde das pessoas, e grupos populacionais superando reducionismos.

Cecílio (2009) sinaliza a apreensão das “necessidades de saúde” como eixo fundamental no cuidado em saúde, sendo para os profissionais o *“centro de suas intervenções e práticas”* (p.118). Nos encontros entre equipe de saúde e o usuário *“haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde”* (p.120) trazidas pelo o usuário.

Barros (2007) debate a atividade reflexiva na prática de cuidado, necessária para *“pensar e construir jeitos de operar”*. Para a autora, é *“no mergulho na complexidade dos processos produzidos no dia-a-dia das práticas em saúde, no que se passa em situação, que se efetivam reflexões/análises das práticas de cuidado”* (p.121).

Esses autores apontam diversos aspectos que, presentes nas práticas de saúde ou no cuidado a saúde (como o aspecto relacional, reflexivo, contexto intersubjetivo, a apreensão das necessidades de saúde, os diversos saberes) resultam na integralidade do cuidado, e na construção de projetos de felicidade. Sendo assim, a categoria cuidado

expressa a complexidade da sua efetivação na atenção à saúde. Um dos pontos consensuais entre os autores acima é de que o cuidado em saúde não se dá por prescrições, medicalização, ou normatizações de condutas reduzidas a procedimentos e/ou protocolos. *Nessa perspectiva, cabe aos profissionais de saúde se mobilizarem pela construção de um projeto político que qualifique o cuidado, transcendendo a sua dimensão instrumental, o que se viabiliza quando, além do aumento da oferta de serviços e da resolubilidade de ações técnicas, exercita-se a escuta sensível de necessidades, praticando-se um acolhimento que valorize singularidades articuladas à totalidade* (COELHO, 2005, p.216).

Nas palavras de Ayres (2009), “(...) a saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos” (p.61). Para Merhy (2007), o cuidado em saúde se deve estruturar, principalmente na atenção básica, com tecnologias “leves” e tecnologias “leve-duras”. As tecnologias “leves” são as que permitem operar os processos relacionais no encontro entre profissional de saúde e usuário como, por exemplo, o acolhimento, o vínculo, e a gestão dos processos de trabalho. Já as “leve-duras” seriam os saberes estruturados que constituem os processos de trabalho em saúde como: a epidemiologia, a medicina baseada em evidência, e outros. (CUNHA, 2010)

O acolhimento como tecnologia leve *deve ser mais do que um espaço de recepção, ou um ponto determinado de um fluxograma, o acolhimento constitui um dispositivo que pode perpassar todo e qualquer espaço e momento de trabalho de um serviço de saúde* (AYRES, 2009, p.69). Da mesma maneira, o vínculo e a responsabilização também estão relacionados a uma “ausculta” sensível que busque a compreensão das necessidades dos usuários, voltadas para integralidade do cuidado.

Cabe ressaltar que o conceito integralidade possui vários sentidos, como bem elaborado nas publicações/coletâneas de Pinheiro & Mattos (2009) sobre “Os sentidos da integralidade”. Nesse trabalho iremos abordar o sentido da integralidade no âmbito das práticas dos profissionais de saúde, no qual se espera o uso prudente dos conhecimentos, guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que cuidamos, uma vez que o usuário não se reduz a uma lesão, a um corpo, e nem a um conjunto de situações de risco. “*O profissional que busca orientar práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar de reducionismos* (p.65)”.

O debate do cuidado em saúde segundo Tesser (2010), está relacionado a práticas autônomas e comunitárias não especializadas, a práticas especializadas informais como

curadores e a práticas profissionais comuns (que são aquelas que podem ser compartilhadas com diversos profissionais) e nucleares (específicas de uma categoria profissional). Portanto, deve-se respeitar as diversas formas de cuidado e conhecimentos tanto do universo profissional, do sujeito e da sociedade.

Historicamente no Brasil, os modelos de atenção à saúde ou de cuidado pelos profissionais de saúde primaram pelo uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos), em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos, e imagens fantásticas, mas não necessariamente se cuida dos pacientes em seus sofrimentos. A Biomedicina é o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde de no Brasil, e em muitos países do mundo.

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas dificuldades e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi finalmente implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico - a Estratégia de Saúde da Família - financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação dessa estratégia e os investimentos na Atenção Primária ampliaram o debate em nível nacional, e trouxeram novas questões para reflexão.

O Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil, a partir de 1994, em alguns municípios, tendo como foco as áreas de risco social, e dirigido prioritariamente aos pobres. A partir de 1996, através da Norma Operacional Básica – NOB 01/96, o PSF se configura como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial.

O princípio operacional do PSF, de adstrição de clientela, permite estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população, possibilitando, em tese, o resgate da relação de compromisso de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do SUS – universalidade, descentralização, integralidade, e participação da comunidade (CAETANO, 2002, p.13).

A Estratégia de Saúde da Família tem como proposta transpor o modelo assistencial tradicional, centrado na figura do médico e voltado para a cura de doenças em unidades hospitalares, buscando gerir o cuidado dos usuários de forma integral e ampla. Ou seja, um modelo que não se limite aos aspectos biológicos, mas que investigue e proponha intervenções sobre a multiplicidade de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (FRANCO E MERHY, 1999; CAMPOS ET AL, 2010).

A escolha da ESF como orientadora do modelo assistencial também trouxe à tona a retomada da discussão da APS na agenda da política de saúde no Brasil. A expansão da ESF no Brasil ganhou fôlego em 2003, com a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família, para os grandes centros urbanos.

Embora a ESF tenha crescido sobremaneira no país, ela ainda tem um grande desafio para se estabilizar como estratégia estruturante dos sistemas municipais: a consolidação nos grandes centros urbanos (GIL, 2006). Segundo Conill (2008), as análises do PSF nos grandes centros mostram obstáculos decorrentes do padrão de desenvolvimento urbano e do acentuado processo de favelização, necessitando ações intersetoriais.

Além da expansão da ESF, é preciso garantir a resolutividade da APS, propiciando que esse nível de atenção seja responsável por 80% dos problemas de saúde, com investimento e qualificação dos profissionais para a sustentabilidade dos serviços. A resolutividade na rede básica está ligada a recursos instrumentais e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (Franco e Junior, 2004).

Com isso, acredita-se que a organização do processo de trabalho para a garantia do acesso aos serviços de saúde, nas comunidades assistidas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), é uma das principais características que lhe confere singularidade e potência como modalidade technoassistencial em atenção primária. (CARNEIRO JUNIOR, JESUS, CREVELIM, 2010).

Assinalamos como ponto nevrálgico na expansão da ESF a sua ligação com a mudança das práticas de cuidado de saúde. Não basta expandir serviços e contratar profissionais, há de se repensar os saberes e as práticas que os profissionais desenvolvem com a ampliação do olhar sobre as necessidades dos usuários, e estabelecer um diálogo e encontro “desejantes” entre os sujeitos. Podemos destacar o perfil e qualificação dos profissionais, as cobranças por metas de produção exigidas pelos gestores, a rotatividade dos profissionais da ESF, o vínculo funcional/empregatício, e a pressão para o alcance de indicadores pactuados, como aspectos fundamentais que interferem na lógica do funcionamento dos serviços, e nas respostas dadas pelos profissionais.

Consideramos que um dos aspectos fortes que a ESF trouxe para a mudança do modelo assistencial foi a diretriz de vínculo entre a equipe, usuário, família, e comunidade, contrapondo-se a um processo de trabalho centrado em programas de saúde, e fragmentado pela lógica do especialista. Sobre essa perspectiva do processo de trabalho em saúde, as EqSF deveriam estar atreladas à orientação “usuários centrados”, em contraposição à lógica “procedimento centrada” (MEHRY, 2004). Isso pressupõe o aumento da capacidade reflexiva, e da autonomia dos profissionais de saúde.

Para esse fim, foram necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuíssem para a mudança do olhar, e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de vida no local, ou o contato com a cultura na rua nos coletivos, e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde.

A operacionalização das tecnologias leves tem sido muito debatida e estudada no processo de trabalho das equipes de saúde da família, ao buscar, de fato, se transpor a prática do modelo biomédico centrado em doença.

De acordo com Teixeira (2002), ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários, dirigidos aos segmentos da população excluída do acesso aos serviços, vêm se apresentando como uma das estratégias de reorganização da atenção primária da saúde. Esse tipo de experiência na atenção básica no Brasil direcionam a atenção de que deveriam ser cogitadas alternativas para os sem família (PAIM, 2006), como as crianças e adolescentes em situação de risco, e grupos residentes em áreas sob o domínio do tráfico. A implantação de serviços direcionados a grupos específicos, como as pessoas que vivem em situação de rua, procura combinar o princípio da universalidade, integralidade e equidade, como forma de reduzir as desigualdades e iniquidades existentes, concretizando, na prática, princípios éticos que regem o SUS.

Pensando no atendimento em saúde para a população em estudo, ainda permanece para os serviços de saúde dois grandes desafios, o primeiro relacionado ao acesso aos serviços de saúde e o segundo refere-se ao uso das tecnologias ditas “leves”, e *que possam compreender as necessidades desse grupo, e que, integradas a outras demandas, contemplem o conceito de equidade.* (CARNEIRO JUNIOR, 1998).

Um estudo realizado por Turci (2008) sobre a atenção básica na cidade de Belo Horizonte dá destaque às ações chamadas de “especiais”, como a população em situação de rua, e foi criada uma equipe de saúde da família específica para essa população. Outras experiências, como a da cidade de São Paulo, vêm demonstrado que é a partir

dos modelos da ESF que se criam possibilidades de desenvolver novos arranjos e práticas de cuidado na Atenção Primária, voltadas para a população em situação de rua.

Sabemos que os modelos de saúde da família promoveram mudanças na forma de produzir saúde, a partir dos enfoques nos núcleos familiares e no território, mas há um grande risco de reproduzir o cuidado com atos medicocêntricos estruturados por atos prescritivos (MEHRY, 2005). Acreditamos que os profissionais que atuam nas equipes específicas para a população de rua vêm demonstrando não apenas qualificação técnica, mas na verdade disponibilidade para cuidar, utilizando tecnologias “leves” (MEHRY, 2007). Sendo assim, o vínculo é a força motriz da produção do cuidado junto a essa população, e o aspecto relacional é o caminho para as mudanças nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde.

Um dos grandes desafios que permanece para as equipes de saúde da família e para as equipes de atendimento específico a população em situação de rua é a construção de arranjos institucionais e ambientes de trabalho facilitadores de um cuidado menos medicalizante com a ampliação de uma clínica baseada em tecnologias leves que valorize a autonomia dos sujeitos e seus direitos.

4. Percurso metodológico

O presente estudo é orientado por uma abordagem complexa com o uso de múltiplas fontes de evidência, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o cuidado em saúde, a partir da análise de uma experiência específica de práticas de cuidado direcionadas às pessoas que vivem em situação de rua. Cabe destacar, que a abordagem nessa temática em estudo traz à tona questões que exigem a utilização de modelos complexos de investigação, como destaca Vasconcelos (2004), *a perspectiva da complexidade implica no reconhecimento e desenvolvimento das diversas dimensões, e aptidões da vida na população em estudo* (p.127).

Nessa dissertação pesquisamos as práticas de cuidado que se desenvolvem no campo do relacionamento entre profissional de saúde e usuário, buscando compreender as práticas na perspectiva do profissional, tendo em vista o tempo da pesquisa e os desafios na aproximação com os usuários em questão. Apoiamos-nos na abordagem qualitativa e quantitativa, para o alcance dos objetivos propostos por esse estudo, dando ênfase maior na abordagem qualitativa, por considerarmos que esse tipo de método responde a questões muito particulares de objetos complexos.

Diferentemente da abordagem quantitativa, a pesquisa qualitativa se preocupa com realidades que não podem ser quantificáveis. Assim sendo, lida com o universo dos significados, motivos, crenças, e valores capazes de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos. (VÍCTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000). Além disso, esse tipo de abordagem emprega diversos métodos de coleta de dados: observar as pessoas em seu próprio território (observação direta), conversar com as pessoas (entrevistas, grupos focais), e ler o que elas escreveram.

Cabe destacar que as abordagens qualitativas buscam estudar as pessoas em seus ambientes naturais, e emprega metodologias como observação direta e participante, entrevistas, grupos focais, conversas informais, análises de textos ou documentos, e análise de discurso (POPE, 2009). Ou seja, “(...) ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos...” (MINAYO, 1996: 21-22).

Conforme Pope (2009), no contexto da atenção à saúde, uma gama de métodos de pesquisa tem sido empregada para abordar questões importantes sobre fenômenos

sociais, variando desde complexos comportamentos humanos, adesão ao tratamento até organização do sistema de saúde.

Sendo assim, a aproximação com o cotidiano dos serviços (terreno de produção de cuidado) e do dia-a-dia dessa população (processos micros sociológicos da vida) possibilitou compreender as questões que dificultam o cuidado à saúde da população em situação de rua. *"A aproximação com o cotidiano do serviço de saúde como pesquisadores convivendo intimamente e por períodos de média ou longa duração com os grupos humanos investigados, visando poder interpretar 'por dentro' a sua cultura e subjetividade"* (VASCONCELOS, 2004, p.181).

4.1 Desenho do estudo: questões teórico-metodológicas

De acordo com a literatura em torno das metodologias de pesquisa, as principais formas de abordagem qualitativa são: pesquisa-ação, a pesquisa histórica, o estudo de caso, o *focusgroup*, a etnografia, e a *grounded theory* (VERGARA, 2005).

Esse trabalho se caracteriza como um estudo de caso único, desenvolvido em uma unidade de saúde que é a Clínica da Família Victor Valla, localizada no bairro de Manguinhos, na Cidade do Rio de Janeiro. A escolha da Unidade se deu por dois critérios: o primeiro está relacionado ao perfil da Unidade de atenção primária que funciona segundo a lógica da ESF, e o segundo pela experiência recente do Consultório na Rua (CR), no território de Manguinhos. O estudo de caso esteve relacionado às práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde do CR Manguinhos.

Em geral, os Estudos de Caso permitem que o fenômeno seja estudado com base em situações contemporâneas, vigentes, ou em situações passadas, e que sejam importantes para a compreensão das questões de pesquisa colocadas. Yin (2010) discute que os estudos de caso vão além de uma estratégia meramente explanatória, ainda que se reconheçam a existência de estudos exploratórios, descritivos, ou explanatórios. Além disso, o autor aponta que o estudo de caso é adequado para responder questões de pesquisa “como” e “por que”, sendo esse tipo de questões apontadas nesse projeto.

As razões pelas quais se optou por esse tipo de estudo estão relacionadas a três objetivos, descritos por Yin (2010):

- Investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade;

- Descrever uma intervenção e o contexto de vida real no qual ela ocorre;
- Utilizar múltiplas fontes de evidência.

Deve-se ressaltar, entretanto, que estudos de caso único devem ser feitos com cuidado, principalmente no tocante às generalizações que são feitas. Além disso, pode-se verificar, ao longo do estudo, que o caso estudado estava incluso na situação que se pensava estudar, podendo assim não ter adesão à teoria inicialmente proposta (YIN, 2010).

Nesse tipo de estudo é possível utilizar evidências qualitativas e quantitativas, mas optamos pelo o uso de informações qualitativas, utilizando a técnica da observação participante, entrevistas, fontes secundárias de informações do perfil do usuário, e levantamento bibliográfico e documental.

A técnica de observação pode ser direta ou participante, ela possibilita o acesso aos dados de domínio mais privado, e a captação de aspectos subjetivos dos indivíduos e grupos. Menos formalmente, a observação direta pode ser feita durante a visita de campo, incluindo ocasiões em que outras evidências, como a das entrevistas, estão sendo coletadas (YIN, 2010).

Consideramos a observação direta fundamental para perceber os detalhes do dia-a-dia que caracterizam as formas de agir dos profissionais, frente às demandas e necessidades dos usuários. Foi possível não apenas identificar as práticas, mas observar os processos e eventos diários que as estruturam, e dinamizam o processo de trabalho das equipes.

Com relação à técnica de entrevistas, existem diversas formas. Essa é especialmente adequada para obter informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas, ou representações a respeito desses temas (VASCONCELOS, 2004, p. 220).

Em nosso estudo utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada, considerando esse tipo de entrevista mais apropriado por conter estruturação flexível, e por poder ser feito a partir de questões abertas que definem a área a ser explorada (POPE, 2009). Há diversas maneiras das entrevistas serem registradas, como anotações feitas na hora e/ou posteriormente, e gravação em áudio.

4.2 – As etapas do estudo

Toda realidade social empírica pode ser desagregada em níveis diferenciados, para que as características de cada nível possam ser investigadas com um olhar e instrumentos apropriados a cada um deles (VASCONCELOS, 2004). Iremos apresentar passo a passo do percurso metodológico, descrevendo as etapas realizadas, e a definição/entendimento acerca de cada procedimento escolhido. Em seguida, apresentaremos um quadro que relaciona as etapas aos seus respectivos procedimentos.

Devido ao caráter flexível da abordagem, a ordem de desenvolvimento das etapas não foi rígida, sendo algumas delas realizadas simultaneamente. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), iniciamos o processo de coleta de dados na Unidade em estudo.

A previsão de iniciarmos o trabalho de campo era para o mês de julho, mas com as pendências no CEP e férias de membros do CR da CFVV, só foi possível iniciar a coleta de dados a partir do mês de setembro, restando ao total dois meses para a coleta dos dados. Mas é plausível apontar que no mês de julho apresentamos o projeto para o gerente da unidade, para representantes do Território Escola Manguinhos, e para equipe do consultório na rua. A apresentação do projeto, antes da entrada no campo, foi fundamental para aceitação dos profissionais a participar da pesquisa, facilitando o processo de observação direta. Com relação à apresentação do projeto à equipe do CR, os profissionais externaram preocupações com a divulgação dos dados, pois essa experiência ainda não foi publicada na condição de piloto.

O processo de observação direta (roteiro no anexo 1) foi iniciado no mês de setembro, primeiramente com a participação nas reuniões semanais da equipe do consultório na rua - equipe responsável pelo cuidado das pessoas que vivem em situação de rua. Nesse mesmo mês, foram realizadas todas as entrevistas com os profissionais (roteiro no anexo 2), ao mesmo tempo gravadas, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

A observação do processo de trabalho da CFVV, em particular do acolhimento dos usuários, foi realizada no mês de outubro. Também foram coletados os dados do perfil do usuário (roteiro no anexo 4), e foi realizada a entrevista com o representante do movimento social (roteiro no anexo 3).

A principal dificuldade do processo de pesquisa foi o levantamento das informações referentes aos usuários acompanhados pelo CR. A equipe estava em fase

de organização de dados do perfil dos pacientes para apresentação no Seminário do TEIAS Manguinhos, e só após o evento a base de dados foi disponibilizada no formato Excel. Como existem diversos instrumentos de registro utilizados pela equipe, foram levantadas informações referentes à ficha de cadastro do usuário, para traçar o perfil da população em situação de rua de Manguinhos.

Os relatos foram transcritos e organizados, tendo por base os roteiros das entrevistas, relacionando-os com os dados da observação direta, construindo uma classificação de acordo com temas e tópicos. Os dados foram categorizados e classificados, levando em consideração as proposições iniciais do estudo, e para isso classificamos as práticas de cuidado nos seguintes tópicos: cena do cuidado, acolhimento, vínculo, coordenação do cuidado e longitudinalidade. Nessa etapa, nos baseamos em YIN (2010) que propõe duas estratégias gerais para análise: basear a análise em proposições teóricas, organizando o conjunto de dados com base nas mesmas, buscar evidência das relações causais propostas na teoria, e desenvolver uma estrutura descritiva que ajude a identificar a existência de padrões de relacionamento entre os dados.

Buscamos relacionar as informações obtidas com o levantamento documental e bibliográfico, a fim de contribuir com as análises dos dados obtidos no trabalho de campo. Buscamos artigos científicos e trabalhos acadêmicos que possuíssem informações referentes aos motivos de ida e permanência nas ruas, as políticas de atendimento para essa população, e outros temas que falavam sobre o contexto de vida dessa população.

As etapas abaixo foram descritas para facilitar a compreensão do leitor sobre a utilização das técnicas, no alcance dos objetivos propostos pelo estudo.

1ª Etapa: Caracterização das práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do CR da CFVV.

Nesta etapa utilizamos duas técnicas: a observação direta, e a entrevista semiestruturada.

Buscamos identificar as práticas de cuidado durante o processo de observação direta, acompanhando a atuação dos profissionais em distintas ocasiões: na “porta de entrada” da unidade, em “visitas a rua”, nas reuniões de equipe, e em outros momentos.

Realizamos as entrevistas a fim de apreender a percepção dos profissionais sobre o trabalho que desenvolvem junto à população em situação de rua, aproximando-a

da leitura que os atores sociais fazem de suas próprias experiências. Outro objetivo foi obter informações sobre as estratégias de criação de vínculo entre usuários e profissionais, além de um pouco de conhecimento das trajetórias de vida dos usuários.

Para isso, selecionamos os profissionais de saúde que atuam diretamente com a população em situação de rua, considerando o papel desempenhado por cada categoria profissional: agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, dentista, e profissionais de saúde mental. Os profissionais entrevistados pertencem à equipe de Consultório na rua, com exceção de um que pertencia à outra equipe da CFVV. Ao total, entrevistamos oito profissionais no espaço da Educação Permanente da Unidade.

Todas as entrevistas foram realizadas com agendamento prévio com os profissionais, sendo elas gravadas, e anotadas. As entrevistas tiveram um roteiro de semiestruturada, e uma média de duração 40 minutos. Após a realização das entrevistas, as transcrevemos e armazenamos no computador da pesquisadora principal.

2ª Etapa: Descrição do contexto político organizacional da CFVV.

Esta etapa ocorreu simultaneamente com as demais etapas no decorrer da pesquisa, tendo como técnicas a observação direta e a análise documental, com base em documentos disponibilizados pelo gestor e profissionais da Unidade de saúde, além de documentos da internet, e demais documentos apresentados pela equipe da CFVV em seminários/congressos. Destacamos alguns documentos estratégicos para a descrição do contexto: documentos do site Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM), carteira básica de serviços da SMS-Rio, e documentos do site da FIOTEC.

Nessa etapa observamos principalmente as relações institucionais, destacando a relação da equipe do consultório de rua com as demais, e também com a gestão do TEIAS Manguinhos. Ressaltamos no processo de observação as diferenças existentes no atendimento a população em situação de rua, e aos demais usuários.

3ª Etapa: Caracterização da população em situação de rua cadastrada pelo CR da CFVV.

Nesta etapa buscamos conhecer quem são as pessoas que vivem em situação de rua na área de abrangência de atuação das equipes da CFVV. Para isso, utilizamos duas técnicas: entrevista com informante-chave (representante do movimento social), e coleta de dados dos prontuários da Unidade, sendo essa última a principal técnica para caracterizar

essa população. Cabe destacar, que a entrevista com o informante-chave foi fundamental para perceber os pontos em comum e as divergências entre a população em situação de rua que reside em Manguinhos, e outras que residem em outras regiões da Cidade.

Embora tivéssemos um roteiro para coleta de dados, ele não foi utilizado, pois não foi possível ter acesso direto aos documentos referentes aos usuários. A equipe apenas disponibilizou uma listagem de fonte de dados secundários que foram coletados por ela nas fichas de cadastro. Sendo assim, traçamos um perfil dos usuários com base na ficha específica de cadastro denominada pela equipe como Ficha “E”² (anexo 7). Esse documento possibilita o registro das seguintes variáveis: **Dados pessoais** (nome, apelido, sexo, data de nascimento, idade, naturalidade e nacionalidade, raça/cor e procedência), **Recursos de sobrevivência** (tempo de exposição na rua, endereço de referência, onde passa o dia e a noite, onde se alimenta, onde dorme, vestuário, e higiene pessoal), **Contatos sociais na rua** (com quem convive, se tem animais, recebe auxílio), e **Vínculos familiares** (com quem morava antes de viver na rua, se mantém contato com membro da família, desejo de aproximação com família, e localização do membro da família). Utilizamos a maioria das variáveis, descartando apenas as informações referentes ao nome, apelido, data de nascimento, vestuário, desejo de manter contato com membros, e localização do membro da família. No banco disponibilizado pela equipe havia o registro de 177 usuários, mas no momento do trabalho de campo a equipe relatou ter 357 usuários cadastrados.

