

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Avner Shimon Goldblum

Acesso ao cuidado em saúde: a percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2020

Avner Shimon Goldblum

Acesso ao cuidado em saúde: a percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, sob a orientação da Prof. Dra. Elyne Montenegro Engstrom, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom

Rio de Janeiro

2020

Catlogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

G618a Goldblum, Avner Shimon.
Acesso ao cuidado em saúde: a percepção de pessoas
atendidas pelas equipes de Consultório na Rua no Município do
Rio de Janeiro / Avner Shimon Goldblum. -- 2020.
80 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2020.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Pessoas em Situação de
Rua. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estigma Social. 5.
Redução do Dano. 6. Ações Intersetoriais. 7. Sistema Único de
Saúde. 8. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098153

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Título do trabalho em inglês: Access to health care: a perception of people attended by the Street Outreach Offices teams in the city of Rio de Janeiro.

Avner Shimon Goldblum

Acesso ao cuidado em saúde: a percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 25 de março de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Iacã Machado Macerata
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Mônica Silva Martins
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom (orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

Dedico o presente trabalho a todos profissionais que lutam por um acesso melhor à saúde para pessoas em situação de rua. Também dedico a todas pessoas em situação de rua que atravessam barreiras para acessar o Sistema Único de Saúde. Por um SUS universal, sem iniquidades e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Elyne e Mirna, coordenadoras da Pesquisa “Avaliação da efetividade do modelo de Atenção Primária à Saúde das equipes de Consultório na Rua na Cidade do Rio de Janeiro”, a qual fiz parte antes e durante o Mestrado. Importante dizer que meu desejo em entrar para o mestrado parte dessa experiência como pesquisador assistente na pesquisa acima e nesse sentido agradeço muito essa oportunidade e o incentivo principalmente da Elyne, por todas as orientações.

Agradeço também todas as equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro, pois fomos muito bem recebidos por todos os profissionais, os quais abriram ‘portas’ de conhecimento e confiaram em nosso trabalho.

Por fim, agradeço aos usuários atendidos pelas equipes de Consultório na Rua que aceitaram ser entrevistados, a participação de vocês foi fundamental para a realização do presente trabalho.

RESUMO

O aumento das pessoas em situação de rua (PSR) em grandes centros urbanos, associado à extrema vulnerabilidade em condições de vida e saúde trazem desafios no acesso ao cuidado em saúde. Essas pessoas podem ser consideradas invisíveis sociais, situação agravada pelo contexto neoliberal gerando tensões em modelos de atenção à saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). O cuidado primário à PSR foi normatizado pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011, com a criação das equipes de Consultório na Rua (eCR). Entendendo-se acesso como um conceito multidimensional, pretendeu-se captar a percepção da PSR sobre as suas necessidades, as barreiras e facilitadores ao acesso ao cuidado relacionados às práticas das eCR e também a dimensão da aceitabilidade como indicador de acesso. **Objetivo:** analisar o acesso ao cuidado em saúde na percepção de pessoas atendidas pelas eCR no município do Rio de Janeiro (MRJ). **Metodologia:** estudo de caso, considerando o universo das sete equipes existentes no MRJ nos anos de 2016/2018, período da coleta de dados. A abordagem analítica foi principalmente qualitativa, com base em entrevistas semiestruturadas (n=14 usuários) e observação direta do trabalho das equipes. Realizou-se análise temática de conteúdo, com categorias teóricas - cuidado pela baixa exigência & alta disponibilidade, redução de danos e aceitabilidade e empíricas - invisíveis sociais, encontros terapêuticos e as ações intersetoriais. Optou-se ainda por descrever algumas informações de natureza quantitativa, disponibilizadas em relatórios pela gestão municipal, com base em cadastros e produção ambulatorial do sistema e-SUS. **Resultados:** situações limitantes ao acesso ao cuidado em saúde: estigma social, a dificuldade de inclusão social e a falta de alguns recursos das eCR e da Rede; facilitadores foram: o processo de trabalho das eCR, a construção de vínculo, o cuidado integral e compartilhado, acolhimento na rua, horários flexíveis para atendimento, acolhimento humanizado e redução de danos. O acesso a saúde contribuiu para a promoção de cidadania para a PSR. Destaca-se aceitabilidade favorável pela PSR ao cuidado pelas eCR **Conclusão:** Manter e ampliar o número de eCR para outras áreas da cidade, com provisão de recursos estruturais. Há desafios como a garantia de equipe multiprofissional completa, suporte logístico para a abordagem na rua, desafio no âmbito do apoio da gestão para lidar com casos complexos.

Palavra-chave: acesso aos serviços de saúde; pessoas em situação de rua; atenção primária à saúde; estigma social.