Os dados analisados foram suficientes para a caracterização do perfil dos usuários, contribuindo para a compreensão das peculiaridades da prática de cuidado desenvolvidas pela equipe de saúde junto a essa população. Um passo importante dessa etapa foi a comparação dos dados coletados nos prontuários com pesquisas e censos específicos dessa população. Após o trabalho de campo, realizamos a classificação do material coletado por temas mais relevantes, com base nas categorias de análise e releitura profunda do material, buscando articular os dados empíricos com as questões dos contextos macro e micro vivenciados pelos sujeitos da pesquisa. Para melhor compreensão dos passos metodológicos e das etapas de coleta de dados, buscamos sintetizá-los numa matriz de informação e fontes de dados.

² A ficha E foi adaptada da ficha de cadastro de São Paulo que é utilizada pelo programa “Agentes na rua” da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo.

Tabela 1: Descrição das etapas do percurso metodológico

Etapas	Técnicas/fonte de dados
Caracterização das práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe do CR da CFVV	Observação direta – unidade de saúde; Entrevista – Equipe CR; levantamento documental – artigos e material da internet.
Descrição do Context político organizacional da CFVV;	Observação direta – unidade de saúde; Análise documental – material institucional e da internet.
Caracterização da população em situação de rua usuária cadastrada pelo CR da CFVV.	Entrevista – Equipe CR Entrevista com informante-chave – Fórum permanente da População em situação de rua; Coleta e análise de dados secundários – equipe CR; levantamento documental – artigos e livros.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, com o número de parecer 61931.

Para realização das entrevistas com os profissionais e informantes-chave, foi obtido o consentimento livre e esclarecido de cada entrevistado (anexo 5 e 6), ficando uma cópia do termo com a pesquisadora, e outra foi entregue ao entrevistado. Com relação ao sigilo, o nome e a identidade profissional foram preservados, pois não utilizamos os resultados identificando-os. Para confidencialidade dos profissionais entrevistados e informantes-chave, os mesmos foram codificados por numeração.

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital, e a transcrição foi feita na

íntegra, sendo guardadas e protegidas por senha no computador pessoal da pesquisadora.

Após finalização do estudo, os resultados e conclusões serão apresentados aos profissionais e aos demais interessados no tema em estudo.

5 – Resultados e discussões

5.1 - O contexto político-organizacional da Clínica da Família Victor

Valla

Para abordar as práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde, consideramos importante compreender em que contexto político-organizacional elas se desenvolvem, buscando relacioná-las ao modelo de atenção adotado na Cidade do Rio de Janeiro. Para isso, traremos à tona a complexidade das relações que influenciam a prática de cuidado desenvolvida pelos profissionais do consultório na rua da CFVV, contextualizando a partir do TEIAS Manguinhos, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do território, dos serviços de saúde, e das demais equipes da CFVV.

5.1.1 - O Município e a sua rede de Atenção Primária à Saúde

O município do Rio de Janeiro desde 2009 vem passando por mudanças em sua rede de saúde, em destaque a de atenção primária. A população residente com base no censo do IBGE de 2010 é de 6.320.446 habitante.

Até o ano de 2008, as ações de atenção básica eram desenvolvidas nos Centros Municipais de saúde e a cobertura de saúde da família era de 3,5% conforme assinalado no plano estratégico da Cidade (2009-2012), elaborado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) em 2009.

A partir de 2009, a rede de Atenção Primária da cidade adota a Estratégia de Saúde da Família como seu principal modelo de organização de seus serviços de e de expansão com uma proposta para cidade de alcançar uma cobertura de 35% no ano de 2012, com o crescimento do número de equipes (PCRJ, 2009). Segundo dados obtidos no site da PCRJ, a cidade, no ano de 2012, chegou a ter 600 equipes completas de saúde da família, através de investimentos nos últimos três anos. As propostas de expansão e reordenamento da Atenção Primária na Cidade foram estabelecidas no Plano Municipal de Saúde (2010-2013), no Plano Plurianual (2010-2013), e no Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro (PCRJ, 2009).

Os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) anunciam com essa expansão, *A Reforma dos Cuidados de Atenção Primária em Saúde*, com base no modelo da reforma de Portugal e a Estratégia de Saúde da Família como o centro da mudança. A Atenção Primária na Cidade do Rio de Janeiro passa a ser a ordenadora das redes de atenção à saúde de forma similar a outros países, como Inglaterra e Portugal.

Destacam-se dois princípios estratégicos dessa reforma: o primeiro relativo à ampliação do acesso, e o segundo, referente ao aumento da resolutividade (SMSDC, 2012). A SMS passou a considerar a Atenção Primária como a porta de entrada do sistema de saúde do município, *sendo o primeiro contato das pessoas quando procuram o serviço de saúde* (SMSDC, 2011).

A estratégia utilizada pelos gestores para garantir a expansão planejada, foi a introdução de uma nova forma de gestão da Atenção Primária na cidade, instituindo parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) nas dez Coordenações de Área de Planejamento em saúde (CAP) da Cidade, mediante celebração de contratos de gestão. As OSS passam a ficar responsáveis pelo gerenciamento, operacionalização, e execução das ações e serviços de saúde, conforme preconiza a lei municipal n. 5026, de 19 de maio de 2009.

Segundo o site OSSPUB³ as Organizações Sociais são entidades privadas – pessoas jurídicas de direito privado – sem fins lucrativos, destinadas ao exercício de atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, e à saúde.

Tendo em vista o quantitativo necessário de trabalhadores e a escassez de profissionais com experiência em saúde da família e atenção primária a SMS desenvolveu como estratégia para qualificação dos trabalhadores, parcerias com Escola Nacional de Saúde Pública, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde do Brasil. Sendo criado o programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase em Saúde da Família. Além disso, foram formadas turmas de Especialização em Saúde Pública. A especificamente para os médicos, implantou-se um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Ao longo de 4 anos, percebe-se a ampliação do número de serviços de Atenção Primária na cidade, tendo um alcance de 40% de expansão no início do ano de 2013.

O aumento do número de serviço não pode ser compreendido como a ampliação do acesso, para tal afirmação, é necessário a realização de estudos avaliativos que considerem as dimensões: disponibilidade, acessibilidade, e aceitabilidade do usuário (STARFIELD, 2002).

3 Nota: OSSPUB, Disponível em: <http://www.osspub.org.br/index.php/o-que-e-uma-os>, Acessado: em 7 de fevereiro de 2013.

Arelada à expansão da APS, no município, surge uma nova tipologia de serviço denominado “Clínicas da Família”, inserido no projeto do governo municipal “Saúde Presente”. As CF podem receber em média de três a nove equipes de Saúde da Família, e de duas a quatro equipes de Saúde Bucal, com uma oferta de procedimentos diferenciados das demais Unidades. Segundo dados do site do “OTICS - RIO”⁴, as Clínicas da Família proporcionam um atendimento de melhor qualidade, com aumento da resolutividade do atendimento local, através da coleta diária para os principais exames laboratoriais, realização de ultrassonografia, Raios-X, e eletrocardiograma. Conforme descrito no site do OTICS, até janeiro de 2012 a Cidade já havia inaugurado 68 Clínicas da Família.

No que diz respeito à organização e estruturação da APS, a cidade passou a organizar seus serviços normatizando-os em três tipos de unidade, com base no documento Carteira de Serviços (SMSDC, 2011):

- Tipo A: Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família;
- Tipo B: Unidades consideradas mistas, onde parte do território é coberto pelas equipes de Saúde da Família;
- Tipo C: Unidades onde o território não é coberto pelas equipes de Saúde da Família.

Com essa normatização dos serviços, os servidores públicos municipais de regime de contrato estatutário passam a atuar apenas nas Unidades tipo B e C. Esse é um dos grandes desafios para a gestão da APS, principalmente para os gestores dos serviços tipo B, onde há a presença de servidores estatutários e profissionais contratados por Organizações Sociais de Saúde. Temos, nesse tipo de serviço, profissionais que atuam como estratégia de saúde da família, e outros ainda atuando com a lógica de Ações de Programas de Saúde no território sem cobertura de saúde da família.

Uma das estratégias para ampliação do escopo de ações da atenção primária do município foi a publicação da carteira básica de serviços, que visa nortear as ações da atenção primária oferecidas à população na cidade do Rio de Janeiro. Esse documento pode ser acessado no site do OTICS.

⁴ Nota: Observatório de Tecnologias em informação e comunicação em sistemas e serviços de saúde, disponível: <http://www.otics.org/otics/estacoes-de-observacao/estacao-rio-saudepresente/Clínicasdafamilia>., Acessado: 24 de novembro de 2012.

Conforme assinalado no documento, ele é fruto de um esforço coletivo de gestores do nível central, e das coordenações das áreas de planejamento da SMS-Rio, e apresenta os serviços oferecidos à população nas seguintes áreas: Atenção ao Adulto e Idoso, Atenção à Criança e Adolescente, Saúde Mental, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Procedimentos e Cirurgias Ambulatoriais (SMSDC, 2011).

Cabe salientar, que a carteira básica de serviços não faz menção ao processo de trabalho de acordo com a classificação das unidades, apenas cita em diversos momentos a Estratégia de Saúde da Família, deixando de explicitar o funcionamento das unidades modelo tipo B.

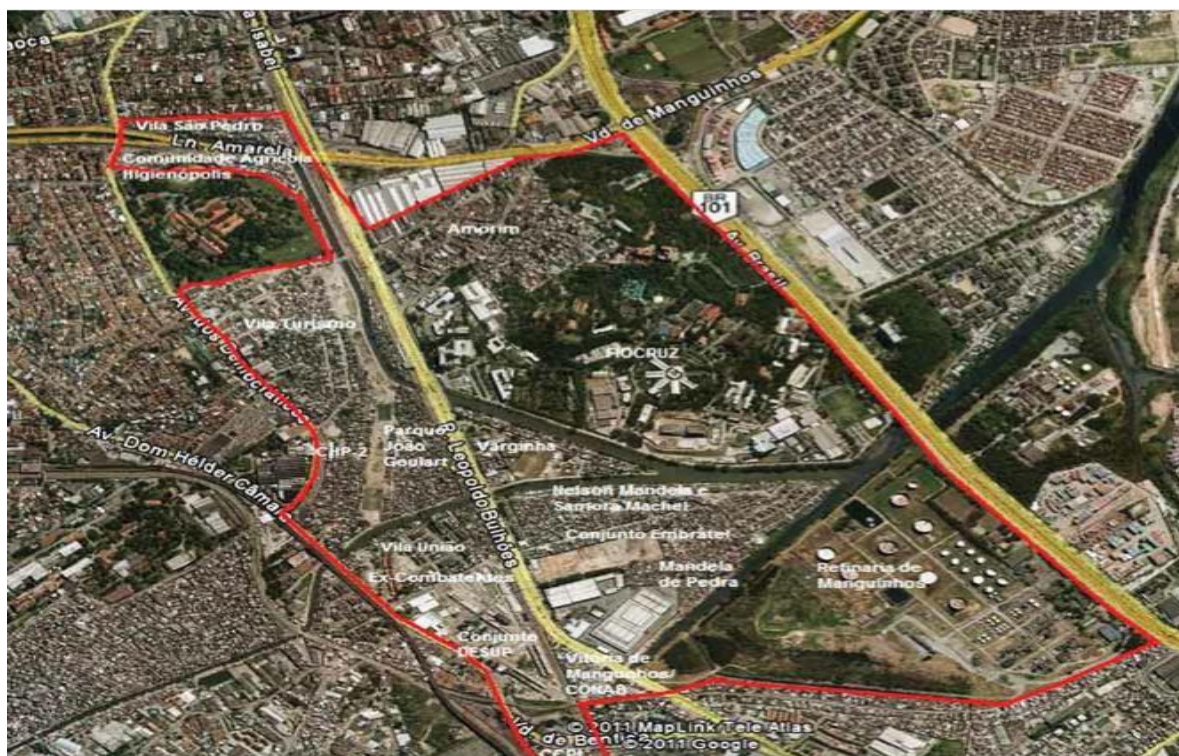
Embora tenha ocorrido uma ampliação significativa de Equipes de Saúde da Família na cidade, temos a convivência de dois modelos de atenção. Por mais que a ESF propicie uma mudança do modelo de atenção centrado em programas e especialistas, ainda permanece o desafio de continuidade de expansão de equipes que possam criar, de fato, a transição do modelo hegemônico para um modelo de atenção que seja usuário centrado, a fim de promover mudanças na qualidade de vida da população.

5.1.2 - O território de Manguinhos e sua rede de saúde

O complexo de Manguinhos historicamente se caracteriza por uma região de mangue, como o próprio nome evidencia, território que faz parte da sub-bacia do canal do Cunha, que contém dois rios que cortam o bairro: Jacaré e Faria Timbó. Manguinhos se oficializou como bairro em julho de 1981, situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Desde a década de 1980, a área vem sofrendo com o esvaziamento econômico, uma vez que as poucas indústrias que existiam em seu entorno foram extintas, ou se transferiram para outras localidades como a Cooperativa Central dos Produtores de Leite –CCPL - cujo terreno na atualidade é considerado como um condomínio informal, dada a invasão de moradores -, a Gillette do Brasil, e um quartel do Exército Brasileiro - o Depósito de Suprimentos. A Refinaria de Manguinhos ainda é a principal instalação industrial da região (ENSP/FIOCRUZ, 2012). Com relação à população do bairro, observa-se um aumento populacional passando de 31.059, no ano de 2000, para 36.160, no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010.⁵

⁵ Nota: Dados do Rio do IBGE 2010, Disponível em: Instituto Pereira Passos - <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros/cariocas>, Acessado: 10/01/2013.

Figura 1 – Vista aérea das Comunidades que compõem Manguinhos



Fonte: Laboratório Territorial de Manguinhos, 2012.

Em levantamento realizado no site do Laboratório Territorial de Manguinhos, (LTM)⁶, verificamos que o complexo de Manguinhos é composto pelas seguintes localidades: Centro de Habitação Provisória 2 (CHP2), Parque João Goulart, Vila Turismo, conjuntos e ocupações Nelson Mandela e Samora Machel, Comunidade Mandela de Pedra, Conab (Vitória de Manguinhos), Embratel II, e Vila União. Há duas novas localidades no entorno: o CCPL e o Chupa- Cabra Vila São Pedro, Comunidade Agrícola de Higienópolis, Amorim (Parque Oswaldo Cruz) e Varginha (Parque Carlos Chagas).

A região de Manguinhos é uma das áreas da cidade que reúne diferentes comunidades de baixa renda, com elevados índices de violência, com inúmeros episódios de confronto entre policiais e traficantes de drogas, ou entre quadrilhas de traficantes rivais. A Avenida Leopoldo Bulhões - uma das principais vias de acesso ao bairro que tangencia a linha do trem (Ramal Central - Gramacho) - passou a ser conhecida como "Faixa de Gaza", (LTM, 2013), em referência à região homônima na Palestina, famosa pela violência oriunda de conflito armado.

⁶ Nota: LTM, Disponível em: <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br>, Acessado: 04 de janeiro de 2013.

O complexo de Manguinhos se caracteriza com um cotidiano de a violação de direitos, seja pela deficiência de acesso aos direitos sociais ou pela criminalização do território (CARVALHO & PIVETTA, 2012). Esse é um dos aspectos relacionados à vulnerabilidade do território assinalado pelas equipes da CVFF, que muitas vezes inviabilizam a rotina diária de abordagens nos domicílios e na rua, tendo em vista os diversos confrontos entre os atores armados (policiais e traficantes).

Além disso, o território tem um grande grau de vulnerabilidade econômica e social, apresentando um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano. Em 2000, situava-se entre os cinco piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) comparado aos demais bairros da cidade - IDH de 0, 726. Este valor é desfavorável em relação à média para cidade (0, 842 em 2000) e inferior até aos valores do Rio do ano de 1991 (0.798), ou seja, mais de uma década de atraso no desenvolvimento humano. Essa situação de vulnerabilidade atrelada ao movimento social que se organizava em Manguinhos, com apoio da Fiocruz para transformações no ambiente hostil e insalubre influenciou na priorização da intervenção do Programa de Aceleração e Crescimento (PAC) nessa região da Cidade (GUTIERREZ, 2011).

Esse programa tem como objetivo trazer uma série de mudanças e melhorias de infraestrutura como saneamento básico, habitação, coleta de lixo, e outros serviços como a implantação de serviços de saúde.

De acordo com informações disponibilizadas pelo TEIAS Manguinhos, os moradores vêm requerendo respostas do PAC ligadas às seguintes questões: coleta de lixo, garantia da qualidade da água para consumo, soluções para as situações de violência, efetividade de segurança pública, resolução de pontos de enchentes e alagamentos, e solução para as diversas cenas de uso de álcool e outras drogas (ENSP/FIOCRUZ, 2012).

Figura 2 - Cena de uso de drogas em Manguinhos



Fonte: Jornal O Globo do dia 24/07/2012.

O aumento das cenas de uso de drogas na região, especificamente do uso do crack, também trouxe à cena outros atores sociais - as pessoas em situação de rua que passaram a viver naquela a região-, ganhando destaque quase que semanalmente nas manchetes de jornais, conforme demonstrado na figura 2. Sendo assim, passa a fazer parte do cotidiano da população que vive em Manguinhos a convivência com pessoas em situação de rua, e em particular aquelas que fazem uso de drogas. A população em situação de rua passa a fazer parte do território e a demandar, assim como os outros moradores, atendimento aos seus problemas de saúde.

Com relação aos serviços de saúde, a população de Manguinhos contava, até o ano de 2009, com uma rede pequena de serviços de APS. A composição era de oito equipes de saúde da família do PSF Manguinhos, e o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF) da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ. O CSEGSF desenvolvia suas atividades, desde sua criação em 1966, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação da Área de Planejamento 3.1/ CAP 3.1 (LTM, 2013).

A área de abrangência da CAP 3.1 é composta por unidades de atenção primária, e serviços hospitalares como o Hospital Geral de Bonsucesso - hospital federal do Ministério da Saúde - que atende emergência, média e alta complexidade, e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - hospital federal que pertence ao Ministério da

Educação - que também atende média, e alta complexidade. O hospital estadual mais próximo é o Hospital Estadual Getúlio Vargas, no bairro da Penha, que atende Emergência, alta, e média complexidade. O Hospital Municipal Paulino Werneck, localizado na Ilha do Governador, disponibiliza serviços de média complexidade, além de emergência.

Com a articulação do PAC, os equipamentos conquistados foram a Unidade de Pronto Atendimento-UPA em 2009 e a Clínica da Família Victor Valla em 2010 e espera-se ainda pela construção da Clínica da Família localizada na comunidade da Vila Turismo e pelo Centro de apoio psicossocial (CAPS) (GUTIERREZ, 2011).

A ampliação da rede de APS em Manguinhos teve início em dezembro de 2009, através da parceria da SMS com a FIOTEC, através da celebração de um contrato de gestão, sendo a Fundação OSS responsável pela operacionalização, apoio, e execução de atividades e serviços de saúde da família, no âmbito do denominado TEIAS –Escola-Manguinhos. Conforme descrito no site da FIOTEC⁷, o TEIAS Escola Manguinhos teve início em 2010, tendo como objetivo promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, além de garantir melhorias nas condições de vida da população do bairro Manguinhos, no Rio de Janeiro.

Inicia-se um processo de cogestão dos serviços de saúde em Manguinhos sendo atribuição do Teias-Escola-Manguinhos ofertar a atenção primária nos moldes da Estratégia de Saúde da Família a toda a população residente no território de Manguinhos, gerenciando ações e serviços primários com eficiência, qualidade e de forma humanizada (CARVALHO & PIVETTA, 2012).

De acordo com os dados disponibilizados pela FIOTEC, essa proposta de território escola saúde está atrelada à missão institucional da Fiocruz de pesquisa e ensino. Com esse número de equipes, o território de Manguinhos passa a ter uma cobertura de 100% de Saúde da Família. Sendo assim, as equipes têm como missão produzir conhecimento aplicável a outras realidades, incorporando referenciais claros e transparentes sobre o território, ampliando os processos de participação comunitária, e de intersetorialidade (ENSP/FIOCRUZ, 2012). A parceria com a Prefeitura tem como expressa a intenção de produção e difusão de conhecimentos que possa ser colocado à disposição de outros territórios (CARVALHO & PIVETTA, 2012).

⁷ Nota: TEIASManguinhos, Disponível: http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com_content&view=article&id=367:teias-manguinhos-territorio-integrado-de-atencao-a-saude&catid=65&Itemid=184&lang=pt, Acessado: 5 de janeiro de 2013.

A concepção de Território Escola-Manguinhos assumido nesta proposta, toma como base o conceito de Bairro-escola, proposto pelo jornalista Gilberto Dimenstein – *“O ato de aprender é o ato de se conhecer e de intervir”*. Além da educação junto à comunidade, investe-se na educação profissional, como componente ensino para atenção primária no SUS, por meio de parcerias com universidades, como a Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (GUTIERREZ, 2011).

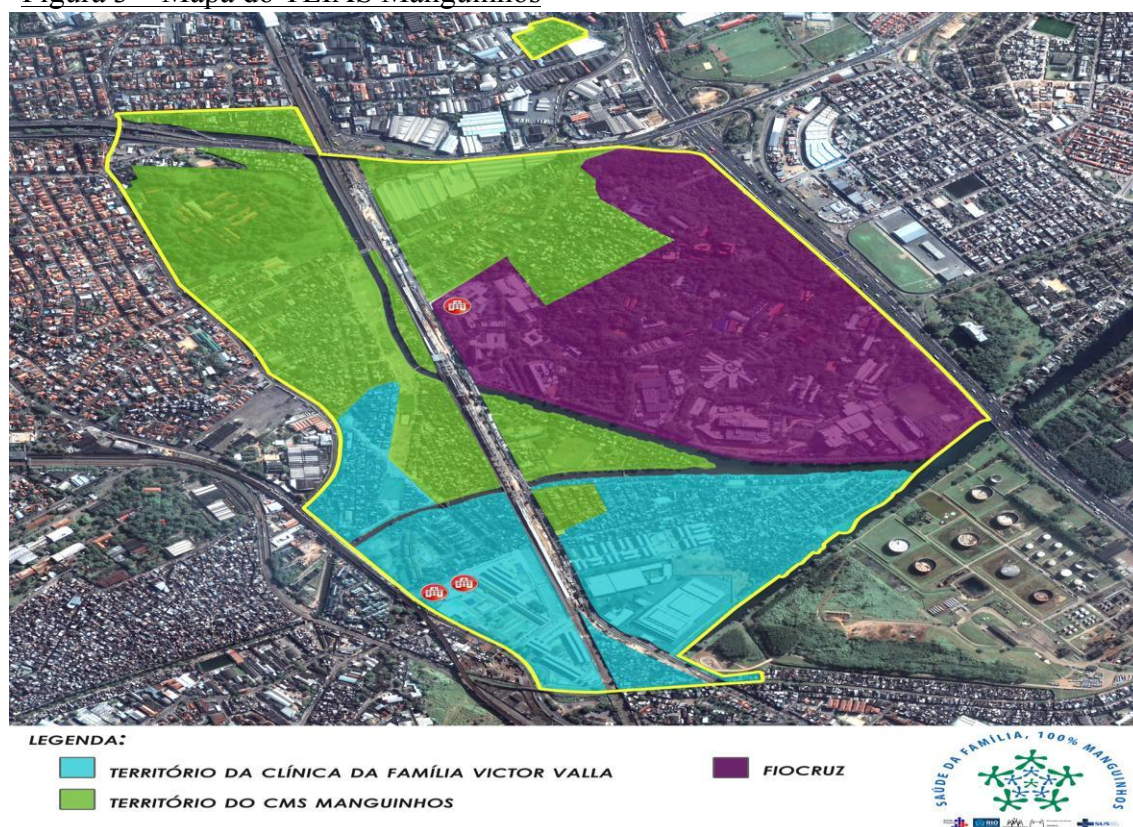
A expansão da atenção primária em Manguinhos possibilitou que se constitui-se 13 equipes de saúde da família, distribuídas em dois serviços de saúde para atender cerca de 37.000 pessoas residentes em Manguinhos. Os serviços que compõem a rede do TEIAS Manguinhos são : a Clínica da Família Victor Valla, com sete equipes de Saúde da Família e 5.498 famílias cadastradas, e o PSF Manguinhos, com seis equipes Saúde da Família e 4.926 famílias cadastradas. Em 2011, uma décima quarta equipe é implantada, para atendimento à população de rua situada no território de Manguinhos (CARVALHO & PIVETTA, 2012).

Abaixo está o mapa do TEIAS Manguinhos, e em colorido estão demarcados os serviços de saúde, e as áreas de atuação das unidades, sendo o território azul da Clínica da Família Victor Valla, unidade de estudo. Nessa Clínica, atuam seis equipes de saúde da família, com mais uma, que compõem o consultórios de rua (CARVALHO & PIVETTA, 2012).

A figura abaixo apresenta as áreas de atuação das equipes de Saúde da Família do TEIAS Manguinhos, representando também, segundo a apoiadora institucional do TEIAS Manguinhos, as áreas de atuação da equipe de Consultório na Rua. De acordo com a equipe do Consultório na Rua, o território de atuação é mais extenso devido à mobilidade dos usuários, uma característica comum na população em situação de rua. Essa organização de atuação territorial demonstra que em todo o território adstrito à saúde da família possui de alguma forma pessoas vivendo em situação de rua.

Além das equipes de saúde da família, o TEIAS existem cinco equipes de saúde bucal e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e uma academia carioca (ENSP/FIOCRUZ, 2012).

Figura 3 – Mapa do TEIAS Manguinhos



Fonte: TEIAS Manguinhos.

5.1.3 - O caso: Clínica da Família Victor Valla

Um dos serviços construídos por meio da parceria TEIAS Manguinhos, inaugurada em abril de 2010, foi a Clínica da Família Victor Valla, localizada na Av. Dom Hélder Câmara 1390, com um anexo da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Manguinhos. O nome da clínica foi dado em homenagem ao pesquisador do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP/FIOCRUZ, Victor Vincent Valla. É a única Clínica da Família do bairro, portanto possui estrutura diferenciada dos serviços já existentes naquela época. Esse serviço está localizado no limite da comunidade do Jacarezinho, onde do outro lado da rua existe outra Clínica da Família, pertencente ao território administrativo da CAP 3.2, e que também possui uma equipe de CR.

Segundo o gerente da Unidade, no ano de 2011, com a possibilidade da contratação de mais uma equipe de saúde da família, a equipe do TEIAS decidiu montar uma equipe de consultório de rua (oitava equipe) para atender os usuários em situação

de rua/ usuários de crack da região de Manguinhos, demanda essa apontada pelos moradores, referente às cenas de uso de drogas no território.

Tendo como referência a carteira básica de serviços (SMSDC, 2011), essa unidade é considerada tipo “A”, porém possui um modelo arquitetônico um pouco diferente das demais CF, pois é anexa a UPA Manguinhos, nos mesmos moldes da Clínica da Família da Rocinha, e do Complexo do Alemão, outras duas Clínicas da cidade do Rio de Janeiro.

Figura 4 – imagem da entrada da CFVV



Fonte: <http://smsdc-csf-victorvalla.blogspot.com.br> , Acessado: 06 de janeiro de 2013

A CFVV conta com o apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e com os Apoiadores Institucionais do TEIAS Manguinhos para dar suporte às ações desenvolvidas pelas equipes. Na mesma lógica foi pensada a equipe do Consultório na Rua que possa dar suporte as equipes que compõem o TEIAS Manguinhos, tendo como território de atuação o território coberto pelas treze equipes de saúde da família de Manguinhos.

Com relação à estrutura física da unidade, ela segue o padrão das demais Clínicas da Família, com estrutura modular composta de salas para as EqSF, com maca funcional e computador para a equipe, sala de administração, sala específica para saúde bucal, sala para os Agentes Comunitários de saúde (ACS) com computadores e mesa de reunião, farmácia, sala de coleta de exames laboratoriais, sala de curativo, Espaço para Educação Permanente, sala de reunião, e, logo na entrada, há um espaço para o

acolhimento com cadeiras para acomodação dos usuários.

Cada uma das sete equipes é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde, além do gerente e um administrador da unidade, sendo todos contratados pela FIOTEC com recursos do convênio com a SMS. Todo o material necessário para o funcionamento do serviço é disponibilizado pela FIOTEC, como insumos, receituários, etc. A equipe do CR conta com a mesma estrutura e disponibilização de recursos que as demais EqSF, e seus usuários são atendidos ou no consultório da equipe, ou nas instalações da unidade, quando for necessário. O horário de funcionamento é de segunda a sexta das 8 às 17 horas, e nos sábados de 8 às 12 horas, exceto para o CR.

A equipe de CR é composta pela equipe mínima de saúde da família, acrescida de profissionais da área da odontologia, psicologia, e serviço social. Os profissionais de psicologia e serviço social são selecionados pela experiência de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, com perspectiva da redução de danos. Ao total são nove profissionais de saúde. A equipe do CR denomina a função do ACS como a de Agente Social (AG). Diferentemente das EqSF que tem um total de 6 ACS, o CR tem apenas 3 AG. A maioria dos profissionais da equipe já atuavam na unidade, antes de compor a equipe, fazendo parte de outras EqSF, ou do NASF.

Cabe destacar que a criação dessa equipe na CFVV foi impulsionada por demandas dos próprios moradores e profissionais de saúde, que diante do aumento do número de pessoas em situação de rua e usuário de drogas no território decidiu criar uma equipe de consultório na rua. Vale ressaltar, que há outros fatores do contexto externo como a existência de uma equipe de PSF de Rua desde o ano de 2010 na cidade, a implantação das ações do Plano “Crack é possível vencer!”, e a PNAB de 2011, fatores que contribuíram para justificar a implantação de uma equipe de CR em Manguinhos.

5.2 - As práticas de Cuidado do Consultório na Rua

A descrição das práticas de cuidado nesse estudo tem por referência os atributos da atenção primária, e a experiência da Estratégia de Saúde da Família, relacionando-os à prática de cuidado do consultório na Rua de Manguinhos. Buscamos agrupar cenas de cuidado que foram acompanhadas pela pesquisadora, relacionando-as aos contextos político organizacionais da CFVV e de vulnerabilidade em que estão inseridas as pessoas que vivem em situação de rua em Manguinhos. Nosso olhar, nesse estudo, voltou-se principalmente aos *microprocessos do trabalho em saúde* (FRANCO E MEHRY, 1999), nos afazeres do cotidiano, observando o processo de acolhimento e estabelecimento de vínculo da equipe do CR com seus usuários.

Contudo, cabe destacar que o ato de cuidar tem como ponto de partida em seu significado nas práticas de cuidado com vistas, no caso da população em estudo, de diminuir as iniquidades, propondo ações que garantam o princípio da equidade expresso no nosso Sistema Único de Saúde.

As informações, impressões e dados que serão apresentados buscam trazer à tona elementos e questões que são enunciadas, e às vezes silenciadas pelos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho, para contribuir com a produção de práticas de cuidado inovadoras e coletivas no campo da Atenção Primária, voltadas para populações específicas.

5.2.1 - Cenas do cuidado na clínica e na rua: criação de novos arranjos institucionais

As ações voltadas para população em situação de rua (PSR) na CFVV são desenvolvidas pelo consultório na rua, já assinalado anteriormente. A equipe está envolvida desde o planejamento, até a execução dos dois eixos estruturantes do seu processo de trabalho que iremos denominar de “cenas do cuidado”, onde são desenvolvidas as práticas de cuidado na clínica, e na rua.

O contexto de implantação do CR apresentou tensões no campo das relações entre profissionais e usuários. Do ponto de vista dos informantes do estudo, o período que antecede a implantação da equipe tem um forte traço de restrição de acesso das PSR aos serviços de saúde naquele território, sendo vivenciados por esses usuários vários obstáculos para conseguir atendimento na CFVV, e nos demais serviços de saúde de

Manguinhos.

O principal desafio apresentado para o CR é garantir que a população em situação de rua (PSR) possa ter acesso aos serviços de saúde. Para superar esse obstáculo uma das estratégias adotadas é a de se constituir como elo de ligação entre o serviço e essa população, usando o encontro diretamente na rua para a construção de um vínculo que estimule a ida dos usuários aos serviços de saúde.

Como ponto de partida, a cena do cuidado escolhida pela equipe é a rua, sendo o planejamento organizado com foco no encontro com os usuários nas diversas cenas de uso de drogas, no território de Manguinhos. Nesse ponto, a prática se configura inicialmente no campo da intersubjetividade, traduzida nos encontros no espaço da rua que possibilitam a construção de vínculo entre os profissionais e os usuários, com vistas de construção de projetos terapêuticos.

Sendo assim, se para os profissionais do Saúde da Família o encontro com os usuários se dá no domicílio e serviço, para o consultório na rua o encontro é na rua, e num único consultório localizado na CFVV. As ações na rua são bem focadas na redução de danos, atuação semelhante à das equipes de *consultório de rua*, que têm como característica principal *ofertar cuidado no espaço da rua* (BRASIL, 2010).

No início da implantação do trabalho do CR, no que se refere à prática do cuidado realizada no espaço da rua nas cenas de uso de droga, a equipe relatou ter muita dificuldade de aceitação pelos próprios usuários. Até então, os únicos profissionais que se dirigiam até então as cenas de uso eram os da equipe da Prefeitura denominada de equipe “*choque de ordem*” que promovia ações de recolhimento da população em situação de rua na cidade.

Nessa situação o “choque de ordem” representa para essa população um ator de repressão e violação de direitos, que como consequência gerou desconfiança e resistência das PSR, frente aos serviços ofertados pelos diversos atores sociais presentes nas cenas de uso de drogas. O contexto de inserção do CR pode ser representado binômio recolhimento x acolhimento das ações ofertadas pelo choque de ordem, e equipe do CR. Nesse tipo de cenário, essa população utiliza estratégias de proteção, nas ações de repressão, tais como: *diversas formas de identificação (troca de nomes e apelidos constante), criação de novas identidades a cada dia, mergulho no imaginário, criação de documentos novos com novos nomes, mudança de cidade e de companhia, perda e aquisição de novos amigos, pernoite ocasional nas ruas, procura de albergues, saída e volta às ruas, por fim a desapareição* (p.16, SANTOS, 2009) .

Os serviços de saúde, assim como outros equipamentos públicos, muitas vezes representam uma ameaça para essa população, pois historicamente a ação do Estado, em suas três esferas de governo, tem se resumido ao tripé: recolhimento, violência, e abrigo. Além da proposta de internação compulsória para adultos usuários de crack, como já ocorre na cidade com crianças e adolescentes em situação de rua.

O que essa população pode esperar quando um agente público se aproxima? O relato de um dos profissionais demonstra a delicadeza da situação de um contexto com históricos de ações de repressão,

“... a partir do momento que eu rejeito muito, a pessoa já não se aproxima, porque ela espera que ela vai ser rejeitada, então, quanto profissional nas primeiras abordagens que a gente fez, principalmente porque era um momento que estava tendo a abordagem da secretaria de assistência, também com o choque de ordem, ... foi um momento delicado..., eles davam no pé mesmo, existe um estigma da sociedade muito grande...”(profissional 2)

Com vistas a aproximação com os usuários, as estratégias utilizadas pelo CR no território são diversas, algumas delas são assinaladas pelo profissional 6: a *mudança do jaleco do ACS, apropriação da linguagem e uma postura para escutar e respeitar quando o usuário não quer aproximação*. De acordo com os depoimentos, em algumas situações foi necessário omitir para os usuários a categoria profissional de um dos membros da equipe, para que esse não fosse confundido com os profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social. De fato, o início da entrada no campo nesse contexto de repressão no território desafiou cotidianamente a construção de vínculo com a PSR em Manguinhos.

Cabe apontar, que os termos acolher e acolhimento estiveram presentes em diversos relatos dos profissionais do CR que descreviam o processo de aproximação com essa população, buscando enfatizar o processo relacional que é estabelecido entre o trabalhador e o usuário. Essa tecnologia relacional é denominada por Franco, Bueno e Mehry (1999) de “tecnologia leve”, sendo utilizada pelo CR para criação de vínculo do usuário com a equipe, e posteriormente com o serviço de saúde. A proposta de cuidado desenvolvida pela equipe se pauta principalmente no campo das relações entre os sujeitos, levando em conta as vulnerabilidades do contexto de vida das PSR.

De forma processual, com o tempo e a persistência da equipe em atuar nas ruas, sempre com uma postura respeitosa, buscando a aproximação com base nas estratégias de redução de danos, os profissionais relatam que os usuários passaram a *confiar e*

aceitar os serviços prestados pela equipe.

No período do trabalho de campo observamos nas ruas de Manguinhos, diversos grupos de pessoas, de diferentes faixas etárias e condições sociais. Alguns em situação de rua, outros moradores, ou não, da comunidade que se aglomeram para o consumo de drogas. Na abordagem feita na cena de cuidado na rua, é possível conhecer um pouco da realidade dos usuários. Em observação das ações dos profissionais diretamente no espaço da rua, a atuação da equipe era diversa como: realização de orientações sobre problemas de saúde, distribuição de insumos de prevenção de DST/AIDS, e explicação da proposta de trabalho da equipe do CR, sempre convidando a população para ir à Clínica. No trabalho de campo, numa das observações feitas pela pesquisadora, foi possível presenciar o cuidado no espaço da rua, e dependendo da situação de saúde apresentada aos profissionais, eles convidavam os usuários para irem à clínica, a fim de realizar o cuidado necessário.

A entrada da PSR na Clínica se apresentou como o segundo passo a ser alcançado pela equipe do CR, fundamental para a continuidade do cuidado que, muitas vezes, se faz necessário no espaço físico do serviço. Com relação à utilização do espaço físico da CFVV, os informantes do estudo apontaram obstáculos vivenciados pela PSR, descritos pelo profissional 4. Segundo ele, no início da utilização do serviço pelos usuários da equipe do CR, os demais profissionais da CFVV ficavam *receosos, com medo, e muito resistentes em receber as pessoas em situação de rua no serviço*. Outro relato que nos chamou atenção foi o do “profissional 2”, ao assinalar que essa população era vista como *“bicho papão”*.

O preconceito também foi relatado pela maioria dos profissionais, principalmente os profissionais da UPA, já que a unidade clínica é integrada a esse serviço. O relato abaixo revela essa situação:

“Teve uma vez que a pessoa não era de rua, era usuário, não morava aqui, ele morava em Vila Isabel. Na rampa de acesso, ele só estava deitado de sunga, ele tinha tomado uma surra, assim não sei se eu posso tá relatando isso, mas a falta de cuidado é tão grande... Ele estava deitado na rua de sunga, as pessoas estavam passando ali, ele gritava de dor, e por ele tá naquela condição falavam: ah, ele é usuário de droga. E ninguém deu apoio. Nós fomos lá, pegamos o paciente, colocamos na cadeira, subimos

com ele pela rampa da UPA. Fomos pra dentro da UPA, porque ele tinha que fazer raios-X. Na verdade, não era um cuidado primário, era emergencial ali naquela situação. Nós subimos com ele, chegamos lá, e assim os profissionais vendo aquilo ali... a gente ficou abismado, porque ninguém tirou a pessoa dali. Ele não conseguia andar, por conta da surra. Quando foi mais tarde, fizeram tudo que devia fazer... graças a Deus não tinha nada de muito grave. Ah! toma aqui que é de vocês, e na verdade o paciente não era nosso. Nós encontramos ele ali, e como profissionais, seres humanos, nós acolhemos aquela pessoa, e levamos.”(PROFISSIONAL 3)

Esse tipo de relato também é descrito em outros trabalhos que também têm apontado os preconceitos e discriminações sofridas pela população em situação de rua nos serviços de saúde, conforme assinala Canônico et al. (2007). De acordo com os autores desse estudo, realizado no Centro de Saúde Escola (São Paulo/SP), as pessoas em situação de rua questionavam o *preconceito por parte de equipes de saúde que resistiam em atendê-las, em decorrência de sua condição precária de higiene de saúde* (p.801).

A entrevista com o informante chave, representante do Fórum Estadual Permanente da PSR adulta, foi reveladora no sentido de apontar os desafios de garantir que essa população tenha acesso ao SUS. O representante do movimento social relata da experiência com o serviço SAMU. Para ele, este é um dos principais equipamentos de saúde que não está preparado para o atendimento a essa população, no que se refere à sensibilidade ao preparo para lidar com gente. Segundo o informante-chave, é importante (...) *superar o abismo que tem se colocado na relação entre os profissionais de saúde e a PSR. (...) é preciso que os profissionais se larguem a ponto de se dedicarem, se desprender de algumas amarras, coisas préconcebidas.*

A resistência em atender essa população, segundo relato dos profissionais, era forte por parte dos profissionais de saúde da CFVV gerando como consequência a insegurança e/ou o medo da população em buscar o acesso ao serviço. Com a implantação do CR esse cenário se modifica, essa equipe utilizava como estratégia o diálogo com a PSR, enfatizando que “*o acesso vai ser fácil, e que vai conseguir atendimento rápido*”.

Com isso, a incerteza de conseguir um atendimento de saúde vem sendo

modificada paulatinamente com a criação de vínculo que se estabelece no espaço da rua nas cenas de uso de droga, e que também se perpetua no espaço da CFVV. Os usuários aos poucos foram se sentindo seguros com a referência de cuidado no espaço da Clínica, e passaram a frequentar a unidade de saúde, principalmente *“quando realmente sentiam muita dor, febre, ou alguma ferida que os incomodava”* (PROFISSIONAL 3). A frequência da PSR na CFVV amplia o escopo de ações e tecnologias utilizadas pelos profissionais, sendo necessária a articulação com as outras equipes da unidade e com os demais serviços da rede de saúde e de apoio social, com vistas de garantir o cuidado de forma ampliada. Além disso, foi necessária a construção de novos arranjos institucionais que pudessem dar conta das especificidades e necessidades apresentadas pela PSR.

Observa-se assim, que a equipe do CR organiza seu processo de trabalho com certas particularidades, em relação às demais equipes da CFVV. Em primeiro lugar, consideramos que houve adaptações das diretrizes da ESF, no que se refere à adscrição da clientela. As EqSF direcionam seu trabalho para a população cadastrada com domicílio fixo, o CR atende as pessoas no território da rua, sejam elas cadastradas, ou não. E os procedimentos também passaram a ser denominados de forma diferenciada, a “visita domiciliar” passa a ser “visita de rua” (CARNEIRO JUNIOR, JESUS E CREVELIM, 2010). A rotina de “visita de rua” é diária, mas, diferentemente das outras eqSF da unidade, os profissionais do CR não concentram as ‘visitas de rua’ majoritariamente na figura do ACS. Todos os profissionais têm agenda semanal, e para alguns quase diária, com vistas de fortalecer os vínculos e ampliação da acessibilidade de novos usuários a unidade de saúde.

Em segundo lugar, destacamos o quantitativo de população cadastrada, em relação ao que é preconizado pela ESF. Segundo a PNAB (2011), uma equipe de Saúde da Família deve, em média, ter 3.000 cadastrados, chegando ao máximo de 4.000 pessoas cadastradas. Em contrapartida, uma equipe de CR deve se responsabilizar por um número de pessoas em situação de rua que varia de 80 a 1.000, conforme orientação descrita na portaria 122 do Ministério da Saúde. No período do trabalho de campo desse estudo, nos foi relatado pelos profissionais do CR que havia um total de 357 pessoas cadastradas.

Consideramos que o quantitativo de pessoas estipulado pelo Ministério da Saúde para o CR, que é de no máximo mil usuários, contribui significativamente com a construção de vínculo, com a possibilidade de respostas às necessidades de saúde da PSR. No caso das eqSF, o elevado número de pessoas cadastradas vem sendo apontado

por alguns autores como um desafio para a qualificação da ESF, sendo considerado o modelo de atenção ideal para pequenos municípios, e não para os grandes centros urbanos. (CONILL, 2008).

Em terceiro lugar vem o recorte territorial, isto é, o espaço geográfico e seus limites para a atuação do SF que também é bem diferente, se comparada ao trabalho do CR, uma vez que a PSR apresenta forte mobilidade, em relação a população cadastrada de Manguinhos. Sendo assim, não é possível delimitar o espaço de atuação por área ou microárea, como é feito pelas eqSF. A equipe do CR é responsável pelo acompanhamento de todas as pessoas que se encontram em situação de rua no território do TEIAS Manguinhos, e muitas vezes ultrapassa o espaço geográfico do TEIAS para o acompanhamento de seus usuários.

As adequações particulares, ou melhor dizendo, os novos arranjos institucionais criados no processo de trabalho do CR ocorrem por conta das singularidades do “modo de andar a vida” (CARNEIRO JUNIOR, JESUS E CREVELIM, 2010) das pessoas em situação de rua, requerendo constantemente novos arranjos e metodologias de organização do cuidado. Conforme assinala Reis Junior (2011), a ausência de residência formal e o comportamento migratório inerente à população em situação de rua constituem especificidades nem sempre contempladas no trabalho das EqSF (p.9), restringindo, dessa forma, o acesso às populações que se organizam sem residência fixa como, por exemplo, os ciganos.

Além das particularidades descritas acima, observamos outros aspectos que diferenciam a equipe do CR das demais equipes da CFVV. Conforme a fala do “profissional 9” da CFVV, o trabalho do Saúde da Família é *“muito “quadrado”, todo mundo fala para não fazer dia do hipertenso, dia do preventivo, mas todo mundo acaba fazendo*. Ele considera que a prática realizada pelas EqSF é muito restrita, considerando que o profissional do CR trabalha com uma lógica completamente diferente, o *“paciente chega, e logo é acolhido, sempre com a preocupação de que ele não vá embora*.

O relato do profissional acima está relacionado às diferenças que observamos no acolhimento na unidade de saúde, no que se refere à PSR. O acolhimento é compreendido nesse trabalho como um dispositivo que evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade do modelo de atenção adotado, ao qual os usuários estão submetidos (FRANCO, BUENO E MEHRY, 1999).

Acompanhamos durante o trabalho de campo a sala de espera da unidade ou, como muito profissionais a denominavam, espaço do acolhimento. Estivemos presentes em diversos horários, e em ambos os turnos de funcionamento do serviço. O turno da

manhã era o de maior volume de recepção da população. A maioria esperava o atendimento sentada, e alguns de pé, todos aguardavam serem chamados, nos guichês da unidade, pelos Agentes Comunitários de Saúde. Cada usuário que chegava pegava uma senha, e esperava ser chamado. Assim que era chamado, informava o seu local de moradia, e minimamente o que precisava, seja em consulta que já estava marcada, consulta por demanda espontânea, ou outra demanda. Depois de conversar com o ACS no guichê, esperavam mais um pouco para serem atendidos pela equipe de enfermagem ou médica.

Os profissionais da unidade relatavam que por mais que houvesse muitas consultas marcadas, a maioria das demandas se apresentava de forma inesperada, o que eles chamam de demanda espontânea. Consideramos que o excesso desse tipo de demanda favorece um tipo de trabalho ambulatorial, sem que os profissionais conheçam e acompanhem a maioria dos usuários ao longo de seus itinerários terapêuticos, dificultando a integralidade do cuidado.

Destacamos, que em nenhum momento presenciamos fila do lado de fora da clínica, e nem dos corredores da Unidade. No momento da pesquisa, estávamos revendo o fluxo do acolhimento, tendo em vista o grande número de demandas espontâneas relatado pelos profissionais. O tema do acolhimento esteve muito presente nas reuniões das equipes e nos encontros de educação permanente da CFVV.

No caso da PSR, essa população adentra a CFVV com os profissionais, ou por conta própria, e são direcionadas/se direcionam para a sala do Consultório “10”. Em frente à porta desse consultório estão bancos (longarinas) para recepcionar/acolher as pessoas em situação de rua que procuram o serviço, ou são levadas a ele pela equipe que diariamente vai ao encontro dos usuários, nas diversas cenas de uso de drogas. Ali é o espaço onde são realizadas as consultas dos diversos profissionais do CR. Esse é o principal espaço físico utilizado pelos usuários e pela equipe do CR. Diariamente estão os profissionais da área de enfermagem e os Agentes Comunitários que são denominados de Agentes sociais. Ao total são três Agentes Sociais (AG) que desenvolvem a mesma função de um ACS.

A clínica também é o espaço para realização do cadastro dessa população. No início o processo era feito na rua, mas, após alguns meses de trabalho, os próprios usuários foram se colocando contrários a relatar particularidades de sua vida, nas cenas de uso da droga.