ABSTRACT

The increase in the homeless population (HP) in large urban centers, associated with the situation of extreme vulnerability in living and health conditions, brings challenges to health care access. These people can be considered socially invisible, a situation aggravated by the neoliberal context which leads to great tensions on the models of health care, especially on Primary Health Care (PHC). Primary care to the HP was regulated by the National Policy of Primary Care in 2011, with the creation of the Street Outreach Office (SOO). By understanding access as a multidimensional concept, we aim at capturing the perception of the HP about its needs, the barriers to and facilitators of care access related to SOO's practices and also to the dimension of acceptability as an indicator of access. **Objective:** analyzing health care access in the perception of people assisted by SOO in the city of Rio de Janeiro (CRJ). **Methodology:** this is a case study, considering the universe of the seven existing teams in the CRJ in the years 2016/2018, the period of data collection. The analytical approach has been mainly qualitative, based on semi-structured interviews (14 users) and direct observation of the teams' work. Thematic content analysis has been carried out with theoretical categories (low-demand care, high availability, harm reduction and acceptability) and empirical categories (socially invisible, therapeutic meetings and intersectoral actions). It has also been decided to describe some information of a quantitative nature, available in municipal reports, based on registrations and outpatient production of the e-SUS system. **Results:** There have been reported situations limiting access to health care, including social stigma, the difficulty of social inclusion and the lack of some resources from the SOO and the Network; facilitators were: the SOO's work process, bond building, integral and shared care, shelter on the street, service flexible hours, humanized refuge and harm reduction. Access to health has contributed to the promotion of citizenship for the HP. What stands out is the HP's acceptability of the SOO's care provision. **Conclusion:** it is paramount expanding the number of SOO in other areas of the city, with provision of structural resources. There are challenges, such as ensuring a complete multiprofessional team, logistical support for the street outreach, as well as the challenge within the scope of management support for handling complex cases.

Keywords: access to health care; homeless people; primary health care; social stigma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Faixa etária da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	36
Gráfico 2 -	Distribuição por sexo da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	36
Gráfico 3 -	Distribuição por tempo em situação de rua da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	37
Gráfico 4 -	Distribuição por raça/cor da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	38
Gráfico 5 -	Distribuição por escolaridade da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	39
Gráfico 6 -	Situação no mercado de trabalho da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	40
Gráfico 7 -	Série temporal da produção ambulatorial das equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	41

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição (número absoluto) de cadastros das equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.....	36
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CR	Consultório na Rua
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSR	Pessoa em Situação de Rua
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	
1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVO	18
2.1	Geral.....	18
2.2	Específicos.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	Conhecendo a população em situação de rua.....	19
3.2	Visibilidade negativa.....	20
3.3	Conceitos e dimensões sobre acesso em saúde.....	23
3.4	Da Atenção Primária à Saúde às equipes de Consultório na Rua.....	25
4	METODOLOGIA	33
4.1	Pesquisa Fonte.....	33
4.2	Recorte analítico.....	34
4.3	Considerações éticas.....	35
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Descrição do perfil da população atendida pelas equipes de Consultório na Rua.....	36
5.2	Análise qualitativa.....	43
5.2.1	Invisíveis Sociais.....	43
5.2.2	Cuidado pela Baixa Exigência e Alta disponibilidade.....	46
5.2.3	Redução de danos.....	47
5.2.4	Encontros Terapêuticos.....	49
5.2.5	Ações Intersetoriais.....	52
5.2.6	Aceitabilidade.....	54
6	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS	70
	APÊNDICE II – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	72
	ANEXO I	74
	ANEXO II	75
	ANEXO III	76

ANEXO IV	78
ANEXO V	79
ANEXO VI	80

APRESENTAÇÃO

As pessoas em situação de rua (PSR) vivem em sua grande maioria em condição de exclusão social, exposta a condições de maior risco e vulnerabilidade a vida e a saúde; são invisíveis sociais pela falta de acesso aos direitos sociais e serviços básicos, como saúde. Apesar de ser complexa a caracterização dessa população, esse segmento de pessoas pode ser caracterizado como um grupo heterogêneo, compostos por trabalhadores informais e desempregados, imigrantes, refugiados, egressos do sistema penitenciário, usuários da saúde mental, usuários prejudiciais de álcool e outras drogas, entre outros, pessoas que têm em comum vínculos familiares e comunitários fragilizados e/ou rompidos, em contexto de violação de direitos, conforme descrito na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008a).

O tema que apresentarei aos leitores da presente dissertação surge quando no final de 2016 e ao longo de 2017, quando participei como pesquisador assistente da pesquisa inicialmente intitulada “Avaliação da efetividade do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) das equipes de Consultório na Rua (eCR) na cidade do Rio de Janeiro”, coordenada pelas pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Elyne Engstrom e Mirna Teixeira. Com formação em Serviço Social e também em Saúde Mental em nível de Residência Multiprofissional do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na referida pesquisa participei diretamente do trabalho de campo, coletando dados primários e posterior análise do material em conjunto com a equipe.

Fui a campo em unidades básicas de saúde, onde funcionam quatro, do total de sete eCR existentes e estudadas. Permaneci por um período de até um mês observando e interagindo com cada equipe, acompanhando o dia a dia do serviço, de segunda a sexta-feira, realizando entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários e produzindo diários de campo pela observação participante. Nesse período, observamos a potencialidade de algumas estratégias usadas pelas equipes como facilitadoras ao acesso aos cuidados primários em saúde à PSR, as barreiras enfrentadas para garantir o acesso a saúde e principalmente os efeitos que o acesso produziam como a promoção da cidadania.

Diante de tamanha vulnerabilidade e invisibilidade à PSR no âmbito do acesso à saúde e demais direitos sociais, faz-se urgente dar voz e visibilidade a temática, sobretudo pela visão dos usuários.

Nesse sentido, o tema do presente estudo, realizando um recorte do material empírico da pesquisa fonte, tem como objeto de análise a dimensão do acesso ao cuidado em saúde na percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro.