Os profissionais do CR relataram que um dos aspectos que favoreceram a entrada dos usuários no espaço físico do serviço de saúde foi a disseminação de informações

sobre o serviço entre os próprios usuários. Muitas vezes as PSR levavam seus colegas ao serviço, quando precisavam de cuidado. A entrada desses usuários no espaço físico do serviço de saúde demonstrou para os demais profissionais da CFVV, principalmente aqueles que acreditavam ser impossível cuidar dessa população, que o fato dessas pessoas morarem nas ruas e utilizarem drogas não as impedia de procurar cuidado, e de serem cuidadas.

Como os usuários chegavam ao serviço, e por que o buscavam? Abaixo buscamos responder essa pergunta, através da descrição de um atendimento realizado em um adolescente no espaço da CFVV. Ele chegou à unidade na companhia do enfermeiro que o encaminhou para o consultório 10, para ser atendido pela médica. Enquanto a médica tentava conversar com o usuário que reclamava de fome, o enfermeiro foi buscar algo para satisfazer a demanda imediata de alimentação. O adolescente só iniciou o diálogo com a médica, após receber biscoito e suco. A médica em conjunto com enfermeiro e a psicóloga o abordou, perguntando o que ele estava sentindo, com quem ele ficava na rua, de onde era, e como foi parar em Manguinhos. Ele relatou dor, tosse, e febre. Nesse momento me ausentei da sala, e observei que, minutos depois, o enfermeiro acompanhou o adolescente até a UPA, e em seguida eles retornaram.

Esse breve relato acima, apresentou aspectos importantes da prática de cuidado: o trabalho em equipe, o tempo mínimo de espera para o atendimento, as respostas às demandas apresentadas no mesmo dia do atendimento, exames, procedimentos, e medicação. Tudo realizado no mesmo dia, não foi preciso agendamento para exame e consulta. Segundo relato dos profissionais em geral, essa é a rotina de atendimento. O que falta é o suporte da rede de saúde a situações que demandam internação e rede de proteção social, como abrigos especializados para PSR que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tudo que está no âmbito da Atenção Primária a equipe do CR consegue ofertar/realizar.

Além disso, os profissionais relatam que cada usuário que chega ao serviço estimula a equipe a repensar suas estratégias, técnicas, e procedimentos, com vistas de adequação à realidade de vida dos usuários. Também há uma preocupação em utilizar uma linguagem que deixem claros as ações e procedimentos desenvolvidos na prática de cuidado dos profissionais.

Cabe assinalar, que às diferenças no âmbito da recepção/acolhimento da PSR, é vista como “... *uma certa segregação...*”, se comparado ao dos outros usuários, para um dos profissionais da CFVV. A fala do profissional de uma das eqSF da CFVV revela “...

a dúvida se a escolha de separar o espaço do acolhimento seria o melhor caminho. O usuário chega, e vai direto para as cadeiras em frente ao consultório “10”, ou é recepcionado pelo guarda, e diga de passagem que a abordagem dos guardas é especial, que direciona o usuário para a porta da equipe, ou vai até a equipe e apresenta o usuário. Isso não ocorre com os outros usuários. (PROFISSIONAL 8).

Do ponto de vista de mudança na lógica da produção do cuidado, percebemos nitidamente que o cuidado ofertado pela equipe não é centrado na figura médica. Ao contrário, toda orientação do trabalho dos profissionais é centrada nas demandas e necessidades dos usuários, o que Franco, Bueno, e Mehry (1999) denominam como um modelo de atenção “usuário-centrada”, até porque, diferentemente de outros usuários da unidade, a lógica prescritiva de condutas e medicamentos vai contra o estilo e modo de vida das pessoas em situação de rua. Se o profissional, em sua prática, atuar com posturas preconceituosas, buscando definir condutas que não condizem com a realidade de vida dessas pessoas, dificilmente o plano de cuidado proposto será realizado, e muito menos a possibilidade de construção de vínculo vai ser efetivada.

O cuidado com o usuário do CR não se restringe apenas a essa equipe, observamos o envolvimento dos profissionais da CFVV, principalmente dos profissionais médicos que vêm demonstrando disponibilidade para o atendimento a essa população. O preconceito e o estigma diminuem a cada dia, cuidar dessa população deixa de ser exclusividade do CR e começa a trilhar o caminho da responsabilização de todos os profissionais da CFVV. Muitos são os avanços com a criação de uma equipe específica, mas não se pode afirmar que a ampliação do acesso está garantida, são necessários estudos mais aprofundados que possam avaliar essa categoria em suas dimensões.

Consideramos que as práticas de cuidado desenvolvidas pelo CR têm como eixo essencial a criação de vínculo, como atitude fundamental na realização do cuidar, isto é, abrir mais espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção; mais continência e continuidade no serviço às diferentes demandas de indivíduos (AYRES, 2009), promovendo um efetivo envolvimento de profissionais e usuários, na perspectiva de resolução das demandas apresentadas, de acordo com o tempo e necessidade da população.

O início do vínculo da equipe do CR de Manguinhos com as pessoas em situação de rua naquela região foi marcado pelo constrangimento, medo, e desejo de cuidado. O constrangimento, segundo relato da equipe, se deu pelo fato dos usuários acharem que seriam rejeitados cuidados no espaço da clínica. O medo era derivado da

contradição das políticas da Prefeitura, já que por um lado o usuário era repreendido, recolhido e, por outro havia oferta de acolhimento e cuidado. Por fim, o desejo de ser cuidado foi aparecendo durante as primeiras visitas as cenas de uso.

Enfatizamos que a existência da equipe demonstra avanços na direção da garantia do acesso, tendo em vista que, um ano antes de criar uma equipe específica, essa população raramente entrava na CFVV, ficando restrito e esporádico o acesso à UPA de Manguinhos. Atualmente, com um ano de equipe de CR, vemos que essa população tem acesso ao serviço, dirigido por uma equipe responsável pelo cuidado. Esse resultado já nos dá pistas de que, até o momento, esse caminho tem dado certo. Não significa que se deve apostar eternamente nessa escolha, mas, com o tempo, deve-se ampliar gradativamente o atendimento à essa população excluída historicamente dos serviços de saúde.

Destacamos uma maior flexibilidade da equipe do CR em relação às normativas de organização e implementação, enquanto na EqSF é exigido o cumprimento de metas de produção de cadastro, procedimentos, e acompanhamento de programas. As equipes específicas para o atendimento a PSR ainda não estão aprisionadas a essas exigências, o que lhes possibilita construir um modelo alternativo de atenção, embora muitas vezes seja similar à proposta da ESF.

Para a equipe do CR de Manguinhos, alguns desafios permanecem presentes no acesso a essa população como o cotidiano de vida dessa população, as regras de alguns serviços de saúde da rede, o preconceito por parte de alguns profissionais da Clínica, a falta de CAPS AD no território e a falta de articulação de rede. Destacamos que o acúmulo de conhecimento das diretrizes da Saúde da Família que a equipe detém deu subsídios para que criassem novos arranjos no âmbito da atenção primária, voltados para necessidades de saúde da PSR.

5.2.2 – Desafios da APS nas práticas de cuidado do Consultório na Rua

A equipe do CR vem se tornando referência do cuidado à saúde para as PSR do território de Manguinhos, sendo responsável por coordenar a atenção à saúde desse segmento na rede de serviços de saúde. A função de coordenar o cuidado exige um tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/ registros ou ambos), assim como a articulação com outros serviços da rede de saúde, com vistas de integração dos mesmos para o cuidado ampliado do usuário. O profissional da atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário necessita. E assim vem

sendo a prática do profissional do CR, que busca estratégias diárias para acompanhar, de forma contínua, a PSR.

O reconhecimento da equipe como a referência para procura de cuidados por parte dos usuários tem conferido à ela, de fato, a condição de ordenadora das demandas dessa população para os demais serviços da rede, buscando resolver a maior parte das necessidades de seus usuários. Segundo relato dos profissionais, os usuários, independente da demanda apresentada, buscam atendimento direto com a equipe do CR na CFVV.

Muitas são as estratégias para garantir que a PSR tenha acesso às demais referências da rede de atenção à saúde, com cumprimento dos protocolos existentes. Todos os usuários, quando necessitam de acompanhamento com outras referências e especialidades, são cadastrados no Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Segundo relato dos profissionais, as principais especialidades requisitadas no SISREG foram: neurologia, oftalmologia, pneumologia, e cirurgia vascular.

A dificuldade de ter acesso a determinadas especialidades é a mesma para qualquer cidadão cadastrado. Só que no caso da população em situação de rua, a equipe considera necessária a criação de mecanismos que apontam o sistema de regulação à necessidade da prioridade no atendimento, principalmente pelo fato do tempo ser um fator determinante para conseguir vincular o paciente a consulta/procedimentos regulados.

Para garantir a utilização do procedimento/consulta agendada no SISREG, o CR criou algumas estratégias. Segundo relato do profissional 3, ela conversa com o paciente, explicando que no SISREG a consulta demora um pouco, fala da data marcada, e solicita que o *usuário procure dormir perto da Clínica, ou em um abrigo até a data da consulta para equipe encontrar*. Em geral, algum profissional da equipe vai à consulta com o paciente para saber quais são as orientações de tratamento e diagnóstico, para participar com usuário do cuidado.

Um dos critérios que vem dificultando o acesso aos serviços, e tratamento de agravos à saúde é a exigência de documentação. Um exemplo dessa restrição é a entrada no Centro de Saúde Escola Germano Sinval, que funciona dentro da FIOCRUZ. Essa barreira de acesso tem sido temporariamente transposta com o acompanhamento da equipe junto ao usuário. Para garantir que o usuário acesse o serviço, os usuários são levados no veículo do CR. Além disso, a pouca de articulação da equipe do TEIAS com a CAP 3.1 não tem contribuído com o acesso aos outros serviços da região.

A existência de um transporte exclusivo do CR facilita o deslocamento da tanto

equipe, bem como dos usuários que precisam realizar consulta e/ou procedimentos em outro serviço, além de internação e acolhimento institucional. Nesse último caso, sempre há um profissional para acompanhar o usuário para saber como vai ser recepcionado, e se apresentar como referência pelo cuidado do mesmo.

A atuação da equipe restrita ao território do TEIAS Manguinhos pode dificultar o acompanhamento dessa população, quando a mesma migra para outras localidades da CAP 3.1. Como não há outra equipe na região da área, bem como outra proposta ou serviço que atendam essa população, muitas das vezes perde-se o contato com o usuário. Mas se o usuário migra para região do Jacarezinho, região da CAP 3.2, há outra equipe de CR para dar continuidade de forma compartilhada com a equipe de Manguinhos do cuidado da saúde da PSR. Em alguns casos, há uma sobreposição no acompanhamento, pois o espaço geográfico das duas equipes é quase que o mesmo apenas uma avenida divide o espaço físico dos serviços.

É importante enfatizar que a divisão do espaço geográfico das áreas de planejamento pode dificultar a articulação de rede. Um dos exemplos é a inexistência de CAPS AD na área da CAP 3.1 enquanto na área da CAP 3.2 há esse tipo de serviço. Quando o usuário é acompanhado pelo CR do Jacarezinho ele consegue acesso, mas quando é atendido pelo CR de Manguinhos não há acesso a essa referência. Esse exemplo demonstra que essa população desafia os desenhos das políticas públicas na cidade, pois para esse perfil de população essas exigências de recorte geográfico restringem o acesso aos serviços públicos.

A fim de prover um cuidado integral, a equipe vem buscando cotidianamente mapear e conhecer a rede de proteção social, e suas diversas instituições governamentais e não governamentais direcionadas à PSR. Realizam-se visitas às instituições para conhecer o funcionamento e rotinas, e procuram relacionar os serviços mapeados ao perfil e às necessidades dos usuários. Essas ações contribuem para a construção de oferta de serviços mais qualificados pela equipe do CR.

Contudo, a ausência de serviços de atenção psicossocial e de assistência social no território de Manguinhos requer da equipe uma constante mobilização da rede de saúde, e de proteção social de outros territórios da cidade.

O cuidado longitudinal tem se apresentado como principal desafio da prática de cuidado para equipe do CR, tendo em vista a característica de mobilidade dessa população. A procura de um atendimento para seus problemas de saúde ainda é estimulada pela presença do CR nas ruas, pois segundo os profissionais da CFVV, essa população geralmente só procura espontaneamente o serviço quando há um

agravamento de um problema de saúde (ferida, dor intensa, febre). Somadas a essa característica estão as ações de recolhimento que têm prejudicado a continuidade do tratamento de saúde, como, por exemplo, o tratamento de no mínimo seis meses para a tuberculose, e outros agravos prevalentes nessa população.

Para a equipe, os que são acompanhados e permanecem em abrigo têm demonstrado maior adesão a tratamentos contínuos, o que de certa forma parece deflagrar um processo de acompanhamento longitudinal, sendo percebido pela pesquisadora o retorno de vários abrigados na Fundação Leão XIII aos atendimentos na CFVV. No entanto, também percebi que, dependendo do problema de saúde, o usuário retorna com maior frequência, como nos casos tuberculose e aplicação de curativos, devido a lesões.

Além disso, a busca constante do cuidado longitudinal esteve presente nas práticas, e foi observada nas cenas de cuidado na rua e na clínica, com um aporte regular de cuidado. Há uma clara preocupação com o vínculo, com a responsabilização do cuidado por ambos (usuários e profissionais), e com a organização do processo de trabalho, com vistas de utilização de tecnologias leves.

A principal estratégia para alcançar o acompanhamento longitudinal tem sido o fortalecimento de vínculos entre profissional de saúde e usuário. Uma resposta positiva da constituição do vínculo entre esses sujeitos tem sido a segurança dos usuários em relação a prestar informações verídicas de sua história de vida, já que no início da abordagem nas cenas de uso os usuários não diziam o nome verdadeiro. Recentemente, com os encontros constantes entre o CR e os usuários se estabeleceu uma relação de confiança. O relato do profissional 2 ilustra essa relação, quando assinala que *muitos usuários dizem que as informações fornecidas como nome e procedência eram falsas, e passam a dizer as verdadeiras informações*.

Para o representante do Fórum Permanente de População em situação de rua, o que facilitou o vínculo dos profissionais de Manguinhos com a população em situação de rua foi:

“... a predisposição que existe por parte desses profissionais em poder lidar com essas pessoas, é de uma forma literalmente diferenciada. (...) as ações de saúde não devem se restringir a um diagnóstico sob o ponto de vista clínico, mas ultrapassar essa fronteira ..., em que alguns casos a pessoa é obrigada a ser medicada, e possa abrir um leque de possibilidades. (...) cuidar de uma ferida sob o ponto de vista da carne não é suficiente, mas

sobretudo deve-se ir além disso, estabelecendo uma outra relação que vislumbre outras possibilidades”.

A fala do representante do movimento social demonstra que para os profissionais estabelecerem vínculo com essa população não é necessário uma técnica especializada, mas sim a construção de relação com o usuário que ultrapasse os métodos diagnósticos e que valorizem o que Mehry (2002) denomina como tecnologias leves, que são as tecnologias desenvolvidas nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas dos profissionais.

Um dos tópicos que aparece com frequência nas entrevistas realizadas com os profissionais é a urgência da resposta frente à demanda apresentada pelo usuário, quando ele vai até a unidade. Essa urgência se dá pela situação de agravamento de um problema de saúde, ou pela dificuldade que muitos usuários têm de retornar ao serviço de saúde. Atender imediatamente e resolver tudo (exame, consulta, vacina) tem sido crucial, sempre com a preocupação de não propor uma estratégia de cuidado que demande a presença contínua do usuário no serviço. Os profissionais relataram que para *muitos usuários só é possível desenvolver uma ação de cuidado diretamente nas ruas, outros só apareceram uma vez na unidade, e com outros é possível realizar acompanhamento na unidade e na rua.*

A presença da equipe do CR na CFVV contribuiu para ampliação da acessibilidade e aceitação do usuário ao serviço, bem como proporcionou uma mudança no olhar dos profissionais de saúde do serviço, em relação à representação social que atribuíam a PSR. Assim, os discriminados evoluíram de “bicho papão” para cidadãos, que têm direito a ter acesso aos cuidados de saúde, como os demais usuários da unidade.

5.2.3 - A organização do trabalho da equipe do CR: construção de um projeto interdisciplinar

A equipe do CR de Manguinhos é composta por nove profissionais de saúde, sendo as categorias pertencentes a essa equipe: médico, enfermeiro, assistente social, psicóloga, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e Agente Social. Com esse perfil de equipe, pode-se considerar que a mesma se configura como modalidade III da proposta da Atenção básica de equipes de consultório na rua.

Com relação à organização do horário de funcionamento do CR, observa-se que os membros da equipe possuem carga horária de trabalho diferenciada. Apenas os profissionais da área de enfermagem e os AG trabalham 40 horas semanais, os outros profissionais trabalham 20 horas semanais. Essa diferenciação de carga horária tem

demandado dos outros profissionais da CFVV o compartilhamento de carga horária para atendimento da PSR. De certa forma, esse aspecto pode contribuir para uma maior integração do CR com as outras equipes, dando destaque aos profissionais médicos que apresentam maior disponibilidade e empatia para o atendimento dessa população.

A organização do trabalho da equipe do CR, se apresenta de forma integrada, com articulação das ações, e interação constante dos profissionais. A equipe procura evitar a fragmentação nos atendimentos, buscando, sempre que possível, a realização em conjunto, além da construção do planejamento coletivo e da avaliação constante de suas práticas nos espaços da reunião de equipe.

Durante as observações realizadas nas reuniões de equipe, foi possível perceber que os saberes são compartilhados em diversos momentos: rua, consultório, e reuniões. As ações na rua e na Clínica são, em sua maioria, realizadas de forma compartilhada entre os profissionais da equipe. Conforme relato, pelo, *são consultas integradas entre mais de um profissional, e aí se o outro profissional já tem alguma experiência, facilita o atendimento, seja por perguntas chaves, ou na ampliação das abordagens da investigação* (PROFISSIONAL 7).

Há uma ênfase no desenvolvimento de práticas coletivas e troca constante de saberes por parte da equipe do CR, o que para Passos e Barros (2000) pode ser definido por **interseção**, em que a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, o que pode ser definido por interdisciplinaridade, ou seja, a criação de interseção entre os saberes e técnicas dos diversos profissionais. A integração dos saberes contribui para a construção de um projeto de cuidado para a PSR que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde.

Outro destaque relacionado à produção do cuidado se refere ao modelo de atenção adotado. A equipe do CR tem demonstrado a adoção de um modelo que privilegia um olhar integral sobre as necessidades dos usuários, buscando a construção de respostas coletivas construídas pelos os atores envolvidos. O que poderíamos denominar de uma lógica “usuário-centrada” (MERHY, 2004), na qual se busca construir projetos terapêuticos, ou seja, planos de cuidado que estimulem a autonomia do usuário, tendo em vista a complexidade de seu modo de vida. Segundo a equipe, houve casos em que o usuário desistiu do abrigamento/internação, e voltou de carro com a equipe ao território, para juntos construírem uma alternativa que se adequasse ao desejo e necessidade do usuário. Isso é a prova do esforço da construção de projetos terapêuticos pactuados com os usuários.

Diferentemente de outras equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro, a equipe do CR de Mangueiras não tem um gerente ou outro profissional que seja responsável pela gestão do trabalho. Percebemos, durante as reuniões de equipe, que ocorre um processo de autogestão dos profissionais, de acordo com os temas que vão surgindo. Diversos autores têm defendido propostas de gestão participativa como estratégia de organização das instituições. Campos, por exemplo, (1994) considera que esses modelos de gestão diminuem a distância entre o planejamento e execução ao “(...) atribuir a cada grupo a livre organização do seu processo de trabalho” (p.32). O que presenciamos foi um processo de gestão compartilhada, com práticas baseadas no respeito e cooperação, por meio de espaços de encontro que são as reuniões de equipe. Além disso, percebe-se o desenvolvimento de *autonomia dos sujeitos* (MEHRY, 2007) na organização do seu processo de trabalho, o que amplia a governabilidade dos profissionais na construção de um projeto de cuidado coletivo e solidário entre eles.

A reunião de equipe representou uma das estratégias para a construção de uma proposta de cuidado coletiva, com periodicidade semanal de encontros entre os membros da equipe. Todas as segundas-feiras na parte da tarde, eles se encontravam para troca e debate de temas que norteiam o planejamento de suas ações, tendo por referência as necessidades apresentadas pelos usuários. Durante o processo de observação participante, acompanhamos alguns desses encontros que suscitavam debates em torno do acompanhamento de projetos terapêuticos singulares.

Com base nas entrevistas, foi observado que a maioria dos profissionais que atuam no CR da CFVV não tinha experiência de atendimento a população em situação de rua, o que já era esperado, já que no Rio só tinha a experiência da equipe do PSF de Rua no centro da cidade. A maioria dos profissionais selecionados para atuar no CR já trabalhava nas equipes da CFVV, exceto dois profissionais com experiência em redução de danos, que foram selecionados para suprir conhecimentos que os outros profissionais não tinham. Isso demonstra que a escolha dos profissionais buscou formar uma equipe qualificada para propor ações que levem em conta as características da população, e do seu território cultural (CAMPOS, 2007).

O perfil de atuação dos profissionais do CR é heterogêneo, com acúmulo de experiências diversas: atendimento a população de rua, a usuários de álcool e drogas, a população em geral, e atuação nos diversos níveis de atenção do Sistema de Saúde. Também cabe destacar, que sendo a CFVV um Centro de Saúde Escola ligado a ENSP/FIOCRUZ, as possibilidades de qualificação dos profissionais que atuam nessa

unidade é maior que nas outras unidades da rede da SMS.

A chegada de profissionais com experiência em redução de danos (RD) com usuários de drogas contribuiu significativamente com as práticas de cuidado, principalmente aquelas desenvolvidas no âmbito das cenas de uso de drogas. Para a equipe, as experiências em RD trazidas pelos profissionais *expandiu os espaços de atuação, ampliando o mapeamento das cenas de uso*.

Além desse aspecto, os profissionais também destacaram que a existência de profissionais qualificados para a articulação com a rede social de apoio fortaleceu o *mapeamento de rede de serviços sócio-assistencial, associada com as singularidades dos usuários*.

A equipe tem valorizado o campo de cuidado desenvolvendo ações compartilhadas buscando a conformação de um trabalho interdisciplinar. Essa conformação se fortalece com a utilização de tecnologias leves, onde há um campo de cuidado comum as profissões com a construção de ambientes de trabalho facilitadores de um cuidado menos medicalizante (TESSER, 2011), prescritivo e ditador de normas e regras. O direcionamento do trabalho para o caminho interdisciplinar não inviabiliza as práticas de saúde dos núcleos específicos. Por exemplo, os procedimentos como aplicação de curativo ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem, as ações de psicoterapia ficam com a psicóloga, o cadastro com o Agente Social (AG), e drenagem abscesso com o profissional médico. Observamos cenas de cuidado que os profissionais de nível superior atendiam no consultório, o técnico de enfermagem realizava procedimentos na sala de curativo, o AG acompanhava usuários para realização de raio-X, ou outro procedimento na UPA, e o cirurgião dentista em seu consultório.

Embora, todos os profissionais frequentem as cenas de uso de drogas, percebemos que o AG tem uma função mais definida nesse espaço, seja para buscar aproximação diária com os usuários para manutenção do vínculo, para entrega de medicação (por exemplo, no caso do tratamento da tuberculose), ou para incentivar os usuários a comparecerem às consultas agendadas na CFVV. Com relação à função desse profissional no espaço da unidade de saúde, percebemos pouco protagonismo dos AG, diferentemente dos ACS da CFVV que têm um papel fundamental na recepção dos usuários e digitação dos cadastros. Porém, de qualquer forma, nas observações das cenas de cuidado na rua pudemos perceber a ligação desses profissionais com os usuários, demonstrando conhecimento sobre a situação de saúde da maioria dos usuários que eram abordados.

Observa-se uma liderança do profissional de enfermagem no acompanhamento do trabalho dos AG, provavelmente pelo fato desses profissionais já se conhecerem desde a implantação da CFVV. Segundo o profissional 3, *a ligação entre a equipe de enfermagem e os AG existe, pois os profissionais já tinham essa prática, antes mesmo da implantação do CR*. A equipe de enfermagem tem sido uma grande referência, suprimindo diariamente a falta dos outros profissionais do CR, além de serem os profissionais com 40 horas semanais.

O técnico de enfermagem do CR, conforme observado, tem sido estratégico no trabalho dentro da clínica, por estar presente todos os dias, e participar de forma mais rotineira das atividades. Esse profissional procura desenvolver uma abordagem muito próxima através de conversas, sorrisos, elogios, sempre demonstrando um gesto de carinho com os usuários. Ele conhece os usuários, e isso parece facilitar muito o retorno dos mesmos. Em geral, atua diferente dos outros técnicos de enfermagem da CFVV, assume muitas vezes o acompanhamento dos casos, e não se restringe apenas a procedimentos (solicitação de exames, curativos, e vacina).

O trabalho desenvolvido pelo Assistente Social se destaca na organização das ações singulares para cada usuário. Quando está na rua, nas cenas de uso, promove ações de redução de danos para o conjunto de pessoas que se aglomeram nesse espaço, e quando desenvolve o trabalho com as famílias, vai a caso a caso, *sempre respeitando o desejo do usuário*, segundo informações da profissional.

O profissional médico tem uma carga horária de 20 horas, mas sua atuação não se dá exclusivamente dentro da Clínica. Mesmo com uma frequência menor em relação aos demais profissionais, esse profissional busca ampliar sua atuação no espaço da rua. Segundo o profissional 5, a necessidade da presença do profissional médico na cena de uso de drogas vem aumentando, *porque muitos usuários que são convidados a irem à clínica que demandam cuidados por esse profissional, por diversos motivos acabam não comparecendo ao serviço, como por exemplo nas situações onde é necessário prescrever antibióticos, por conta de lesões*.

Para o profissional 3, o perfil do profissional médico no CR tem que ser flexível e integrador, pois é *necessário fazer um pouco de tudo, como pulsionar veia, curativo, e outros procedimentos*. Durante nossas observações nas cenas de cuidado, presenciamos a atuação desse profissional, sempre pautada na busca de vínculo que se deu pelas conversas, sorrisos, cobranças quando usuário falta à consulta, nas orientações sobre os tratamentos, com um olhar ampliado das condições de vida de seus usuários.

O dentista nos surpreendeu muito, pela demonstração de afeto e realização pessoal no trabalho que desenvolve com essa população. Em vários momentos, seja na entrevista, na reunião de equipe, nas conversas que tivemos no corredor, demonstrou emoção e alegria ao falar do trabalho. As fotos que tirava antes e depois dos tratamentos demonstravam o resultado do seu trabalho expresso no rosto dos usuários que passavam a sorrir com alegria, após a inserção das próteses dentárias. A ação desse profissional é geralmente na clínica, ou “cadeira” como ele chama, tendo em vista que o dentista dá suporte para outras equipes da unidade. O consultório que ele utiliza não é o mesmo é utilizado pelos usuários das outras equipes. Além disso, ele busca a singularizar a abordagem terapêutica por meio da flexibilidade e dinamismo nas técnicas utilizadas (AYRES, 2004), que propiciam resultados que, para o profissional, *aumenta a autoestima dos usuários*.

Embora, a equipe tenha conquistado uma forte integração e aceitação por parte das outras eqSF da CFVV, fora desse âmbito institucional continua o desafio do reconhecimento dessa experiência pela Secretaria Municipal de Saúde, enquanto equipe de CR. A inexistência de uma proposta de âmbito municipal para o atendimento a PSR pode gerar equívocos de entendimento do trabalho realizado em Manguinhos. Além disso, a ausência de integração com outros serviços de atenção primária da CAP 3.1 podem dificultar o acesso do usuário à rede de saúde da área de planejamento. Destacamos como exemplo, a entrevista publicada pelo jornal Extra, no dia 09 de setembro de 2012, na qual o trabalho da equipe é apresentado como se fosse boa vontade da equipe da CFVV, sendo descrito como: *“Enfermeiros e médicos que trabalham na Clínica da Família Victor Valla decidiram levar o consultório para a rua, para ajudar no atendimento a viciados em crack em Manguinhos, uma das áreas mais violentas da Zona Norte, que ainda não foi pacificada no Rio de Janeiro”*.⁸ Dessa forma, subentende-se que o CR é uma proposta definida por um corpo de profissionais sem relação com a política municipal e nacional de saúde. Outro desafio que permanece é a integração com outras equipes específicas para o atendimento da PSR na cidade. Mas esse desafio vem sendo superado pelas próprias equipes na discussão e compartilhamento dos casos acompanhados.

⁸Nota: Entrevistas com os profissionais do CR de Manguinhos, Disponível:

<http://extra.globo.com/noticias/rio/crack-em-manguinhos-profissionais-de-saude-montam-consultorio-na-rua-para-ajudar-dependentes-quimicos-6036262.html>, Acessado: 16 de dezembro de 2012.

A organização de trabalho da equipe do CR tem demonstrado uma prática interdisciplinar, com processos constantes de troca de saberes e técnicas entre os profissionais da equipe. O espaço da reunião de equipe se apresenta como um espaço de educação permanente, sendo um *recurso estratégico para transformação das práticas e da própria organização do processo de trabalho* (p. 65, CUNHA, 2010). Esses profissionais buscam desenvolver práticas de cuidado em um contexto complexo, tendo por base o respeito, cooperação, e troca de saberes, com vistas de construção de um projeto coletivo de cuidado para a PSR do território de Manguinhos.

5.3 – Caracterização da população em situação de rua acompanhada pelo CR de Manguinhos

Para caracterização dessa população é importante frisar que ela está presente nas diversas regiões da cidade do Rio de Janeiro, com características e perfis diferenciados, de acordo com o território de moradia. Um dos aspectos em comum entre as pessoas que vivem em situação de rua é o binômio fixação x mobilidade, que sofre alterações com a intensificação das ações de “recolhimento” que visam a retirada dessas pessoas das ruas, reforçando a marca do descarte social de uma população que é tratada como excedente (VARANDA E ADORNO, 2004).

A população geralmente considera que houve um aumento no número de pessoas nas ruas, mas na verdade o que se vê são “andarilhos”- pessoas que, pela dificuldade de fixação no território, se veem impelidas a buscar novos espaços de sobrevivência. Logo, é necessário renovar cotidianamente sua rede de sobrevivência e laços afetivos que vão se desconstruindo e se reconstruindo cotidianamente.

Para compreender parte dessa população que se fixou no território de Manguinhos, partimos de observações, relatos e dados obtidos no trabalho de campo. Buscamos obter informações referentes à população em situação de rua que pudessem traçar um breve perfil dos que estão sendo acompanhados pelo CR.

Sabemos que aproximação da equipe com os usuários no espaço da rua é uma estratégia fundamental para a criação de vínculo com essa população, e que as ações no espaço físico da unidade demonstram continuidade a esse processo do cuidado. Segundo o relato do “profissional 3”, durante entrevista, foi assinalado que nem é possível acompanhar os usuários que permanecem no espaço da rua, tendo em vista a dinâmica de mobilidade dessa população.

A organização dos dados na unidade ainda está em processo de organização, sendo identificadas, durante o trabalho de campo, a utilização de prontuário eletrônico, e a criação de uma ficha de cadastro (FICHA E) para complementar as informações específicas da população em situação de rua. As informações da ficha de cadastro foram digitadas pela equipe, e inseridas em um banco de dados, pois não havia como inserir a informação referente a esse instrumento no prontuário eletrônico da unidade.

De outubro de 2011, até outubro de 2012 a equipe tinha aproximadamente 397 usuários registrados no prontuário eletrônico, 270 fichas de cadastro preenchidas, e 177 fichas de cadastro digitadas e inseridas em um banco de dados, criado para traçar o perfil dos usuários, sendo disponibilizado para essa pesquisa .

A ausência de campo de informação referente à população em situação de rua no Sistema de Informação da Atenção Básica, no prontuário eletrônico da SMS, e nas fichas específicas do SF contribuem para escassez de informações sobre essa população.

Buscamos organizar os dados com base nos estudos e pesquisas referentes à população em situação de rua que, em geral, apresenta as seguintes informações: faixa etária, sexo, cor, ocupação, escolaridade, e vínculo familiar. Por ser um estudo na área da saúde, também daremos destaque às informações de saúde dessa população.

Além da ausência de instrumentos e sistemas de informações que contemplem os aspectos sobre essa população, existe dificuldade na obtenção de informações sobre identidade dos usuários como o nome, informações de familiares, entre outros aspectos que abrangem sua história de vida. A continuação do cuidado e os vínculos estabelecidos entre os sujeitos propiciam a ampliação de informações fidedignas sobre essa população.

Cabe destacar, por fim, que o perfil dos usuários cadastrados que estamos apresentando é o de usuários acompanhados pela equipe, e representa um grupo que já estabeleceu vínculo de confiança com ela. Portanto, a possibilidade das informações serão mais fidedignas são maiores para um retrato do perfil dos usuários.

5.3.1 – A população em situação de rua de Manguinhos - mobilidade e fixação

As pessoas em situação de rua que estão em Manguinhos apresentam peculiaridades, configurando-se muitas vezes como usuáries de drogas. Encontramos diversas denominações para a PSR na literatura, encontradas em estudos como o de Varanda e Adorno (2004) nas seguintes categorias: mendigos, trabalhadores/catadores, loucos de rua, entre outros nomes. No caso do território de Manguinhos, essa população é denominada de “cracudos/craqueiros”- pessoas que passam os dias nas ruas consumindo o crack como sua principal droga de uso.

A população em situação de rua na região de Manguinhos não é considerada como aquela que vive como o típico mendigo. Conforme assinala Escorel (1999), existe uma diferenciação entre ser ou não ser mendigo, inclusive entre os moradores de rua. Para a autora, o mendigo é “aquele que sobrevive pedindo esmola, o que não toma banho, não escova os dentes” (ESCOREL, 1999, p. 163). Essa denominação demonstra um grau de dependência com a vida nas ruas, na situação em que a capacidade laborativa, os vínculos familiares, higiene pessoal, e cuidados à saúde deixam de ser

centrais na vida desses indivíduos.

Na região de estudo, o uso da rua, ou melhor, do território pela PSR pode ser visível nos locais de concentrações de moradores de rua consumindo drogas, o que é caracterizado pela equipe como cenas de uso. A mobilidade desse grupo se dá em torno dos locais para o consumo de drogas, com destaque para a região de Manguinhos, e a Favela do Jacarezinho.

Com relação ao conceito território para a população de rua, Santos (2009) define:

A rua é um território no meio da cidade; é o espaço reservado pela cidade para o fluxo de carros e pedestres, de modo que a ocupação desse território como local de residência gera conflitos e negociações entre a população de rua e a população sedentária. Desse modo há um intenso processo de adaptação dos moradores de rua às condições da cidade e da cidade aos moradores de rua, propiciando o surgimento de equipamentos para atendê-los, a fim de evitar que façam nas ruas aquilo que deveriam fazer em casas (p.16).

Para o mapeamento e definição dos locais de atuação da equipe no território foi realizado um levantamento dos locais de agrupamento dessa população, as áreas de concentração da PSR, que a equipe do CR denomina de “cenas de uso de drogas”. Segundo relato da equipe, no período de um ano foram mapeadas pela equipe 16 cenas de uso de drogas em Manguinhos, dentro de uma média de 1.000 pessoas que estavam em situação de rua nessas cenas.

Com esse levantamento, a equipe delimitou o território de atuação de acordo com os locais de concentração dos usuários, diferentemente das equipes de saúde da família que apresentam um território geográfico fixo por domicílio para atuação de suas equipes. As áreas de concentração (cenas de uso de drogas) da PSR eram o território de atuação do CR, muitas delas eram inclusive fixas em algumas áreas como o CHP2, e a linha do trem de Manguinhos. Todos os profissionais circulam pelas cenas de uso de drogas, não havendo separação de membros da equipe por essas cenas. Tendo em vista a mobilidade dessa população, o arranjo estabelecido permite uma maior possibilidade de encontro entre os profissionais e os usuários, independente do local de fixação.

Cabe destacar que nas principais áreas de concentração da PSR na cidade, centro, e zona sul, a fixação é influenciada por redes de apoio, possibilidade de renda, instituições religiosas, e diversas instituições que oferecem serviços e benefícios para essa população. Também nessas regiões, segundo informações obtidas junto ao informante-chave do Fórum Estadual Permanente da população em situação de rua, a mobilidade dessa população está atrelada à busca dos meios de sobrevivência, definidos pela oferta de água, alimentos e/ou doações e rendimentos (ESCOREL, 2000). Além disso, a intervenção de diversos atores do poder público define a permanência ou não dessas pessoas nas ruas.

Os meios de sobrevivência podem ser caracterizados como espaços para higiene pessoal, alimentação, descanso/repouso, benefícios sociais, entre outras necessidades. É possível alcançar esses recursos através do trabalho informal, e apoio de ONG e/ou instituições religiosas.

A ação do poder público na cidade do Rio de Janeiro tem se caracterizado pela repressão e retirada das pessoas das ruas, o que propicia a quebra temporária dos vínculos com a rede de apoio, e os demais vínculos que foram construídos no território. Digo temporariamente, porque, conforme veiculado pela imprensa, as pessoas que são retiradas das ruas e levadas a abrigos retornam, depois de algumas horas, às ruas da cidade.

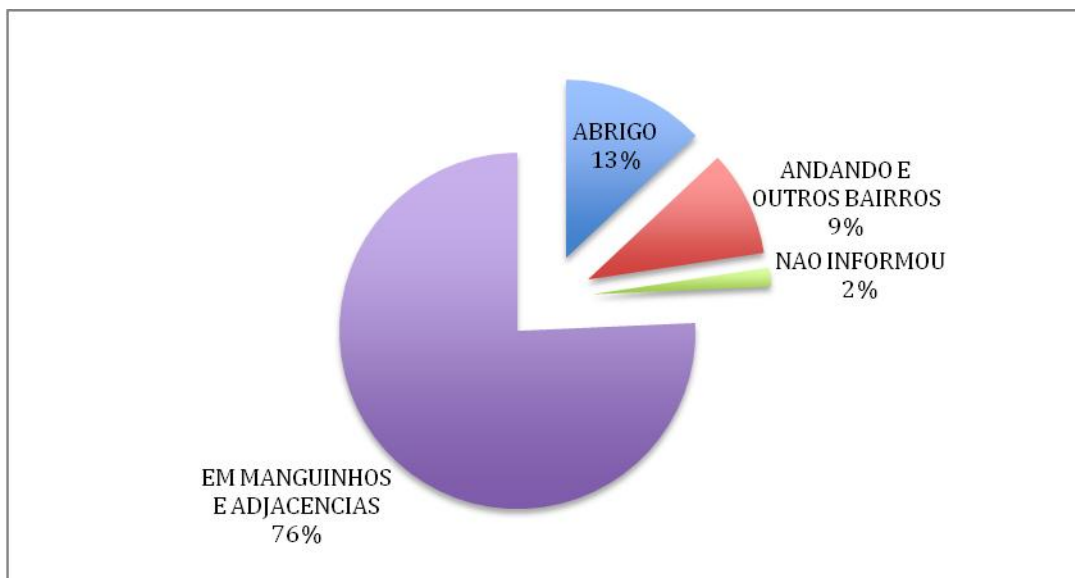
As ações de repressão por parte dos órgãos governamentais exigem das pessoas que vivem em situação de rua a construção de sua própria territorialidade, e de táticas de sobrevivência nas ruas, em virtude das contingências e disputas diárias por ocupação de espaço na cidade (ESCOREL, 2000).

No período de realização do trabalho de campo desse estudo, mais especificamente em setembro de 2012, a maioria das pessoas em situação de rua ainda conseguia permanecer no território, ocorrendo ações de recolhimento esporádicas por parte da Prefeitura. O principal ator que influenciava na organização da utilização do território era o tráfico. Com a autorização desse ator armado a população em situação de rua poderia permanecer nas cenas de uso.

Tendo por referência o banco de dados disponibilizado pela equipe do CR, analisando o aspecto da fixação no território, observamos que 76% dos usuários permanecem diariamente na região de Manguinhos e adjacências. Em relação aos demais usuários, 13% reside em abrigos, 9 % relata circulação pelas ruas dos diversos bairros da cidade, e apenas 2% não informou onde costuma ficar, conforme

demonstrado no gráfico abaixo. Essa informação demonstra que a maioria das pessoas acompanhadas pela equipe permanece o dia inteiro na rua, apenas 13% pernoita em abrigos.

Gráfico 1 – Local de permanência da PSR da região de Manguinhos.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Nesse trabalho identificamos em Manguinhos e adjacências, em conformidade com os dados disponibilizados, as seguintes localidades: CHP2, Coréia, Linha amarela, Brizolão do Jacaré, Jacarezinho, Varginha, Catedral da Del Castilho, Cobal, Parque Carlos Chagas, Campo de abobora, Mandela, linha do trem, debaixo do viaduto, em frente à UPA, Av. Dom Helder Câmara, e Bonsucesso. A maioria dos relatos dos usuários demonstra que permanecem durante o dia em Manguinhos, dando destaque para a área conhecida como CHP2. Cabe destacar, que segundo os relatos da equipe no período do trabalho de campo da pesquisa, essa era a maior cena de uso do território, chegando a concentrar em torno de 200 usuários em um único dia.

Com relação aos usuários que permaneciam em abrigos, o atendimento é realizado na unidade de saúde, e as ações de promoção de saúde e vigilância são realizadas coletivamente na Instituição, tais como, vacinação, ações na área de saúde bucal, entre outras.

Cabe apontar que, no período final de realização da pesquisa de campo, a situação da fixação dessa população no território de Manguinhos sofreu modificações. Com a entrada da força de pacificação na comunidade, o cenário ganhou nova configuração, sendo uma das primeiras ações de intervenção da segurança pública- representada pela força policial e equipe do “choque de ordem” da Prefeitura- a retirada

das pessoas em situação de rua do território de Manguinhos/Jacarezinho. Essa ação foi organizada pelo governo municipal em conjunto com o governo estadual, e está integrada às ações propostas pelo governo federal no projeto “crack é possível vencer!”.

Como consequência dessa ação, sem precisar numericamente, muitas pessoas em situação de rua migraram para outras áreas como, por exemplo, a favela Parque União, (região da Maré), avenida Brasil e Bonsucesso, situadas zona norte da cidade. Segundo informações obtidas com a equipe do CR, a migração se deu para uma área onde há a venda do crack, sendo criado em sua proximidade uma nova cena de uso de droga.

Nesse período de entrada da força de pacificação no território de Manguinhos, o trabalho de campo já estava quase completo, e faltava justamente acompanhar um pouco mais o trabalho diretamente na rua. Uma semana após o processo de pacificação, voltamos ao serviço de saúde, e foi possível verificar que uma parcela dos usuários estavam frequentando o serviço. E sem precisar numericamente, ainda era possível encontrar em algumas cenas de uso de Manguinhos pessoas em situação de rua. Devido à dissolução de várias cenas de uso de drogas, principalmente nas vias de grande circulação como a Avenida Dom Helder Câmara, permaneciam ainda locais de concentração dessa população, e a manutenção de cenas de uso como a área chamada CHP2.

5.3.2 – Vulnerabilidades e saúde - um retrato da população em situação de rua em Manguinhos

As manchetes de jornais no último ano, quase que semanalmente, apresentavam um retrato dos moradores de rua de Manguinhos, associando-os à figura de usuários de drogas. O trabalho de campo possibilitou a observação de diversas cenas, com pessoas de diversas faixas etárias e ambos os sexos que fizeram das ruas de Manguinhos a extensão de suas vidas. Eram cenas na linha do trem, nas vielas, nas avenidas principais, onde encontrávamos pessoas dormindo, trabalhando com venda e coleta de lixo, utilizando drogas, fazendo sua higiene, alimentação, e etc.

Para fins dessa pesquisa, iremos desmembrar os dados obtidos nas informações da ficha de cadastro em três subitens: características gerais, estratégias de sobrevivência e situação de saúde apresentada no cadastro. Para conhecer melhor essa população, elaboramos um breve perfil, com base nos dados disponibilizados da ficha de cadastrado buscando relacionar as observações do acompanhamento dos usuários pela equipe do CR na CFVV.

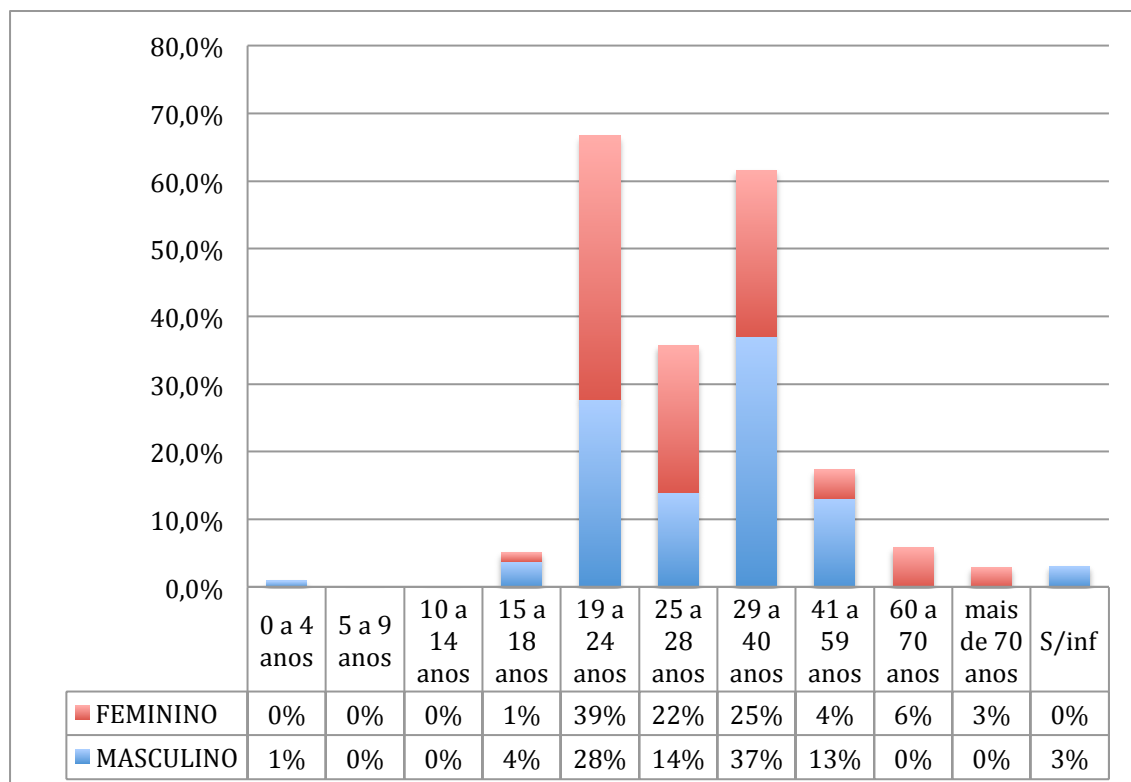
➤ **Características gerais da população em situação de rua cadastrada na CFVV:**

Iremos descrever algumas características, através de informações referentes à faixa etária, sexo, quesito raça/cor, escolaridade, documentação, profissão/ocupação, e tempo de permanência na rua, buscando relacionar a bibliografia levantada a estudos e pesquisas sobre essa população.

No que se refere à população em situação de rua em Manguinhos, essa se apresenta de forma heterogênea, nos aspectos relacionados à faixa etária e sexo. A maioria dos usuários cadastrados pela equipe é do sexo masculino, representando o universo de 61% dos usuários, restando 39% do sexo feminino, seguindo o mesmo perfil da pesquisa nacional (MDS, 2008).

Com relação à faixa etária, há concentração de usuários jovens, entre 19 e 24 anos, e de adultos na idade produtiva, entre 29 e 40 anos. A distribuição de sexo por faixa etária demonstra que a maioria do sexo feminino está na faixa etária entre 19 e 24 anos, e do sexo masculino a maioria é de adultos na faixa etária entre 29 e 40 anos, conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Distribuição dos usuários, segundo faixa etária e sexo, 2012.