1 INTRODUÇÃO

A implementação de modelos de cuidados e serviços de saúde para populações em extrema vulnerabilidade e riscos sociais e em saúde, como a PSR, requer abordar as heterogeneidades dos cenários brasileiros e respectivas singularidades da PSR, assim como as distintas formas de organização assistencial, com vistas a promover o acesso e o cuidado a saúde à um público historicamente invisível.

No país, a quantidade de pessoas em situação de rua vem aumentando, principalmente nas grandes cidades. Em 2015, o pesquisador Natalino, em pesquisa encomendada pela Fundação Getúlio Vargas, estimou mais de 100 mil pessoas em situação de rua no Brasil. Já no âmbito do município do Rio de Janeiro, pesquisa encomendada pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH), constatou haver 14.035 PSR, um aumento de 156% em três anos entre o período de 2013 a 2016 (RIO DE JANEIRO, 2016)¹.

A literatura sobre acesso à saúde para a PSR mostra que essas pessoas passam por muitas dificuldades na porta de entrada, acessando em geral, mais serviços de emergências quando sua situação de saúde se encontra em risco de morte. Não só no Brasil, mas também em países onde o acesso a saúde é universal, como a Inglaterra, as iniquidades se fazem presentes para imigrantes, populações nômades e para pessoas que vivem nas ruas (ELWELL-SUTTON et al, 2016).

Acesso é definido por diferentes características e dimensões dependendo do autor. Apesar de diferentes concepções sobre o acesso em saúde, em geral, o conceito pressupõe a garantia da equidade no uso do serviço (ANDERSEN, 1995).

Dentre as diferentes concepções de acesso, no presente estudo se refere ao entendimento que no acesso, as necessidades de saúde do usuário devam ser consideradas. Dessa forma, a visão dos usuários sobre os serviços ofertados para o cuidado à saúde deve ser valorizada e estudada, aspecto este considerado uma das dimensões de acesso no referencial teórico adotado – de autores como Penchansky & Thomas (1981).

Cabe ainda conhecer as dificuldades ou as barreiras encontradas para tal acesso ao cuidado em saúde e mesmo as condições que facilitam ou potencializam tais práticas. Tais abordagens do acesso da PSR à saúde, mediado pelas eCR serão analisadas no presente estudo. Sabe-se que há outras

¹ Optou-se por não se usar a Pesquisa intitulada “Somos todos cariocas”, realizada em 2018 pela SMASDH, pois se questiona a validade da metodologia utilizada que foi realizada em apenas um dia. Na contramão das outras grandes cidades como São Paulo e Belo Horizonte que apresentam significativo aumento da PSR, a pesquisa apontou que a população em situação de rua no Rio de Janeiro diminuiu de 14.035 para 4.628.

condições que interferem no acesso ao cuidado em saúde para grupos populacionais com as características específicas, como a PSR; contudo, estudar as práticas desta modalidade de equipes de APS nos parece relevante e estratégico, sobretudo pela percepção da população atendida.

Na presente dissertação, usaremos uma definição ampliada de acesso que enfatiza os facilitadores e barreiras aos cuidados primários em saúde (TRAVASSOS E MARTINS, 2004). Nesse sentido, acesso não é entendido exclusivamente como a porta de entrada principal ao sistema de saúde - atributo essencial da APS, segundo Barbara Starfield (2002). Deve ser estudado e compreendido também segundo condições que permitem o acesso de um público historicamente invisível e em sua grande maioria em extrema vulnerabilidade, com ênfase às potencialidades, barreiras e aceitabilidade às práticas das eCR, mas também sobre a cidadania que o acesso ao cuidado em saúde promove para a PSR.

Considerados ‘descartáveis urbanos’, expressão usada pelos autores Varanda e Adorno (2004), a PSR enfrenta maiores dificuldades para acessar a saúde. Veremos que os estigmas se apresentam como importante barreira ao acesso dessa população. São representações pejorativas, como ‘bandidos, drogados, vagabundos’ que reforçam o lado punitivo do estado para a questão social, pois influenciam ações de cunho moral por agentes públicos e privados (TEIXEIRA et al., 2019).

De forma breve, veremos o conceito de ‘desfiliaados’, cunhado por Castel (1995) para designar aquelas pessoas que ultrapassam a vulnerabilidade e se encontram vivendo os riscos sociais que antes somente corriam. Nesse sentido, são pessoas que ao viverem um duplo processo de perdas, tanto a nível de fragilização de vínculos familiares como de desemprego ou emprego precarizado, são desqualificados como um cidadão de direito, impondo a pessoa a exclusão social.

No presente trabalho, veremos que há diferentes estratégias para se melhorar o acesso ao cuidado em saúde para a PSR que podem ser utilizadas por todas as equipes que operam pelo modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), pois possuem um rol de serviços mais ampliado que as equipes tradicionais da AB. Entretanto, também veremos que esse modelo de cuidado está em tensão, pois é atravessado por políticas que privilegiam outros modelos de cuidado e também pelo corte de recursos que acaba interferindo no financiamento e em modelos de atenção primária mais restritos, com carteiras de serviços mais seletivas (GIOVANELLA et al, 2019).

Nesse sentido, a presente dissertação considera como pressuposto que há barreiras ao acesso ao cuidado em saúde no SUS para a PSR, mas que as eCR são dispositivos potentes que facilitam o acesso para a população atendida.

Desse modo, as perguntas que nos propomos responder são:

- Quais as barreiras de acesso ao cuidado em saúde enfrentadas pela PSR?
- Qual a percepção de pessoas em situação de rua atendida pelas eCR sobre o acesso ao cuidado em saúde que é mediado pela eCR?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Analisar a dimensão do acesso ao cuidado em saúde mediado pelas equipes de Consultório na Rua na Cidade do Rio de Janeiro na percepção de pessoas em situação de rua.

2.2 Específicos:

Descrever o perfil dos usuários atendidos pelas equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro;

Analisar as estratégias facilitadoras e as barreiras ao acesso na percepção de usuários atendidos pelas equipes de Consultório na rua;

Analisar a dimensão do acesso relacionada a aceitabilidade dos usuários sobre as práticas das equipes de Consultório na Rua, importante condição traçadora ao acesso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conhecendo a população em situação de rua:

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008a), identificou que a grande maioria da PSR é do sexo masculino (82%) e no recorte de cor/raça, apontou que 67% é negro, mostrando ser superior à média nacional descrita pelo censo demográfico de 2010, que apontou uma população de 50,7% de negros no país (BRASIL, 2014).

Em cartilha intitulada *Produzindo saúde nas ruas: o trabalho das equipes de Consultório na Rua*, publicada pelo Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde – PMA/VPPCB², caracterizaram a PSR como:

Grupo heterogêneo que pode ser composto por imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, entre outros, que apresentam mais chance de adoecer e morrer por doença de natureza infectocontagiosa, doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à saúde mental ou uso prejudicial de álcool e outras drogas e às causas externas.

No senso comum e na própria literatura, ouvimos e lemos muito a expressão “morador de rua” (GHIRARDI et al., 2005). Entretanto, no presente estudo, o leitor observará o uso da expressão “população em situação de rua”, corroborando o perfil dinâmico e heterogêneo desse grupo, evidenciado pela citação de Aguiar et al (2012):

Apesar da multiplicidade de condições de subsistência e moradia, este grupo tende a se caracterizar por pessoas com renda bastante baixa, que por circunstância temporária ou permanente, se alojam em ruas, espaços públicos das cidades e/ou albergues (p.116).

Nesse sentido, mesmo havendo referência de lar, ou estando abrigado em algum equipamento, o indivíduo continua em situação de rua, pois no caso do abrigo, este é provisório e no caso da referência de família e comunidade, os vínculos estão fragilizados e/ou rompidos. Dessa forma, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008a) identificou que entre os principais motivos para a ida a rua estão o desemprego, rompimento de vínculos familiares e uso prejudicial de drogas, ou seja, situações que podem ser provisórias.

A mesma pesquisa, contrariando o imaginário social de que a população em situação de rua é ociosa e não trabalha, constatou-se que entre os entrevistados, 70,9% afirmaram exercer alguma atividade remunerada, entretanto, os vínculos empregatícios e as atividades realizadas são muito precárias.

² Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26704>.

3.2 Visibilidade negativa:

Castel (1995), em *As Metamorfoses da Questão Social*, ao analisar a origem da assistência aos pobres na Inglaterra, percebe que já na transição da sociedade medieval para a moderna, com a mudança da tutela para o mundo assalariado, o tema dos indigentes válidos, ou seja, aquelas pessoas aptas a realizar alguma atividade laborativa, mas fora do mundo assalariado, chamados pejorativamente de “vagabundos”, se põe como um problema para alguns governantes, na medida em que o quantitativo da mendicância de desempregados aumenta de forma considerável, principalmente pela falta de assistência.

Nesse período histórico, a assistência a essas pessoas se diferenciava entre os que tinham vínculos com o território (merecedores da solidariedade cristã e conseqüentemente da assistência pela via da caridade) e os estrangeiros, estes últimos vistos como perigosos. Bauman (2005) chamou esses últimos de “*refugio humano*” (p.12), os indesejáveis e excessivos. Usando como referência Steven Flusty, Bauman (2009) expõe a expressão “*mixofobia*” (p.43), o medo do outro, daquele fora de sua comunidade/cidade, gerando o desejo pela segurança, que se confunde com isolamento e com a suspeita crescente com relação ao “outro” e ao “diferente”. Esses indivíduos são definidos como mendigos, indivíduos imprestáveis, ociosos, indolentes, entre outros termos pejorativos. São aquelas pessoas sem lugar, sem o pertencimento comunitário com o território que foram buscar refúgio e emprego (CASTEL, 1995).

Ainda Castel (1995), agora usando como referência o caso francês, ao tratar da “*obsessão pela repressão a vagabundagem*” (p.24) ainda nas sociedades pré-industriais do antigo regime, para compreender a atual marginalidade relacionada a grupos vulneráveis, desenvolve o conceito de “*desfiliação*” para explicar os processos de exclusão social que levam à marginalização dos indigentes, estes entendidos como “*sem domicílio fixo, certos toxicômanos, jovens à deriva em subúrbios deserdados, por exemplo, -pacientes psiquiátricos ou ex-delinquentes saídos de instituições, etc.*” (p.20).

Para o autor, o processo que leva a marginalização ou da desfiliação é resultado de um duplo processo de ruptura: relacionado ao trabalho (seja do desemprego ou de sua precariedade) e a inserção relacional (entendido como fragilização e/ou rompimento dos vínculos familiares e comunitários).