Com relação a ausência de adolescentes cadastrados pela equipe demonstrada no gráfico 2, apresenta-se desafios no acompanhamento dessa faixa etária no espaço do serviço. Os adolescentes estão presentes, em número pequeno, nas ruas de Manguinhos, mas poucos procuravam atendimento na unidade, mesmo com demandas e necessidades de saúde, apresentadas a equipe durante as abordagens na rua. Muitos são os motivos que podem influenciar a não utilização do serviço por parte dos adolescentes. Destacamos o Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social da SMAS, nº 20, que estabelece a internação compulsória de rua crianças e adolescentes em situação por parte dessa secretaria. Diante dessa normativa, a SMAS intensifica as ações de recolhimento de adolescentes na rua da Cidade, gerando insegurança por parte dos adolescentes ao estabelecerem contato com representantes de órgãos governamentais, como a unidade de saúde em questão. Mas cabe assinalar, que em geral os adolescentes resistem em ser atendidos nos serviços de saúde, essa situação é citada na literatura bem como a dificuldade que as instituições de têm de acolherem os adolescentes que as procuram (CLARO ET AL., 2006).

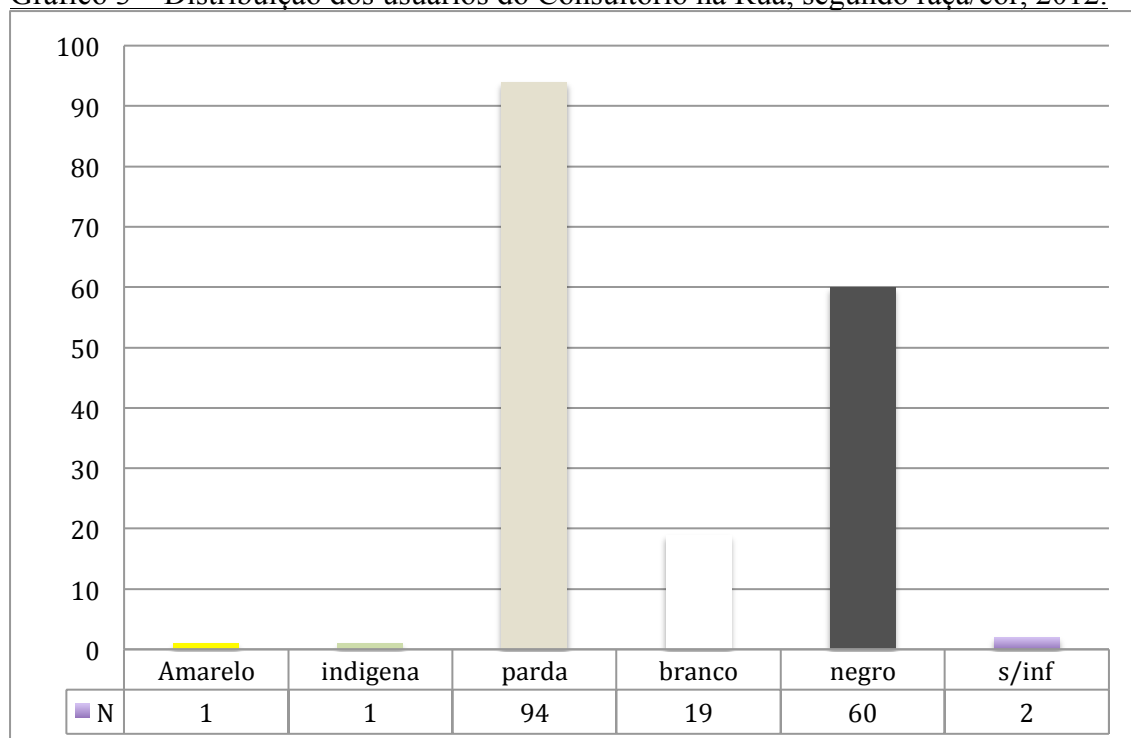
Segundo Santos (2009), muitas vezes essa população, para *preservar também sua vida, sua história, seus segredos e seus desejos da intromissão de profissionais e de pesquisadores, eles costumam evitar alguns assuntos, mentir, se esconder e até abrem mão dos atendimentos nos equipamentos públicos* (p.13).

Indagados sobre a ausência de adolescentes no serviço, a equipe relatou que os usuários nessa faixa etária estão presentes nas cenas de uso, mas dificilmente chegam ao serviço, e que o contato com eles se dá mais frequentemente nas ruas. Uma das estratégias utilizadas pela equipe no acompanhamento de saúde dessa faixa etária foi a parceria com a ONG Remer⁹.

Com relação ao quesito raça/cor, a maioria dos usuários do CR declarou ser da cor parda, conforme descrito no gráfico 3, seguida de negros, o que já era de se esperar com base nas pesquisas e estudos sobre esse público. Mesmo em uma proporção muito pequena, tivemos usuários que se referiram ser indígena, reforçando a heterogeneidade das características dessa população.

⁹ A Associação Remer surgiu na década de 80, com objetivo de assistir crianças e adolescentes que viviam em situação de rua no Rio de Janeiro. Informações obtidas no site: www.remer.org.br, acessado no dia 24 de fevereiro de 2013.

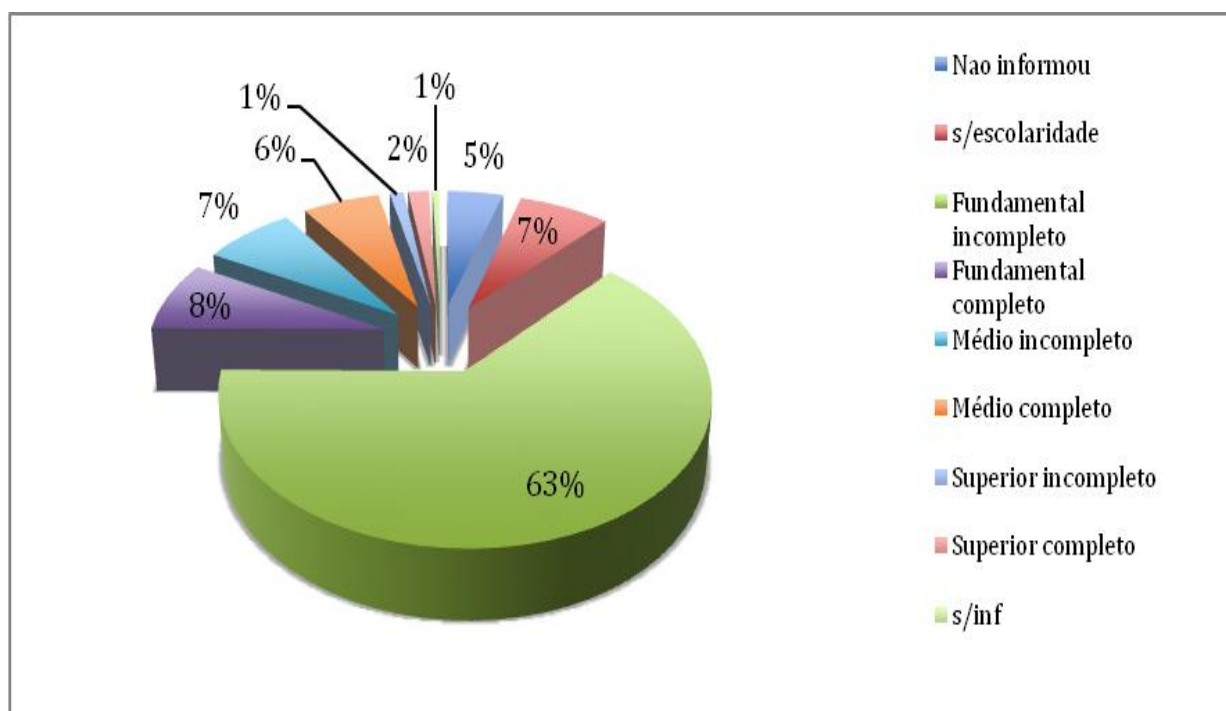
Gráfico 3 – Distribuição dos usuários do Consultório na Rua, segundo raça/cor, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Outra informação importante para o conhecimento das características da população em estudo é o nível de escolaridade. O gráfico 4 demonstra que a maioria dos usuários não chegaram a completar o ensino fundamental, chegando a 63% dos usuários, e 7% relatou não ter nenhum grau de escolaridade. Esse é um perfil com de baixa escolaridade e pouca qualificação profissional. Uma das surpresas desses dados foi o fato de encontrarmos usuários que informaram ter nível superior, com uma porcentagem de 3%, sendo esse grupo referente a jovens e adultos, entre a faixa etária de 22 a 59 anos. Os cursos de graduação citados foram os da área de engenharia, artes, e pedagogia. Esses achados demonstram, de forma geral, que o espaço da rua agrega pessoas com trajetórias de vida muito singulares, o que nos leva a refletir que a rua de fato “acolhe” diversos perfis de pessoas que, por motivos variados, estão nessa condição de vida.

Gráfico 4 – Nível escolaridade dos usuários do Consultório na Rua, 2012

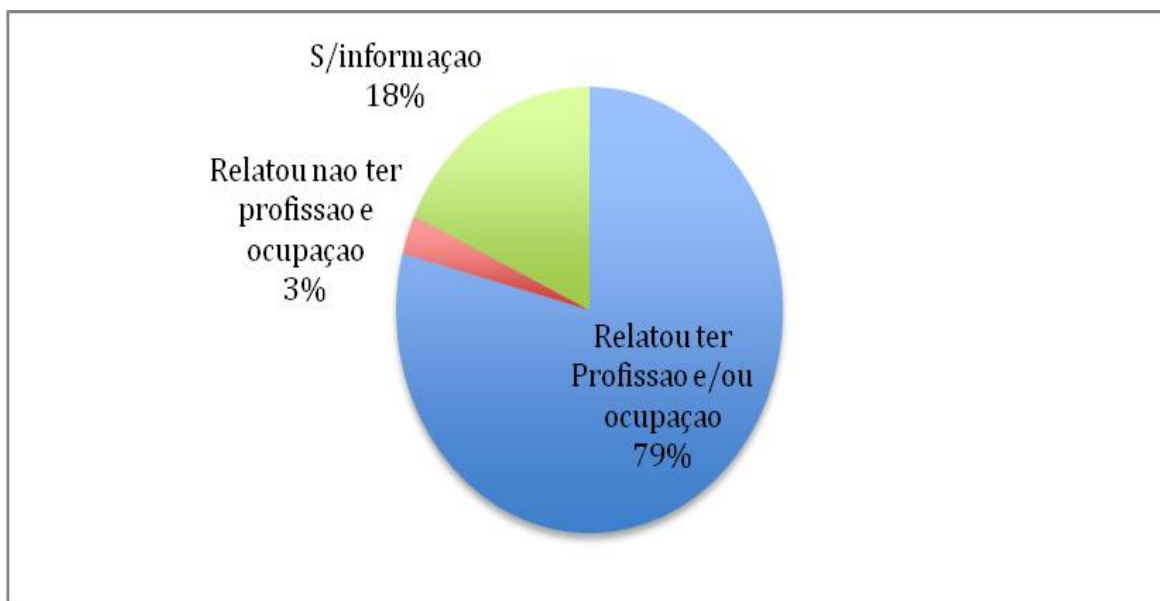


Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Nesse estudo, os dados referentes à relação de trabalho foram demonstrados através das informações fornecidas de profissão e ocupação. Cabe observar que na ficha de cadastro não há separação entre profissão e ocupação. Nesse estudo, compreendemos a profissão como uma inserção no mundo do trabalho que exige competências e habilidades específicas, e é regida por uma relação de assalariamento, com ou sem regime de contrato. E a ocupação se define como uma relação de trabalho, na maioria das vezes de curta duração, que demanda pouca qualificação e experiência, e não pressupõe uma relação de assalariamento.

Os achados referentes à relação com o mercado de trabalho apresentaram similaridades ao estudo realizado por Varanda e Adorno (2004) na cidade de São Paulo. Interessante observar o percentual alto de pessoas que relataram ter ocupação/ profissão, chegando a 79%, conforme demonstrado no gráfico 5. Algumas pesquisas, como no caso de São Paulo, revelaram que 60% dos moradores de rua tinham como fonte exclusiva de renda o trabalho (ADORNO E VARANDA, 2004).

Gráfico 5 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo a condição ter ou não profissão/ocupação, 2012.

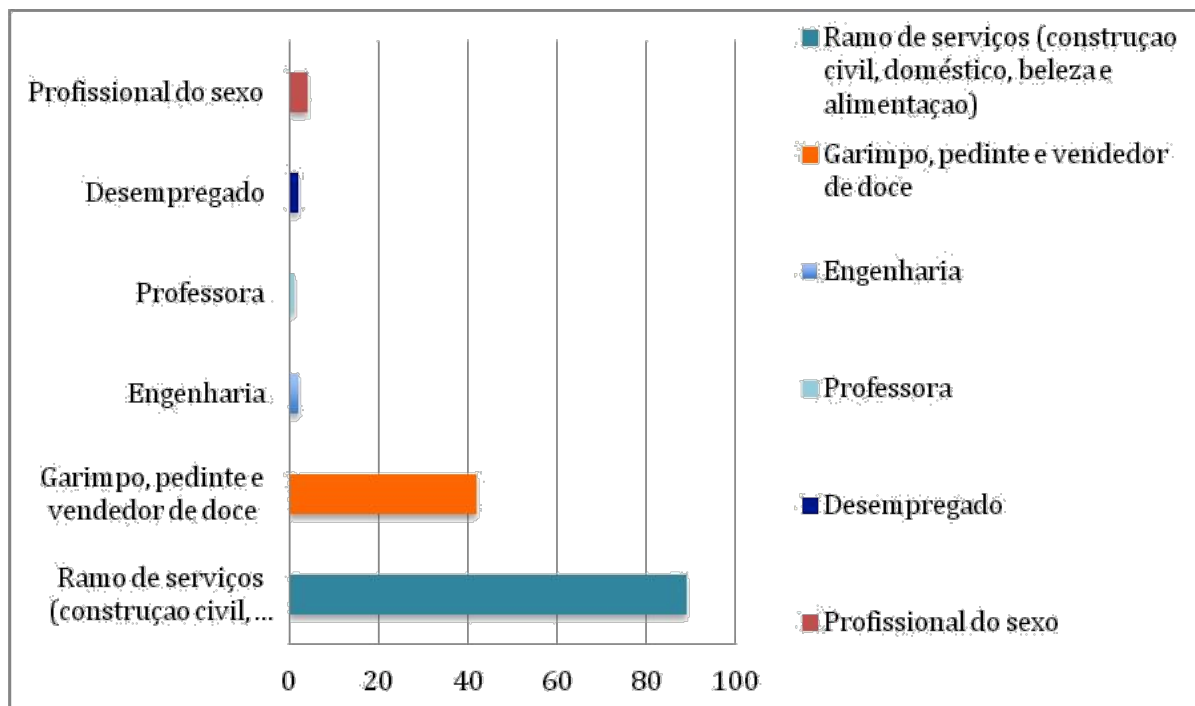


Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

O fato de termos como resposta um alto percentual de usuários que relataram ter uma ocupação/profissão, por si só pode não ter nenhum significado, por isso buscamos identificar a quais ramos de atividades essas respostas estavam ligadas, e a maioria das respostas apontaram o mercado de trabalho informal. Poucos relataram atuar no ramo de uma atividade profissional, demonstrando uma alta vulnerabilidade com os vínculos com o mundo do trabalho tendo relações precárias e instáveis. Em geral, mais de 80%, estão inseridos em ocupações ligadas ao mercado informal, principalmente naquelas relacionadas ao ramo de serviço, dando destaque ao setor de construção civil, conforme demonstradas no gráfico 6. De certa forma, a maioria dos dados demonstrou uma forte presença de vínculos informais com a esfera econômico-ocupacional, o que expressa uma identidade de trabalhador que confere legitimidade e dignidade de cidadão. Em outras palavras, a representação de trabalhador os difere de mendigos e ladrões (ESCOREL, 2000).

É necessária a elaboração de políticas públicas que visem à inserção dessas pessoas em espaços escolares, cursos profissionalizantes, e estratégias de inserção no mercado formal de trabalho. Espera-se que as políticas voltadas para a população de rua tenham um olhar voltado para as necessidades básicas que vão muito além de um prato de comida, tratamento de um problema de saúde, ou um local para pernoitar.

Gráfico 6 – relação de profissões/ ocupações relatadas pelos usuários do Consultório na Rua, Manguinhos, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Os dados referentes à inserção no mercado de trabalho trazem o retrato de uma triste realidade em que estão inseridos os moradores de rua. Excluída de garantias trabalhistas, resta a essa população as doações e os benefícios sociais, como o bolsa família e o benefício de prestação continuada. Mas não maioria das vezes nem a esses benefícios eles conseguem ter acesso.

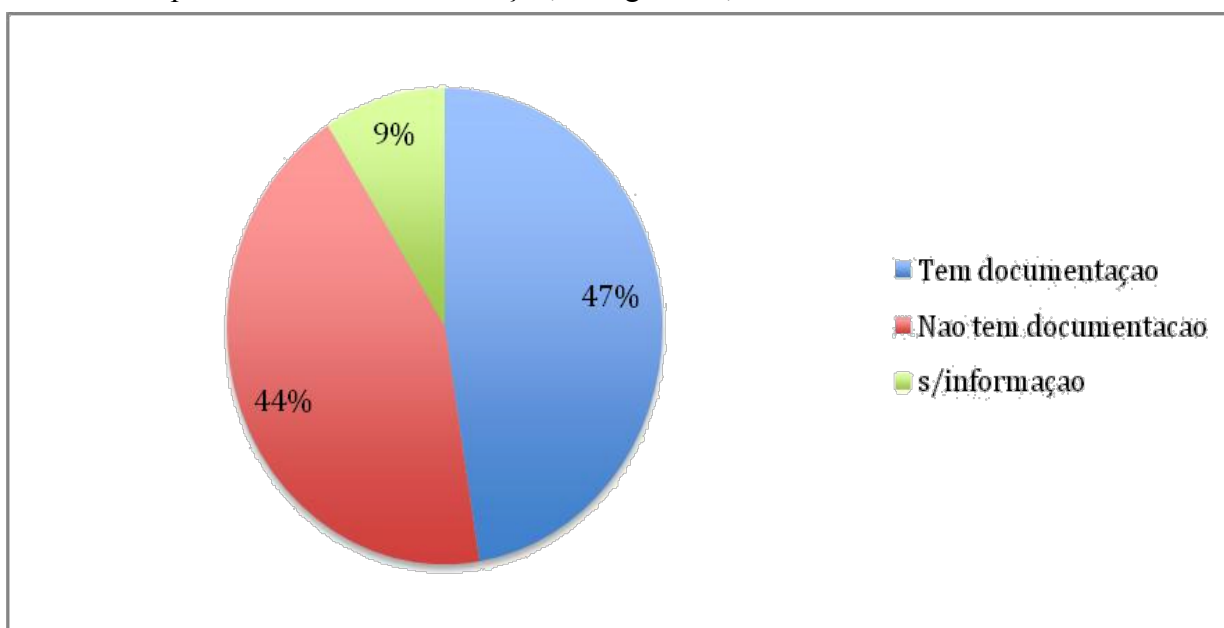
Os dados referentes à atividade de garimpo se assemelham a outros estudos realizados em diversas cidades, demonstrando a estreita relação entre a população em situação de rua, e as atividades de coleta de lixo (SCOREL, 2000). Essa é uma das principais atividades de sobrevivência dessa população, estando representada nesse estudo, no gráfico 6, como garimpo.

Outro aspecto singular e comum na maioria das pessoas se refere à ausência de documentação. As ações de remoção, ao obrigarem essas pessoas a irem para espaços coletivos, acabam fazendo com que as mesmas percam seus pertences (roupas, colchões, documentos, fotos, e diversos objetos pessoais) muitas vezes lhes é retirado e coletado pelos agentes de limpeza urbana, como se fosse lixo.

Em nosso estudo, os dados da ficha de cadastro relacionados à documentação descritos no gráfico 7, apontam praticamente a mesma proporção dos que possuem e

não possuem documentação. Os motivos relacionados à ausência de documentação não são descritos na ficha de cadastro, mas a equipe do CR assinala que para essa população falta um local seguro para armazenamento de seus documentos. Além disso, para realizar alguns procedimentos de saúde bem como cadastro em benefícios sociais é necessário a obtenção de documentos. Esse gráfico demonstra que quase 50% desses usuários provavelmente já tiveram ou terão dificuldades de garantir acesso a alguns serviços públicos.

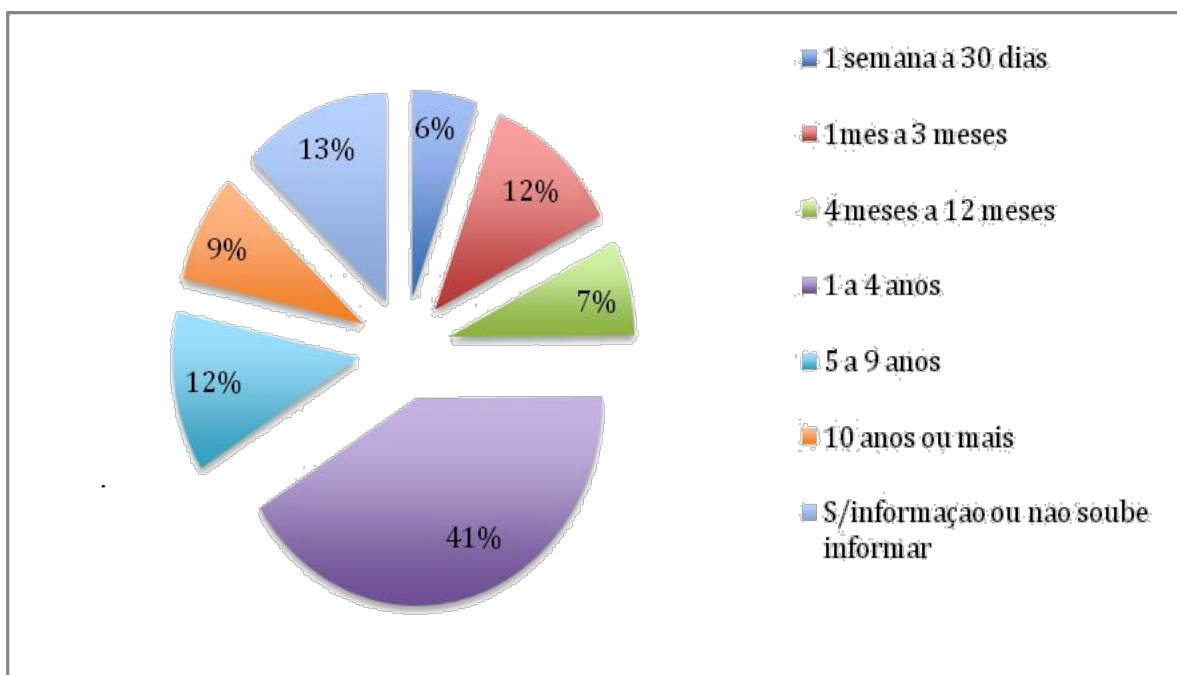
Gráfico 7 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo aqueles que declararam possuir ou não documentação, Manguinhos, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

O próximo gráfico é referente ao tempo em que a PSR de Manguinhos está vivendo nas ruas. Esses dados estão diretamente relacionados a vinculação com a rua, que pode ser exemplificada com os dados referentes ao tempo que esses usuários vivem nessa condição. Os dados descritos no gráfico 8 revelaram que 41% dessa população em Manguinhos está na rua em um período superior a um ano, e máximo de quatro anos, e que um quarto dessa população (25%) está na rua há pouco tempo, o que se refere a menos de um ano. No total, 21% vive há mais de cinco anos em situação de rua. Essas informações podem ser utilizadas em estudos posteriores, para aprofundar o conhecimento sobre a relação dos vínculos criados na rua. Para Escorel (2000), *o tempo de moradia nas ruas permite avaliar indiretamente a desvinculação sócio-familiar* (p.157), além de possibilitar a identificação de conjunturas que promovem o aumento, ou a diminuição do número de pessoas em situação de rua na cidade.