Os processos de exclusão social também estão relacionados a pobreza, mas para o autor, a pobreza em si por um tempo não foi um grande determinante para a marginalidade, na medida em que havia uma pobreza integrada, ou seja, artesãos e camponeses sempre estiveram num

limiar tênue de pobreza para mendicância, mas isso não chegava a ocorrer até o século XIX, então não precisavam de medidas específicas para sobreviverem.

Nas sociedades do antigo regime, ainda, a tolerância a certas formas de mendicância, o sistema hospitalar e a distribuição regular de assistência a certas categorias de indigentes asseguravam uma estabilidade, uma responsabilidade social com os indivíduos que se situavam incontestavelmente, abaixo do patamar da pobreza (...). No entanto, outros grupos, como os vagabundos, recebiam um tratamento totalmente diferente e eram completamente marginalizados. (CASTEL, 1995, p.21)

Para compreender esse processo de exclusão o autor desenvolve quatro zonas que se diferenciam por alguns eixos, como “*trabalho estável, trabalho precário, não-trabalho; inserção relacional forte, fragilidade relacional, isolamento social*” (Ibid., p.23). A primeira zona é a da integração, representa aqueles que não tem ameaçado seu emprego, tem vínculos estáveis e recebem o suficiente para bancar seu bem-estar social, além de terem forte relação de pertencimento relacional. Já os sujeitos na zona da vulnerabilidade, podem descer a qualquer momento para a zona seguinte, a da marginalidade que o autor chama de desfiliação, pois seu trabalho é independente, fora de associações corporativas, trabalho precário e insuficiente, assim como não é estável e tem frágil vinculação de pertencimento ‘inter-relacional’. Na zona de desfiliação, o sujeito vive o duplo processo de ruptura, tanto a nível ‘inter-relacional’ como do trabalho precário e/ou da falta dele. O sujeito apesar de apto ao trabalho, não o faz, em geral pela falta de emprego. É tido como o errante, rejeitado e outros estigmas. Já a última zona é a da assistência, aqueles ditos por indigente inválido são merecedores da caridade. As pessoas não estão possibilitadas ao trabalho, seja pela idade, por deficiências físicas, doenças e outros.

Segundo o autor, a zona da integralidade esteve por um tempo a um nível de estabilização, o que se transforma principalmente com a passagem da tutela ao trabalho assalariado, da passagem do antigo regime ao estado moderno, devido a precariedade do trabalho que não permitia toda satisfação do bem-estar social por meio do assalariamento e assim como da não concretização do pleno emprego.

Castel (1997), em *As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade a desfiliação*, divide a marginalidade em duas dimensões para tratar da marginalidade moderna. A primeira denominada de marginalidade livre, referente aos que usam os serviços da assistência social de forma esporádica, ainda não se reconhecendo como sujeitos dessa política.

O marginal organiza para si uma existência precária, na medida em que ele estabelece apenas relações pontuais com os serviços sociais. Este traço merece ser sublinhado, pois ele distingue claramente a marginalidade da pobreza, e mesmo a pobreza dependente. (CASTEL, 1997, p.11)

O autor distingue ainda, dentro do grupo dos marginais livres, os marginais sem estatuto, os “clochards”. Esses são os ciganos, os sem domicílio fixo, assim como catadores de materiais recicláveis e população em situação de rua em geral. Um segundo grupo criado pelo autor são dos marginais em “*espaços separados*” (Id., *ibidem*), ou seja, instituições fechadas como asilo, hospitais psiquiátricos, abrigo etc. São retirados da vida comum, numa relação de poder disciplinar (FOUCAULT, 1987). De forma concreta são pacientes de saúde mental, invalidez crônica, pessoas com deficiência física, egresso do sistema penitenciário, entre outras formas.

Foucault (1987) em *Vigiar e Punir*, identifica através da relação do biopoder que a disciplina as normas e comportamentos, que as pessoas citadas acima são vistas como sem utilidade para o estado moderno, pois não seriam produtivas nem submissas no caso de egressos do sistema penitenciário e dos usuários de saúde mental.

Nesse sentido, a marginalização dessa população leva a um processo de estigmatização, ou seja, de representações sociais pejorativas (VARANDA e ADORNO, 2004; GOFFMAN, 2008; FERRO, 2012; HALLAIS & BARROS, 2015; NONATO & RAIOL, 2016). A visibilidade que se transmite acerca desses grupos é uma visibilidade negativa, pois em geral os associam a ladrões e usuários de drogas, como se o único e exclusivo problema que rondasse o contexto dessas pessoas se resolvesse somente com intervenções no âmbito da saúde mental e penal. Nesse sentido, a mídia, ao associar a PSR somente a frequentadores de crackolândias, passam imagem de delinquentes, perigosos, drogados, entre outras representações pejorativas (LACERDA, ENGSTROM & CARDOSO et. al, 2018).

O processo que gera invisibilidade a PSR inverte sua situação, quer dizer, quem sofre violência passa a ser identificado como causador da violência, o que “legitima” o estado a agir com respostas no âmbito da segurança, tratando a questão social como caso de polícia. São removidos e recolhidos tanto pelo poder público, com ações de choque de ordem pela secretaria de segurança e de expulsão por agentes privados, como de seguranças de restaurantes e prédios comerciais e residenciais (SERAFINO & LUZ, 2015). Em algumas situações aceitos em marquises de locais comerciais, pois podem inibir algum roubo por estarem no momento de um suposto crime, mas nem sempre são vistos assim.

A visibilidade negativa, portanto, reforça as ações punitivas por parte do estado no sentido de ter legitimado pela população certas ações e a permanência de ausência de políticas públicas (HALLAIS & BARROS, 2015).

Varanda & Adorno (2004), Hallais & Barros (2015) e Alcântara et al., (2016) chamam atenção ao fato de que a marginalidade desenvolve no sujeito a incorporação dos estigmas que sofre da sociedade que o exclui. Assim, o sujeito internaliza as visibilidades negativas que impõem a ele, a partir da criminalização do pobre. As experiências desestruturantes levam o sujeito a minar seus potenciais, internalizando assim a vergonha e a humilhação que passam no dia a dia, o que aumenta o desafio de ofertar cuidado a essa população.

O relato sobre como eram vistos os indigentes válidos parece bem atual quando analisamos os estigmas que rondam o imaginário acerca de quem são as pessoas em situação de rua, relacionados a pessoas perigosas e que não querem trabalhar. Principalmente pelos meios de comunicação, há uma visibilidade negativa acerca desse grupo, invertendo a lógica, de vítimas do processo de exclusão social a pessoas perigosas que comentem violência (NONATO & RAIOL, 2016). Nesse sentido, percebemos que essa população vem sendo invisibilidade há bastante tempo.

3.3 Conceitos e dimensões sobre acesso em saúde:

Acerca do conceito de acesso, há consenso e discordância entre diversos autores sobre seu sentido, contexto que é empregado, escopo e objetivos e até pela terminologia e dimensões utilizadas. Em revisão da literatura realizada Travassos e Martins (2004), as autoras evidenciaram que há autores que falam de acesso somente na perspectiva do indivíduo, outros da oferta do serviço e outros em ambas. O conceito de acesso tem sido usado para se referir a oferta e ao uso do serviço de saúde, seus facilitadores e barreiras, interação entre usuário e serviço e vice-versa, e na perspectiva da aceitabilidade (PENCHANSKY E THOMAS, 1981).

Penchansky e Thomas (1981) aprofundam, em todas as dimensões do conceito de acesso, a interação entre serviço e usuário (vice-versa) destacada por Donabedian (1988), propondo a seguinte definição de acesso: “*grau de ajuste entre os usuários e o sistema*” (PENCHANSKY E THOMAS, 1981, p.181, tradução nossa). Dentre as seis dimensões trazidas pelos autores, vale destacar a relevância para a presente análise de duas dimensões: acolhimento e aceitabilidade. Essa última, quer dizer, as atitudes do usuário perante o serviço ofertado e a atitude do profissional ou serviço com o que se oferta. Essa dimensão está relacionada principalmente a satisfação do usuário com o serviço ofertado. A forma que o serviço se organiza e seu modelo de cuidado podem produzir maior ou menor satisfação do usuário e da comunidade com o serviço de saúde. “Uma questão central no que concerne à aceitabilidade é o respeito” (THIEDE et al., 2014:147). É preciso que o serviço conheça bem seus pacientes e

seu território para compreender as necessidades e poder se adequar e realizar os ajustes necessários para atender a população. A aceitabilidade interfere e é interferida pelas demais categorias referidas pelos autores.

Já na dimensão ‘acolhimento’, há a preocupação em analisar a forma como os recursos estão organizados para acolher as necessidades dos pacientes, se por exemplo, o horário de funcionamento atende aos usuários, se os usuários se adaptam ao modo de funcionar do serviço, a percepção do usuário quanto à adequação, as características dos profissionais quanto à qualidade, recursos materiais como instalação, entre outras características.

Andersen e Newman (1973), na publicação *Societal and individual determinants of medical care utilization*, indicam que “*acesso se refere aos meios pelos quais o paciente obtém acesso ao sistema de assistência médica e o processo contínuo do tratamento*” (p.08, tradução nossa). Para os autores, fatores individuais e sociais influenciam a utilização do serviço de saúde, mas “*os determinantes sociais da utilização (do serviço) afetam os determinantes individuais*” (ANDERSEN & NEWMAN, 1973, p.03, tradução nossa).

Dentre outros autores que conceitualizam o acesso em saúde, Donabedian (1988) desenvolve que o conceito está relacionado a “*capacidade de produzir serviços e de responder as necessidades em saúde de uma determinada população*” (DONABEDIAN, 1988, p.496, tradução nossa). Acesso medeia a relação entre oferta e uso, cujo foco é a atender a necessidade de saúde. Por expressar em alguma medida elementos da equidade na utilização do serviço, esse conceito parece extremamente sensível quando falamos dentre as populações vulneráveis, a PSR.

Donabedian (1988) destacou, ainda, a importância das características da organização do modelo de assistência à saúde, distinguindo as características sócio organizacionais das características geográficas. Nessa dissertação, o leitor observará que se priorizou as categorias sócio organizacionais que potencializam o uso do serviço de saúde ou que podem ser barreiras ao acesso.

Ademais, o leitor observará que a perspectiva de acesso utilizada no presente estudo não é entendida, portanto, somente como a ‘porta de entrada’, um dos atributos da APS, como definido por Starfield (2002), mas sim, como um conceito multidimensional que está relacionado as necessidades dos usuários, seus facilitadores ao uso, barreiras e aceitabilidade.