Gráfico 8 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo permanência de residência na rua, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

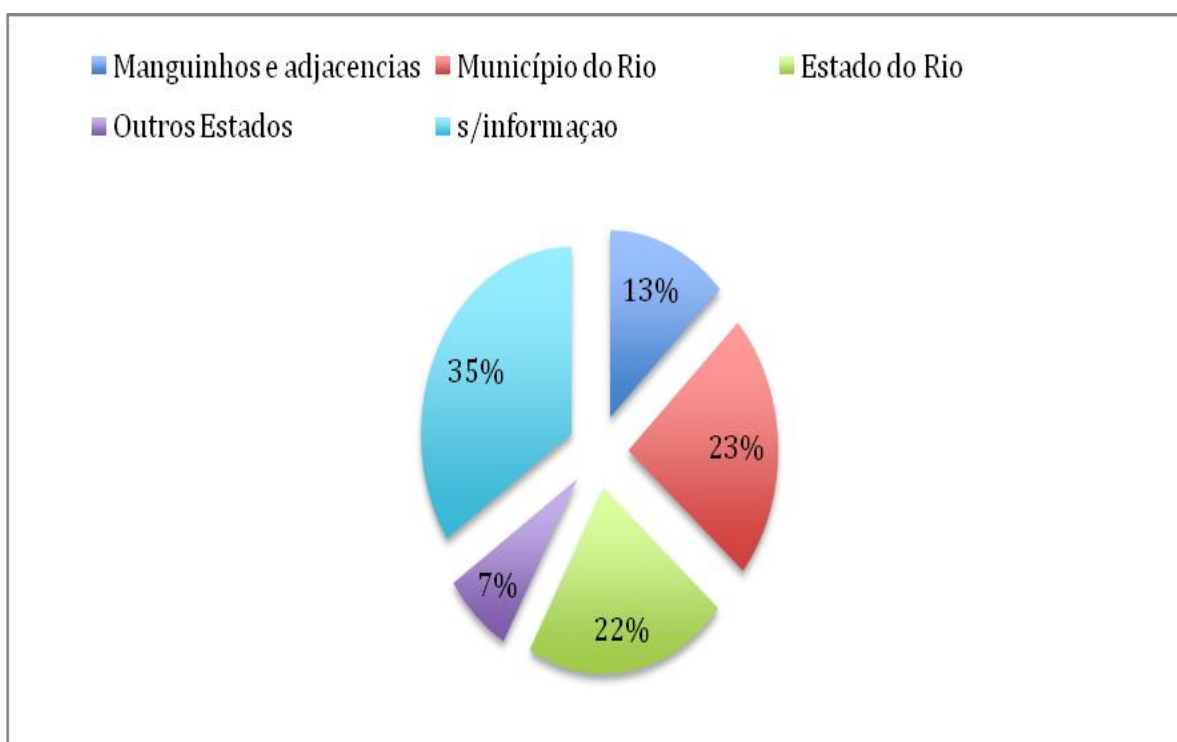
Um dos dados que não constam na ficha de cadastro, mas que seria importante para aprofundar o conhecimento sobre essa população, é o relacionado ao motivo de ida às ruas. Algumas pesquisas como a de Costa (2005), Escorel (1999 e 2000), e Bursztyn e Araújo (1997) apontam os motivos que propiciam pessoas a viver nas ruas, sendo apresentados aspectos de relacionamento familiar, econômico, problemas de saúde, e uso de álcool e de outras drogas.

➤ **Estratégias de sobrevivência da PSR de Manguinhos**

O uso do território é um dos aspectos importantes para compreensão dos meios de sobrevivência e das relações que são construídas no espaço da rua. Essa informação é importante para as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que visam o cuidado contínuo, além de contribuir para a construção de vínculo entre o profissional de saúde e usuário, ao trazer dados da realidade que expressam a dinâmica de vida nas ruas. O processo de observação do trabalho da equipe do CR aponta indícios de que a equipe cotidianamente busca compreender as histórias de vida relatadas por seus usuários. As rupturas na vida dessa população serão representadas nesse estudo pelos dados de procedência, isto é, da região que essa população se encontrava, antes de se fixar em Manguinhos

No universo de 177 usuários, apenas 13% relatou ser de Manguinhos e adjacências, conforme apresentado no gráfico 9. Esse dado nos dá pista na compreensão dos motivos de ida à rua, porém não é possível afirmar que a população de rua de Manguinhos é composta de usuários de drogas, ou que o uso da droga levou parcela dos moradores de Manguinhos a viver nas ruas, pois antes de frequentarem as “cracolândias” de Manguinhos, esses usuários já estavam em situação de rua, sendo a maioria originária de outras regiões da Cidade, e do Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 9 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua , segundo procedência, 2012.



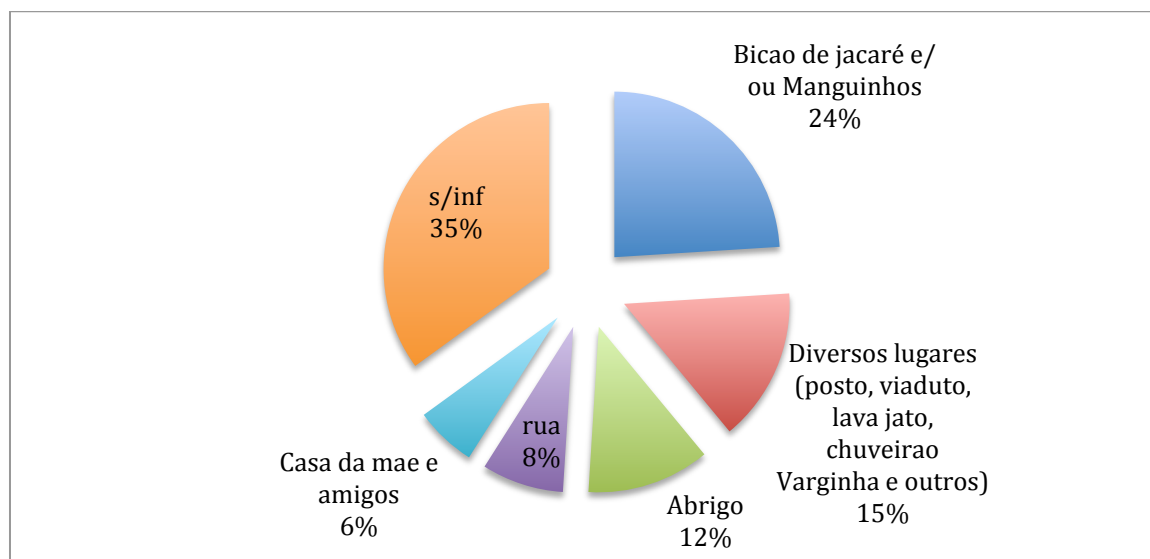
Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Dos usuários que informaram o seu local de procedência, 50% desses relataram ser do Estado do Rio de Janeiro, sendo a maioria do Município do Rio de Janeiro conforme descrito nos cadastros. Cabe ressaltar, que muitas vezes informar o local de procedência pode gerar insegurança em ter que voltar para lugares aos quais os usuários não desejam retornar. Muitos profissionais do CR relataram que há uma insegurança de contar fatos de sua história de vida no início da construção do vínculo, e com tempo o usuário vai ganhando confiança para relatar o local de procedência.

A maioria dos usuários acompanhados pela equipe do CR de Manguinhos não são provenientes do bairro. De acordo com relato de um dos profissionais da CFVV, em sua área de atuação há muitas famílias que têm filhos que usam crack, e nem por isso eles passaram a viver nas ruas, pois eles passam o dia consumindo a droga, mas à noite retornam às suas residências. O desafio, segundo o profissional 8, *é cuidar dessas pessoas no espaço da rua, e a equipe do CR tem ajudado muito outras equipes da unidade a se qualificarem no atendimento fora do domicílio.*

Afinal, como os usuários sobrevivem no território de Manguinhos? Essa é uma pergunta muito importante para compreender o modo de vida deles. Um dos dados da ficha de cadastro referente aos aspectos de sobrevivência na rua é a informação do local de realização da higiene pessoal, assinalado no gráfico 11. A maioria que informou esse dado relatou utilizar os chamados “bicões” de água, que ficam localizados nas próprias favelas de Manguinhos e Jacarezinho.

Gráfico 10 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo local de realização da higiene pessoal, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Uma proporção pequena, mas que chama atenção, relatou utilizar a casa de amigos e da mãe, talvez esses sejam provenientes de Manguinhos. A ausência de banheiros públicos e/ou outros locais para as pessoas que residem nas ruas, faz com que se criem diversas estratégias para a higiene pessoal. Todos informaram o local de higiene pessoal, porque ao contrário do que diz o senso comum essas pessoas realmente procuram cuidar de sua higiene, e o que falta são locais que não sejam domicílios para

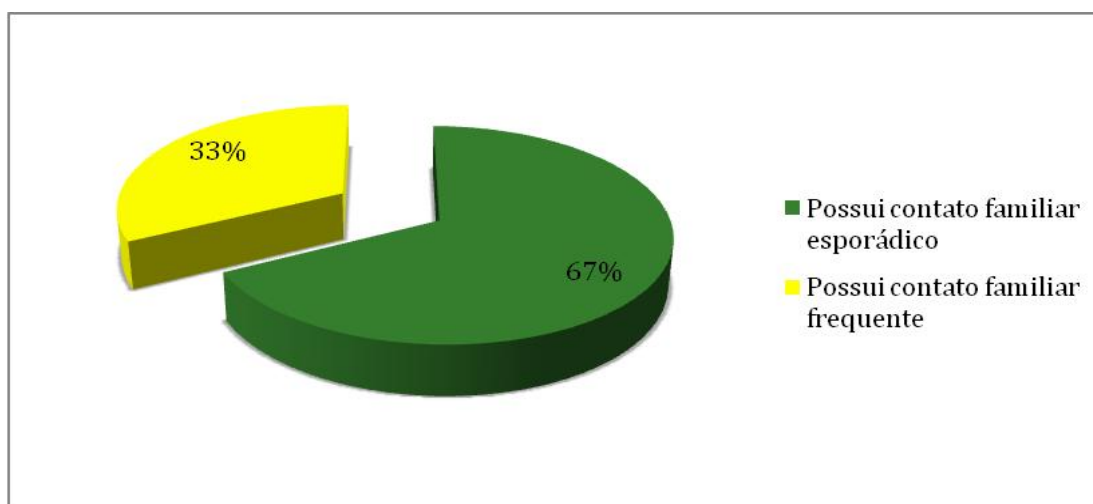
fazê-lo.

Na visão de Escorel (2000), *o mais difícil é conseguir um local onde possam de maneira regular tomar banho, lavar roupa e limpar seus pertences. A dificuldade de acesso à água e à higiene é relativamente homogênea em todo território urbano* (p.147).

Com relação às rupturas na história de vida desses usuários, destacam-se aquelas relacionadas aos vínculos familiares. Com relação aos dados do cadastro, 91% responderam a pergunta relacionada a vínculo com a família. Do universo dos que responderam metade desse grupo relatou possuí-los (51%), e a outra metade relatou que não possui vínculo familiar. Essa equiparação de manutenção e quebra de vínculos pode estar relacionada ao tempo de permanência na rua.

A ruptura dos vínculos se dá de forma processual, e muitas vezes as famílias nem chegam a tomar conhecimento da situação. *Eles conseguem viver na rua em segredo, sem manter contato com familiares que os dão como desaparecidos ou mantendo contato com os familiares e dizendo que estão dormindo em pensões* (p.18, SOUZA, 2009). O processo de idas e vindas, entre o espaço da casa e o espaço da rua pode ser representado pelo gráfico 11, onde a maioria dos usuários que relataram ter vínculo familiar mantém contato esporádico. O dado demonstra como a vida na rua ocupa uma posição central na vida da maioria dos usuários do CR, porém não há perda total da família como referência para esses usuários.

Gráfico 11 – Distribuição de usuários do Consultório de Rua, segundo frequência de contato com a família, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Outras informações sobre a sobrevivência, que não são abordadas na ficha de

cadastro do CR de Manguinhos, são as de alimentação, renda ou recurso utilizados para sobrevivência. A renda poderia ser coletada nas informações de ocupação e profissão, mas não há esse dado, assim como não há a informação sobre a real ocupação das pessoas, pois os critérios misturam ocupação e profissão.

➤ **Situação de saúde no cadastro dos usuários da CR**

Os dados apresentados anteriormente servem de base para compreensão da situação de saúde, pois foi possível coletar elementos referentes às condições de vida da PSR de Manguinhos, além de apresentar dados referentes ao contexto em que estão inseridos. Todas essas informações influem sobre a saúde da população em estudo, e nas práticas desenvolvidas pelos profissionais.

O contexto apresentado revelou aspectos da vulnerabilidade, e de múltiplos fatores de risco para a saúde dessa população, sendo observadas cenas de corpos ativos ao consumo da droga, e inativos sem o consumo. Além disso, vimos pessoas dormindo no lixo, e, em alguns momentos, junto a porcos ou em colchões velhos, cenas da “degradação humana”.

Nesse cenário estão inseridos os trabalhadores da saúde, mais especificamente a equipe do CR de Manguinhos. Eles atuam buscando a aproximação, contato, ofertando serviços e cuidado. A estratégia utilizada se resume na conversa, olho no olho, na orientação, e no convite para conhecer a CFVV. Assim é o dia a dia da equipe de rua: oferta atendimento a todos que são abordados, mas quem chega ao serviço? Quais são as principais demandas apresentadas? Essas respostas foram observadas durante o processo de observação participante, e também no banco de dados.

Um dos relatos de um dos profissionais aponta como o trabalho da equipe nas cenas de uso possibilitou a entrada do usuário na unidade, “... *oferta da saúde,... fazer com que eles se sintam acolhidos...*” (PROFISSIONAL 3), sendo esse simples fato de trazer os usuários para dentro do serviço de saúde mais complexo no âmbito do relacionamento humano, ou, como diria Mehry, no âmbito da intersubjetividade.

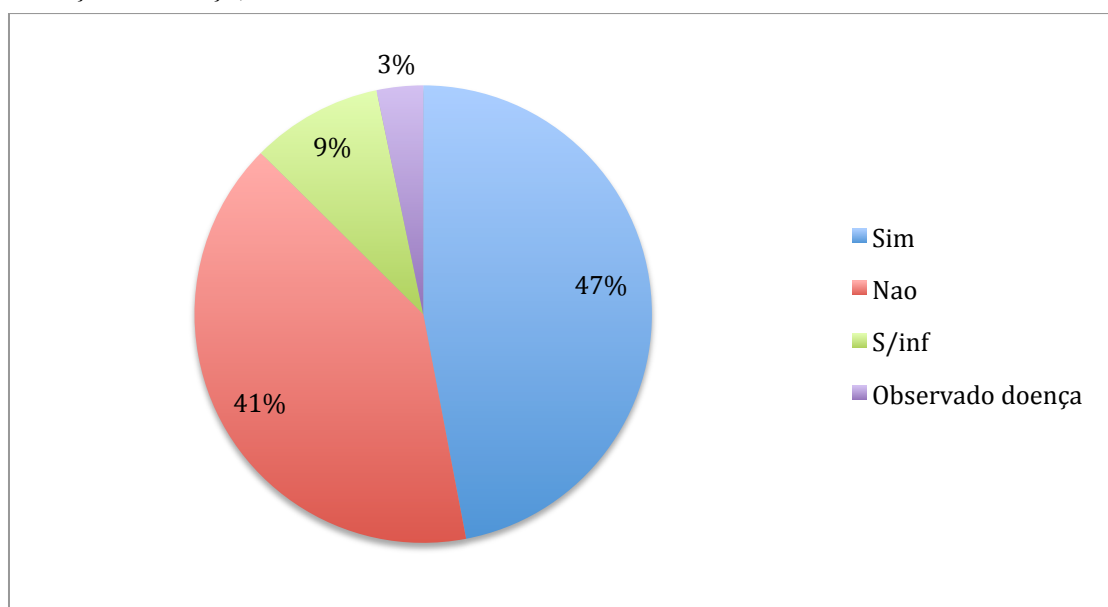
Um dos profissionais da CFVV também relatou que quando os usuários chegam à unidade, “... *eles já têm uma identidade boa com a equipe, que é fruto de muito trabalho no território...*” (PROFISSIONAL 8). A demanda pelos cuidados em saúde é bem grande, pelo agravamento dos problemas de saúde que eles apresentam, como diria o profissional 8, “... *tem tuberculose, tem casos graves até de insuficiência respiratória*

aguda, eles precisam de suporte de urgência, muito mais do que a gente pode oferecer”.

Ao analisar sobre a situação de saúde da população em situação de rua, o perfil de saúde é caracterizado, na sua grande maioria, por pessoas portadoras de algum tipo de doença: tuberculose, diabetes, problemas de pele, transtorno mental, entre outros. Sabemos que o uso de substâncias psicoativas se faz presente no meio dessa população, mas não podemos generalizar a utilização de um único tipo de droga, nem se pode generalizar que todos os moradores fazem uso de drogas.

Porém, os dados do gráfico 12 nos dão algumas pistas sobre essa compreensão, pois apenas metade dos usuários relatou estar doente durante o cadastro. Entre o total dos cadastrados, 41% não informou problema de saúde, mas mesmo assim os profissionais observaram e registram problemas referidos a doenças. Um estudo realizado por Bottil et al (2009), na cidade de Belo Horizonte (BH), apresentou o mesmo percentual, 47,3% informou não possuir problemas de saúde. Esse dado é explicado por Bottil et al (2009) pela existência de percepções diferenciadas do processo de se sentir doente, sendo influenciado pela cultura, trabalho, e renda.

Gráfico 12 – Distribuição de usuários do Consultório de Rua, segundo relato da presença de doença, 2012.



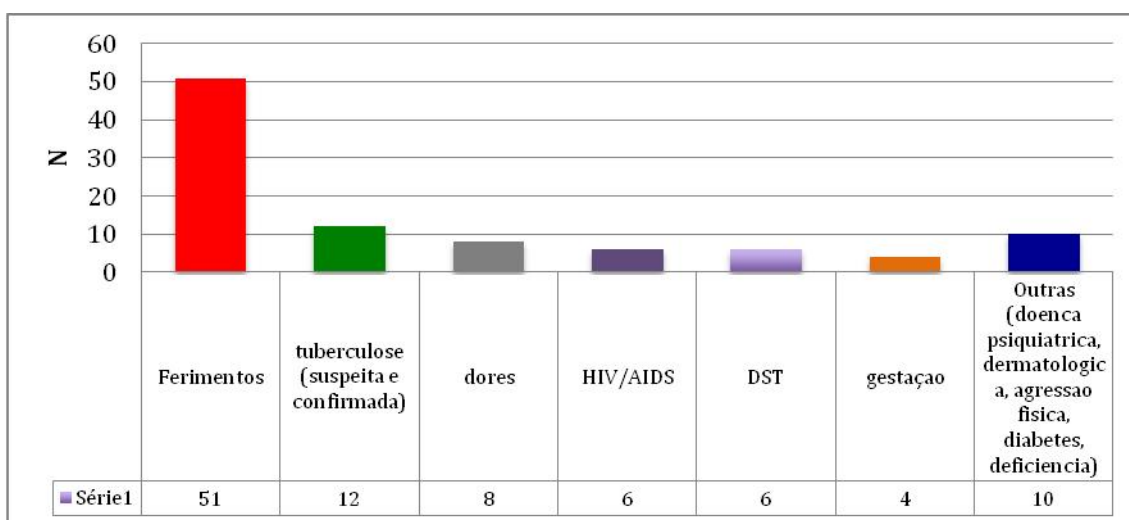
Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

A dificuldade dos usuários na percepção dos seus problemas de saúde pode muitas vezes dificultar a autonomia em buscar ajuda, bem como aceitar o apoio de profissionais. No entanto, acreditamos que essas dificuldades muitas vezes preocupam

muito mais os profissionais de saúde do que os usuários, que no dia a dia têm muitas outras questões com que se preocupar como a conquista da alimentação diária, a higiene, e a busca de um local seguro para pernoitar. Quando estão sobre efeito do uso do álcool e drogas, até a busca por dessas necessidades básicas fica em segundo plano.

Dos que confirmaram problema de doença, durante o cadastro, a maioria das respostas apontaram problemas relacionados a ferimento, tuberculose, e DST/HIV/aids, conforme descrito no gráfico 13. Dos dados apresentados, chama atenção a presença da gestação como um agravamento, uma vez que, ainda que seja de risco, se diferencia totalmente dos demais agravos.

Gráfico 13 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo principais agravos registrados, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

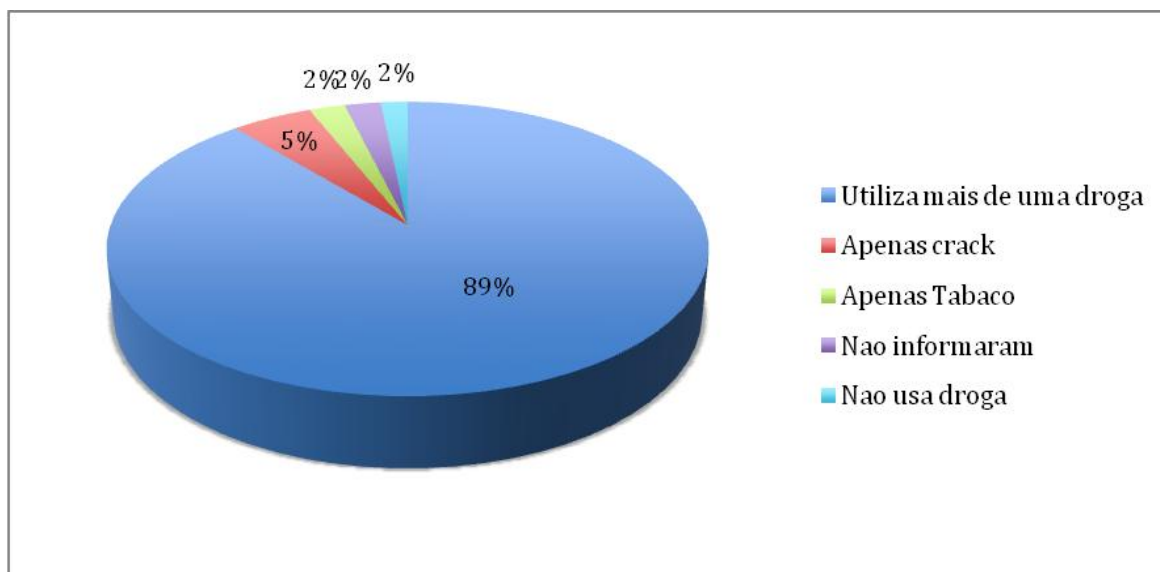
Os problemas relacionados à área da saúde mental não foram expressivos nesse estudo, diferentemente do estudo realizado por Botti et al (2009) que encontrou em 18% dos moradores de rua adultos de BH problemas de ordem psiquiátrica. Esses dois estudos demonstram que os problemas de saúde variam de acordo com os perfis, e contexto em que eles estão inseridos.

Além disso, estudos como o de Reis Junior (2011) apresentaram um perfil de morbidade, dando destaque aos agravos como psicoses, HIV, e tuberculose, que estão bem acima da média na população em geral.

Mesmo não relatado pelos usuários, a equipe do CR considera que o uso de drogas propicia e agrava a situação de saúde dessa população. Com isso, buscamos analisar os dados do cadastro referente ao uso de droga, e observamos que, diferente do que é apresentado pela mídia, o crack não é a única droga utilizada pelos usuários de

Manguinhos. Apenas 5% dos usuários relataram utilizar apenas o crack, ao passo que a grande maioria relatou utilizar mais de um tipo de droga. A maioria dos usuários (96%) informaram utilizar algum tipo de droga, e apenas 2% relatou não utilizar droga, conforme descrito no gráfico 14.

Gráfico 14 – Distribuição de usuários do Consultório na Rua, segundo tipos de drogas utilizadas, 2012.



Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

A tabela 2 apresenta as ações de saúde relacionadas aos procedimentos diagnósticos, e aos encaminhamentos. Há uma ligação entre as ações de saúde e os problemas relatados pelos usuários, contudo as ações se referem aos usuários que permanecem frequentando o CR.

Tabela 2 – Relação das ações de saúde ofertadas pelo Consultório na Rua, 2012.

Exames	Procedimentos	Consultas SISREG	Encaminhamentos
BAAR/cultura	curativo	oftalmologia	UPA
Raio x	medicação	psiquiatria	Abrigo
Hemograma	preventivo	ginecologista	CEAD
TIG	analgesia		
Ultrassonografia			
anti-hiv			
sorologias para DST			

Fonte: Banco de dados Excel, CR Manguinhos, outubro 2012.

Ao comparar os problemas de saúde às ações realizadas pela equipe, o curativo ganha destaque, sendo apresentado como o procedimento mais recorrente da equipe, o

que já era esperado já que esse foi o problema com maior apontamento pelos usuários.

O exame de baciloscopia para o diagnóstico da tuberculose também é um dos procedimentos mais frequentes, sendo esse agravo relatado em 12% dos usuários que relataram ter problemas de saúde.