3.4 Da Atenção Primária à Saúde às equipes de Consultório na Rua

As políticas sociais representam formas de proteção social por meio de ações de um governo, ou seja, são materializadas pelas políticas públicas de um estado tendo em vista uma finalidade específica. A formulação e implementação das políticas são atravessadas por diferentes cenários e contextos político e econômico, externos e internos (VIANA & LEVCOVITZ, 2005).

A conformação do atual SUS no Brasil envolveu e envolve até o presente contexto, disputas de interesses e poder por diferentes atores e organizações internacionais. No Brasil, a conformação das primeiras iniciativas de APS nas décadas de 70 e 80 sofrem influência externa dos organismos financeiros do capital internacional como Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial que recomendam a política do estado mínimo, de organismos em defesa da vida e da paz como Organização das Nações Unidas e UNICEF que recomendam APS como modelo de saúde e internas no âmbito do movimento da Reforma Sanitária que colaborou na luta por uma APS ampliada (GIL, 2006).

Na declaração de Alma-Ata (1978), ficou evidenciado que AB representa muito mais que somente serviços de saúde. A condição de Saúde de cada indivíduo é atravessada por problemas de saneamento básico, desigualdade social, falta de alimentação e água, participação social no planejamento e implementação de políticas públicas, políticas de assistência social, entre outras determinações (GIOVANELLA et al., 2019; ASTANA, 2018). Do mesmo modo, o movimento da reforma sanitária trabalhou por um entendimento ampliado de saúde, assim como a construção de uma saúde pública que não seja mínima ou para pobre.

Com a criação do SUS e seus princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular, a concepção de APS também foi se modificando. Para diferenciar-se da concepção de APS seletiva, as políticas do Brasil adotaram o termo “atenção básica” definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação e com o objetivo de responder a maior parte de necessidades de saúde da população. (LIMA, 2016, p.24)

No Brasil, a principal porta de entrada no SUS é pela APS (PNAB, 2006a, 2011 e 2017). Em 1994, o Ministério da Saúde, implementa o Programa Saúde da Família (PSF) para a Atenção Básica e anteriormente em 1991 o Programa de Agentes Comunitários:

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), de 1994 tinham o intuito de estimular a reorganização da atenção em âmbito local e tinham por foco, as famílias vulneráveis. Foram criados enquanto programas verticais para as regiões

Norte e Nordeste do país para interromper epidemias. Porém, principalmente no período de 1998-2002, o PSF deixou de ser uma política de focalização da atenção básica, para ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS, com vistas à universalização. (LIMA, 2016, p. 25)

Na Norma Operacional Básica de 1996 que se aparecem as primeiras citações ao PSF, indicando como opção de modelo e explicitando financiamento para o PSF e PACS (GIL, 2006).

Já em 2006, o Pacto pela Saúde, instituído pela portaria nº399, ratifica o compromisso do SUS com o modelo da ESF para Atenção Básica. Substituiu a terminologia programa para estratégia, o que a autora Gil (2006) classifica como um avanço, devido ao acúmulo produzido até então pelos debates e experiências, e também ao dar prioridade a consolidação e qualificação do referido modelo de cuidado: “PACTO PELA VIDA - Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006b).

A APS, influenciada por organismos financeiros de proteção ao capital internacional, historicamente foi pensada para atender áreas e pessoas vulneráveis, mas atualmente é difundido como importante meio de (re)organização de sistema de serviços de saúde (CECÍLIO et al, 2012).

Agora a APS é pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas pela posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado (Ibid., p.2894).

A PNAB de 2006, pactuada por diferentes atores dos três níveis de governo, prioriza a Saúde da Família como estratégia e modelo de cuidado para a AB (GIOVANELLA et al., 2009). *“Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões” (p.984).*

Os principais atributos do cuidado da APS segundo Starfield (2002) são atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Acerca da atenção ao primeiro contato, a autora define que esse atributo está relacionado a acessibilidade e ao uso do serviço. Dessa forma ela elenca questões importantes para serem analisadas como:

Em que medida o sistema oferece fácil acesso, tanto geograficamente quanto com horário mais prolongado de funcionamento? A população acha este acesso conveniente? O quanto o acesso mais fácil está associado à utilização

do estabelecimento para problemas novos por sua população definida? (Ibid., p.62)

Quanto a longitudinalidade, esse atributo refere ao acompanhamento contínuo da população de referência da unidade de atenção primária, a partir do uso regular do serviço. Tem inserido aí uma relação de vínculo entre usuário e equipe, *“refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”* (Ibid., p.62). Algumas perguntas são postas pela autora:

Aqueles indivíduos claramente identificados como usuários identificam a unidade de saúde como sua fonte regular de atenção e utilizam-na como tal por um período de tempo? Todas as consultas, exceto as iniciadas pelos profissionais, ocorrem na unidade? A natureza da interação entre o profissional de saúde e os pacientes reflete sua cooperação mútua? (Ibidem).

Referente a integralidade, esse atributo se refere ao cuidado integral em saúde. Nesse sentido, é na AB que o usuário vai ser encaminhado para o setor secundário e terciário em saúde quando necessário, tendo em vista preceitos da prevenção e promoção de saúde na APS. Algumas questões são provocadas pela autora, como:

Diversas questões importantes referem-se à integralidade. O quão inclusivo é o pacote de benefícios oferecido? Ele é explícito e é compreendido pela população? Ao oferecer serviços, os profissionais reconhecem um amplo espectro de necessidades na população? Eles encaminham a outros especialistas, quando apropriado? (Ibid., p.63).