A descrição das ações de saúde descritas na tabela, não são possíveis de demonstrar a complexidade da prática do cuidado desenvolvida pelo CR. Com isso, cabe refletir sobre os desafios no acompanhamento desses problemas de saúde apresentados pelos usuários. Indubitavelmente, os dados apresentados acima apresentam características próprias dessa população, o que demonstra a necessidade de estudá-la com maior profundidade, levando em conta suas vulnerabilidades.

As necessidades de saúde dessa população vão muito além da oferta de serviços prestada pela atenção primária em saúde. Os dados apresentados demonstram claramente que os desafios do cuidado a saúde da PSR vai além da atuação de uma equipe de saúde. É necessária a existência de ações articuladas entre os serviços de saúde e da rede sócio-assistencial existente no território de concentração dessa população buscando complementaridade dos serviços prestados pelos diversos atores sociais.

Nesse sentido, a equipe do CR vem buscando parceria com a rede sócio-assistencial do território de Manguinhos e outras parcerias em nível municipal e estadual, como os serviços especializados no acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas da rede estadual, denominado de CARE-AD.

Nas observações as práticas de cuidado da equipe do CR e nas entrevistas, não foram possíveis perceber que as ações realizadas se concentram em práticas direcionadas a cada usuário não sendo identificadas ações para os coletivos, como por exemplo, atividades de grupo. Na atuação diretamente no espaço da rua a abordagem se dá de forma coletiva, mas o levantamento de questões e necessidades se dá de forma individual.

6 – Considerações finais

O caso da equipe do Consultório na Rua de Manguinhos traz à tona o debate das possibilidades de cuidado à PSR, tendo em vista o contexto em que estão inseridas, e sua relação com os profissionais de saúde. A proposta de cuidado apresentada se dá pelas práticas desenvolvidas com uso de tecnologias leves, que permeiam as relações entre os sujeitos.

Alguns autores críticos ao modelo hegemônico de saúde, como Merhy (1998) descrevem que a produção do cuidado à saúde requer o uso de diversas tecnologias (duras, leveduras, e leves), além da troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde, articulando de forma exata *“seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém”* (p.113).

Os profissionais do CR desenvolvem um processo de trabalho de intensa troca de saberes entre seus integrantes, técnicos que se articulam para buscar conformar uma proposta coletiva de cuidado à PSR.

As cenas de cuidado demonstram singularidades da APS voltadas para uma população específica, que historicamente está excluída do acesso aos serviços de saúde. O CR mobilizou diversos esforços e estratégias para o estabelecimento do acesso a Clínica de Família pela PSR, buscando romper com o que Ayres denomina de vulnerabilidade programática, fragilidade que o próprio contexto político organizacional proporciona a essa população.

Consideramos que os investimentos decorrentes do TEIAS/FIOCRUZ, e da expansão da Estratégia de Saúde da Família pela SMS contribuíram para a constituição da equipe do CR, além dos investimentos oriundos do PAC Manguinhos.

Do ponto de vista do acesso ao serviço, salientamos que, embora o estudo não tivesse o objetivo de avaliar esse aspecto, a preocupação com a garantia desse direito pelo CR esteve presente em diversos momentos, seja pelos discursos, ou pelas ações desenvolvidas pelos profissionais.

A pesquisa também buscou apresentar algumas tensões que estão presentes no cuidado à saúde da população em situação de rua, expressas no binômio acolhimento x recolhimento. Além de atuar diferente das demais equipes, também consideramos que a equipe do CR trabalha na contramão do que vem sendo preconizado pela Prefeitura. Enquanto as ações da Prefeitura no período de realização do estudo se resumiam em recolher das ruas as pessoas em situação de rua, inserindo-as em abrigos, essa equipe atuava de forma processual junto à PSR.

Além das propostas antagônicas assinaladas acima, essa população também sofre com os estigmas e preconceitos da população em geral. Os aspectos apontados no estudo referentes à restrição do acesso ao serviço de saúde podem ser visualizados na organização dos serviços de atenção primária à saúde tais como: horários, regras, adstrição de área, agenda, entre outros. Essa forma de organização da APS inviabiliza a produção do cuidado dessa população, sendo necessários novos arranjos institucionais.

Esse foi um dos aspectos importantes do processo de observação, no que se refere ao acolhimento, e acompanhamento das pessoas vivendo em situação de rua, processo que se dá de forma diferenciada. A criação de uma equipe de referência que se organiza de forma particular para atender a população em situação de rua tem se mostrado como uma potência de cuidado para a PSR.

O perfil dos usuários demonstra desafios para o acesso, vínculo, e cuidado longitudinal, tendo em vista que a condição de vida e o cotidiano dessas pessoas não atendem às expectativas de prescrições, normas, e regras que historicamente os profissionais de saúde exigem como, por exemplo: o cumprimento de horário, a não utilização de álcool e drogas, apresentar-se adequadamente vestido, e reaquisição da condição de planejamento de despesas dentro de um mês.

A equipe do CR apresenta novos horizontes de atuação, rompendo com a lógica prescritiva e preconceituosa, através do desenvolvimento de escuta qualificada e do diálogo, como instrumento na construção de planos de cuidado. Por demonstrar uma capacidade operativa baseada no vínculo, respeito, e solidariedade, os profissionais conseguiram se tornar referência de cuidado para a PSR de Manguinhos.

Outro aspecto importante é a organização da equipe enquanto grupo, com uma lógica interdisciplinar permeada pela gestão compartilhada, na qual todos os sujeitos participam dos processos de planejamento e execução da proposta. Porém, essa característica singular do grupo precisa dialogar mais com as outras equipes da CFVV, para que não se isole como equipe. Percebemos uma funcionalidade completamente diferente da equipe do CR em comparação as demais equipes, além de percebermos também que os profissionais do CR atuavam em algumas ocasiões como se estivessem isolados do processo de trabalho da unidade.

Uma das fragilidades apresentada é o sistema de informação voltado para essa população. Por mais que a equipe busque a construção de instrumentos e formas próprias de registro, é preciso um investimento maior nessa área que subsidie a avaliação da experiência do CR.

Com relação à rotina de trabalho da equipe, a pesquisa de campo nos proporcionou acompanhar as cenas de cuidado na rua e na clínica, sendo percebida uma preocupação com a resolução das demandas no mesmo dia, tendo em vista situações agudas de alguns agravos de saúde que se apresentavam na PSR.

Acreditamos que parte dos profissionais que atuam na CFVV pode aproveitar essa experiência, e romper com práticas médico-centradas, ousando construir práticas usuário-centradas.

Um desafio que permanece é a escassez de serviços públicos na cidade que complementem a ação do CR, seja aqueles voltados para a atenção psicossocial, seja os de acolhimento institucional. Além disso, os investimentos do setor público não podem se limitar à área da saúde e da assistência social. Tendo em vista o perfil apresentado, se faz necessário também um investimento na área de geração de emprego e renda.

Vale reforçar que a proposta se apresenta de forma inovadora na cidade em que é desenvolvida, porque parte das práticas de cuidado se dá no contexto da rua. Logo, não é preciso retirar as pessoas do espaço de moradia para cuidar delas. Com isso, o processo de trabalho da equipe traz elementos para o debate em torno das políticas públicas voltadas para a PSR, apresentando novos caminhos e horizontes que respeitem os direitos dessa população.

Em suma, acreditamos que o potencial da equipe do CR está na capacidade de atuação como um grupo que encara as *questões clínicas e institucionais de maneira participativa e integradora dos saberes e especialidades* (p. 73, CUNHA, 2010). Ela se torna, portanto, um dispositivo de saúde capaz de contribuir para mudanças importantes no modelo de atenção da CFVV e demais equipes de CR da Cidade.

7 - Referências Bibliográficas

AYRES, José Ricardo C.M. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: **BARBOSA**. R.M E **PARKER**, R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder. Ed. 34,1999.

_____, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. CEPESC/IMS UERJ. Rio de Janeiro, 2009.

BARROS, Maria Elizabeth Barros. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Revista Escola Enfermagem USP, 2009.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. Cadernos brasileiros de saúde mental, vol. 1 N.2. Belo Horizonte, 2009.

_____. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. Santa Cruz do Sul: Barbaroi no 33. Dez. 2010.

BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. 16a ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Sumário Executivo. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2008.

_____. Decreto n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e seu comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Presidência da República – Casa Civil – Subchefia para assuntos jurídicos, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 11 ago. 2010.

_____. **Ministério da Saúde**. Evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas no BRASIL entre 1994 e fevereiro de 2010. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 10 de jun. 2010.

_____. **Ministério da Saúde**. Manual de Recomendações para o Controle da

Tuberculose no Brasil, Brasília, 2010.

_____. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/ OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006.

BULLA, Leonea Capaverde et al. As múltiplas formas de exclusão social. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004.

BURSZTYN, Marcel (org.). No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Brasília: Garamond, 2000.

CAETANO, Rosangela; **DAIN**, Sulamis. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica nos grandes centros urbanos: velhos, novos desafios. *PHYSIS: Rev. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. Rio de Janeiro, Hucitec, 1994

_____, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO et al (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____, Gastão Wagner et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos W. S.; Guerrero A. V. P. (org). Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

CANONICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento à população de rua em um centro de saúde escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* vol. 41. São Paulo, 2007.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde Soc.* 1998.

_____, Nivaldo; et al. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CARVALHO, Alba Marinho Pinho. A luta por direitos e a afirmação das políticas públicas sociais no Brasil contemporâneo. *Revista de ciências sociais*, Ceará, v. 39, 2008.

CARVALHO, M.A.P; **PIVETTA**, F (org). O território integrado de atenção a saúde em Manguinhos: Todos somos aprendizes!. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

CASTEL, Robert. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. Paris: Espirit, 1991; *CADERNO CRH*, Salvadorn. 26/27, 1997.

_____, Robert. As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário. Tradução: Iraci D. Poleti. Coleção Zero à Esquerda. Petrópolis: Vozes, 1998.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R., MATTOS R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009a; p. 117- 130.

CLARO, L.B.L., March, C., Mascarenhas, M. T. M., Castro, I. A. B., & Rosa, M. L. G. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, 2006.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; Fonseca, R.MG.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. Rev. Brasileira de Enfermagem, 2005.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Caderno Saúde pública, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Revista Virtual Textos e contextos, n 4, 2005.

CUNHA, Marcela Silva. O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ. Dissertação de mestrado/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2010.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

ENSP, FIOCRUZ. A experiência do território escola Manguinhos na atenção primária de saúde. Rio de Janeiro, 2012.

ESCOREL Sarah. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond. 2000.

_____, Sarah. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FLEURY, Sonia (1995), *Estado sem Cidadão - Seguridade Social na América Latina*. Ed FIOCRUZ.

FRANCO, Tulio Batista e Mehry, E. E. PSF: contradições e novos desafios. [online]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>> Belo Horizonte / Campinas, março de 1999.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, W.S; MEHRY. E.E. O acolhimento e os processo

de trabalho em saúde: o caso de Betim. Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro, 1999.

FRANCO, Tulio Batista; JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhaes. Integralidade na assistência a saúde: a organização das linhas de cuidado. HUCITEC, São Paulo, 2004.

GEREMEK, Bronislaw. Os filhos de Caim: vagabundos e miseráveis na literatura européia, 1400-1700. São Paulo: Cia. Das Letras, 1995.

GIL, Celia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006

JUNIOR, Nivaldo Carneiro; Jesus. C.H; Crevelim. M.A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde e sociedade, v.10. São Paulo, 2010.

LAFER, Celso. A reconstrução dos direitos humanos - um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

LTM, <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br>, Acessado: 04 de janeiro de 2013.

MAGNI, C. T. Nomadismo Urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. Psicologia & Sociedade. Print ISSN 0102-7182. Psicol. Soc. vol.16 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2004.

_____, Ricardo Mendes. Situação de rua e modernidade: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade. Dissertação Mestrado, Universidade São Marcos, São Paulo, 2006.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

_____, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____, E. E. O ato de cuidar: a arte dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004:108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____, E. E. Trabalho em saúde. Material produzido para a EPJV/ Fiocruz, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. Acessado em Janeiro de 2013.

_____, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo, 1996.

MUNOZ, Jorge Vicent. População Adulta de Rua – Uma Proposta de Metodologia Socioeducativa. Rio de Janeiro: Nova; 1997.

_____, J.V. Bases para um política pública de inclusão da população adulta em situação de rua no Estado do Rio de Janeiro. Fórum Permanente de população adulta em situação de rua RJ. Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Luciano. OS EXCLUÍDOS ‘EXISTEM’? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_33/rbcs33_04. Acessado em outubro de 2012.

OLIVEIRA, Mirian Greice Plena Nunes. Consultório de rua: relato de uma experiência. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva. In: Desafios da Saúde Coletiva para o século XXI, Salvador: EDUFBA, 2006.

PASSOS, Eduardo e Regina Benevides Passos E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. Brasília: Psicologia: teoria e pesquisa 2000.

PCRJ. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/243779/planejamento_estrategico_site.pdf. Acessado em fevereiro de 2013.

PEREIRA, Camila Potyara. Rua sem saída: um estudo sobre as relações entre o Estado e os moradores de rua em Brasília. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso em Ciências Sociais com Habilitação em Sociologia). Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília. Brasília: UnB.2005.

PEREIRA, Viviane de Souza. Expressões da questão social no Brasil e a população em situação de rua. Libertas, Juiz de Fora, v.4, n.1, p. 179 - 205, jul-dez / 2009.

PINHEIRO, R. & **MATTOS**, R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2008.

_____. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde.

8.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2009.

_____. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde.

5.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2010.

POPE, Catherine; Mays N, organizadores. 3ª ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.

REIS JUNIOR, Antônio Garcia. Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG. Dissertação de mestrado profissional, ENSP/FIOCRUZ. Brasília, 2011.

ROCHA, Sônia. Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: FGV, 2005.

RODRIGUES, José Carlos. O corpo na História. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ROSA, Anderson da Silva et al. O processo saúde doença cuidado e a população em situação de rua. Rev latino enfermagem, vol 13. São Paulo, 2005.

SABER VIVER. Saber viver profissional, População de rua, 2010.
<http://saberviver.org.br/publicacoes/populacao-de-rua/>, Acessado em dezembro de 2012.

SANTOS, Daiane dos Santos. O retrato do morador de rua na cidade de Salvador – BA: um estudo de caso. Universidade do Estado da Bahia, 2009.

SAWAIA, Bader. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

SILVA, M. Lúcia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. Dissertação (Mestrado em Política Social). Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

SIMÕES JUNIOR, José Geraldo. Moradores de rua. São Paulo: Polis, 1992.

SMSDC. Protocolo de enfermagem na Atenção Primária da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.
[xa.yimg.com/kq/groups/.../name/protocolo+de+enfermagem_final.pdf](http://www.otics.org.br/otics/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude) . Acessado em janeiro de 2013.

_____. Carteira básica de serviços da atenção primária. Rio de Janeiro, 2011.
<http://www.otics.org.br/otics/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude> . Acessado em janeiro de 2013.

SPOSATI, Aldaíza. Comentário sobre as formas de atuação com a população de rua. In: ROSA, C. M. M. (Org.). *População de rua: Brasil-Canadá*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

_____, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva concepções fundantes. In Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/UNESCO, 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cadernos de Saúde Pública, 18 (suplemento) Rio de Janeiro, p. 153-162, 2002.

TESSER, Charles. D. Medicalização social e a atenção à saúde no SUS. HUCITEC. São Paulo, 2010.

TURCI, M.A. Avanços e desafios na organização na atenção de saúde em Belo Horizonte. HMP comunicação. Belo Horizonte, 2008.

UNICEF. Tecendo redes: uma experiência de prevenção de DST/aids entre meninos e meninas em situação de rua. Brasília, 2011.

VARANDA, Walter. Do direito a vida a vida como direito. Dissertação (Mestrado em saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, São Paulo: USP, 2003.

VARANDA, W; Adorno, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Revista saúde e sociedade v.13, 2004.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2004.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. 1. ed. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VERGARA, Sylvia. Constant. Métodos de pesquisa em administração. ATLAS. São Paulo, 2005.

VIEIRA, M. A. da C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M (orgs). População de rua- quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec, 2004.

WACQUANT, Loïc. Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada. Tradução João Roberto Martins Filho et al. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2001. Set. 2005.

YIN, Robert K. *Estudo de caso – planejamento e métodos*. (4Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2010.

Anexos



Anexo 1. Roteiro de Observação do Consultório de Rua da CFVV

Questões que serão observadas e registradas
Composição da equipe responsável pelo atendimento a população em situação de rua
Rotina dos profissionais (turno, agenda, grupos, consultas, visita a rua e demais atividades)
Infraestrutura, contexto organizacional, processo de trabalho e dinâmica de funcionamento.
Rotina do atendimento aos usuários em situação de rua – horário, porta de entrada, acolhimento
A abordagem no território (visitas a rua) e a estratégias de criação de vínculo com os usuários
Registro das informações do atendimento a essa população (fichas, prontuário, atas, relatórios e etc), observar a rotina de registro e monitoramento dos dados.
Relação com a rede social de apoio, especificamente com a SMAS
Existência de protocolos específicos para o atendimento a população em situação de rua
Rotina de acompanhamento dos usuários em situação de rua inseridos nos programas de saúde



Anexo 2. Roteiro de entrevista – Profissionais de Saúde da CFVV.

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Categoria Profissional: _____

Descrição das práticas de cuidado

Fale um pouco de sua trajetória profissional. Você já tinha experiência no atendimento à população em situação de rua? Fale um pouco sobre como adquiriu essa experiência.

Há quanto tempo atua na CFVV?

O que você faz na Clínica? Neste trabalho está incluído o atendimento à população em situação de rua? Como?

Como profissional o que você considera mais importante no atendimento a essa população?

Como você descreve o trabalho realizado pela equipe da CFVV no atendimento à população em situação de rua? Você considera que a CFVV ampliou o acesso à saúde para a população em situação de rua que reside em Manguinhos?

Qual é a rotina de atendimento a essa população?

Como é feita a aproximação e abordagem a essa população?

Existem protocolos específicos para atender a essa população? Se sim, quais são, e como vocês os utilizam?

Quais são as parcerias (rede de apoio) existentes para o atendimento a essa população?

Quando vocês precisam encaminhar o usuário a outro serviço de saúde, como é realizado o encaminhamento?

Como profissional o que é mais importante no atendimento a essa população?

Quais são as lições aprendidas no atendimento a essa população? Fale um pouco sobre os limites e possibilidades do atendimento a população em situação de rua.



Anexo 3. Roteiro de entrevista – Informante-chave- Representante do movimento social.

Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

O Fórum tematiza a situação da população em situação de rua de Manguinhos? Se sim, relacionado à que aspecto? Fale um pouco sobre o assunto.

Como a temática da saúde tem sido abordada no Fórum? O que vocês consideram como demandas e necessidades de saúde dessa população?

Quais são as principais dificuldades vivenciadas pela população em situação de rua que afetam a saúde desse grupo? E em Manguinhos?

Quais são os principais problemas de saúde da população em situação de rua? E em Manguinhos?

Como as pessoas em situação de rua têm acesso aos serviços de saúde? E em Manguinhos?

Quais são as ações ou serviços de saúde voltados para essa população na Cidade? E em Manguinhos?

O que é preciso para um profissional de saúde criar vínculo com a população de rua?

Como o profissional percebe a população de rua, no seu ponto de vista?



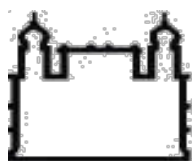
Anexo 4. Roteiro para Coleta de Dados de Caracterização do perfil dos usuários

Instrumentos

- ✓ Prontuário dos usuários;
- ✓ Relatórios, fichas de cadastro;
- ✓ Outros registros

Informações a serem coletadas referentes ao perfil dos usuários

- ✓ Faixa etária, sexo, escolaridade, naturalidade;
- ✓ Ocupação, formas de sustento;
- ✓ Uso de álcool/outras drogas
- ✓ Principais agravos de saúde identificados e acompanhados;
- ✓ Outras informações específicas (tempo na rua, motivo de ida à rua, relação com familiares).



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*profissional de saúde*)

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “População em situação de rua: A prática de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro”, que será desenvolvida por **Carolina Cruz da Silva**, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Marly Cruz. O convite à sua participação se dá pela experiência de atendimento a população em situação de rua no território de Manguinhos que você vem desenvolvendo na CFVV.

O objetivo do projeto é compreender a prática do cuidado desenvolvida pelas equipes da Clínica de Saúde da Família Victor Valla junto à população em situação de rua. A seleção das pessoas envolvidas será por conveniência e disponibilidade, de acordo com interesse demonstrado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo nem risco em sua relação com o trabalho, na qualidade de seu atendimento ou com a Secretaria de Saúde.

O seu envolvimento nesta pesquisa consiste em participar de entrevista individual sobre o tema com objetivo de coletar informações a respeito do objeto de estudo. Suas respostas serão anotadas e gravadas, mantendo sua identidade em sigilo e a entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). Após a conclusão da pesquisa, seus dados serão armazenados em local seguro e as gravações serão destruídas após 5 anos da realização da pesquisa. Os benefícios com a sua participação são relacionados com a contribuição para a melhoria das ações de assistência as pessoas vivendo em situação de rua. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Os dados dessa pesquisa serão publicados/divulgados através da elaboração da dissertação do mestrado com defesa pública, publicação de artigos e apresentação em congressos. Além disso, serão divulgados também para a unidade estudada por meio de uma oficina com o objetivo apresentar as principais considerações que emergiram do processo de investigação, bem como para debater com os profissionais as possíveis relevâncias dos resultados encontrados. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Este termo está redigido em duas vias, que serão assinadas pelo profissional e pela pesquisadora, e você receberá uma cópia do termo com ambas assinaturas.

Carolina Cruz da Silva

Mestranda ENSP/Fiocruz

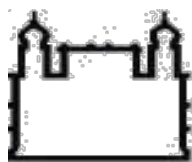
Contato ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala. 610 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura Profissional de Saúde: _____

Data: ____/____/____

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo - Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ. CEP: 21041-210 Tel.: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Anexo 6: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *(representante do movimento social)*

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “População em situação de rua: A prática de cuidado em uma Unidade de Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro”, que será desenvolvida por **Carolina Cruz da Silva**, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Marly Cruz. O convite à sua participação como representante do movimento social se dá pela sua inserção no Fórum Estadual Permanente da População em situação de rua adulta do Estado do Rio de Janeiro que vem se constituindo como um espaço de mobilização social desse segmento.

O objetivo do projeto é compreender a prática do cuidado desenvolvida pelas equipes da Clínica de Saúde da Família Victor Valla junto à população em situação de rua. A seleção das pessoas envolvidas será por conveniência e disponibilidade, de acordo com interesse demonstrado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo nem risco em sua relação com o trabalho, na qualidade de seu atendimento ou com a Secretaria de Saúde.

O seu envolvimento nesta pesquisa consiste em participar de entrevista individual sobre o tema com objetivo de coletar informações a respeito do objeto de estudo. Suas respostas serão anotadas e gravadas, mantendo sua identidade em sigilo e a entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). Após a conclusão da pesquisa, seus dados serão armazenados em local seguro e as gravações serão destruídas após 5 anos da realização da pesquisa. Os benefícios com a sua participação são relacionados com a contribuição para a melhoria das ações de assistência as pessoas vivendo em situação de rua. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo.

Os dados dessa pesquisa serão publicados/divulgados através da elaboração da dissertação do mestrado com defesa pública, publicação de artigos e apresentação em congressos. Além disso, serão divulgados também para a unidade estudada por meio de uma oficina com o objetivo apresentar as principais considerações que emergiram do processo de investigação, bem como para debater com os profissionais as possíveis relevâncias dos resultados encontrados. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Este termo está redigido em duas vias, que serão assinadas pelo representante do movimento social e pela pesquisadora, e você receberá uma cópia do termo com ambas assinaturas.

Carolina Cruz da Silva

Mestranda ENSP/Fiocruz

Contato ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala. 610 Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura Representante Mov. social: _____

Data: ____/____/____

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo - Manguinhos – Rio de Janeiro / RJ. CEP: 21041-210 Tel.: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

[illegible]

Anexo 7: Modelo da Ficha E utilizado para o cadastro da PSR pela equipe do CR Manguinhos – verso

[illegible]