Por fim, o atributo da coordenação da atenção se refere a continuidade do cuidado e ao reconhecimento do problema em saúde. A autora levanta as seguintes perguntas acerca desse atributo:

Em que medida o agendamento é organizado para permitir que os pacientes consultem sempre com o mesmo profissional em todas as consultas? Os prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento dos pacientes? Existe aumento do reconhecimento de problemas associado à melhor continuidade? Este reconhecimento aumentado é função de prontuários melhores, da continuidade com um profissional usual, ou de ambos? (Ibid., p.64)

Há também outros atributos derivados, conforme mostra a pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro (BODSTEIN et al., 2017) como orientação comunitária, familiar & cultural e intersetorialidade que estão representados na Figura 5 em Anexo. Nessa pesquisa, a partir de oficinas com profissionais representantes das eCR, gestores e apoiadores do município foi desenvolvido um modelo lógico, onde foi descrito as principais atividades realizadas pelas equipes, os recursos necessários e resultados esperados. O primeiro atributo está relacionado a valorização da

cidadania e do fortalecimento familiar e comunitário. Possuem como principais atividades: mapear o território; reativação dos vínculos familiares, com reintegração da PSR; mapear e fortalecer as redes sociais formais e informais do território; acompanhar usuários em atividades culturais na cidade; realizar atividades educativas e culturais junto a PSR e realizar ações coletivas e individuais de higiene e autocuidado. Os resultados esperados são: melhoria do diagnóstico ambiental do território, aumento da reintegração familiar e social da PSR e aumento da autoestima e autocuidado.

Já o atributo da intersetorialidade, representado na Figura 6 em Anexo, tem como resultados esperados o fortalecimento das ações de reinserção social, valorização da cidadania, ampliação da rede de apoio social e fortalecimento das ações intersetoriais. Entre algumas das atividades, está a acompanhar casos em ações de vara de infância e conselho tutelar, manter intercomunicação dos casos que estão no sistema prisional, realizar atividades coletivas nos equipamentos de outros setores (abrigos, espaços comunitários, etc.), realizar referência e acompanhamento para a rede de assistência social, trabalho e outros, articulação com poder judiciário e participar de reuniões dos colegiados intersetoriais.

Apesar de preconizado e instituído pelo SUS como modelo de cuidado para AB, a ESF somente teve uma expansão e reestruturação a partir de 2009 no município do Rio de Janeiro. Em relação ao acesso e a cobertura da ESF, em 2008 havia 132 equipes e em 2015 havia 843 equipes (COSTA e SILVA et al., 2016). Em 2016 haviam 958 equipes SF e em 2017, 1.251 equipes implantadas (MELO et al., 2019). Nesse sentido, a cobertura populacional da ESF no MRJ, passou de 3,5% em 2008 para 70,6% em 2017, segundo fontes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2017 (SORANZ, 2018).

Três dimensões complementares são desenvolvidos por Costa e Silva et al (2016) sobre a reestruturação da ESF na cidade do Rio de Janeiro pela SMS: i) maior participação da saúde no orçamento municipal e maior participação da APS no orçamento da saúde, com aumento expressivo do recurso investido; ii) mudança do modelo de atenção por meio da expansão da ESF e instituição dos Território Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS; e iii) adoção do modelo de gestão com OSS, que pela utilização das regras do direito privado agilizou a contratação de profissionais, a aquisição de insumos e equipamentos e a construção de novas unidades de saúde.

Entretanto há críticas entorno do modelo gerencialista utilizado pelas Organizações Sociais de Saúde, demonstrando que ainda precisa haver mais participação social e transparência. Veremos mais adiante que a expansão e o aumento da cobertura estão em um contexto de tensão e ameaças com a aprovação da PNAB de 2017 e com a Emenda Constitucional 95. Como exemplo prático, já em 2018 no MRJ houve redução de equipes SF para 1.177 e no ano seguinte para 1.090 (MELO et al., 2019).

Acerca das eCR, foram desenvolvidas a partir de experiências anteriores com foco na AB (nas cidades do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Belo Horizonte) a partir de equipes específicas para o atendimento da PSR. Em paralelo, na cidade de Salvador, se inicia a experiência do Consultório de Rua que possui um foco maior na abordagem da saúde mental e no uso prejudicial de drogas. Essas experiências foram incorporadas pela PNAB de 2011, ao ser instituído as eCR. Os autores Trino, Machado e Rodrigues (2015) ao trabalharem os “conceitos norteadores do cuidado junto à PSR”, dão destaque a seguinte citação do texto da referida PNAB:

A responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua (...) é de todo e qualquer profissional do SUS, com destaque especial para a atenção básica. (...). Pode-se lançar mão das equipes de Consultório na Rua (...) com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (p.28).

Nesse sentido, é a partir da PNAB de 2011 que se institui as eCR através da Portaria 122/2012. São equipes da atenção básica que oferta a mesma carteira de serviços que uma equipe da ESF, mas com a especificidade de ser exclusiva para a PSR e com possibilidade de mais profissionais de outras categorias profissionais. Foram instituídas para se melhorar a equidade e o acesso aos cuidados primários em saúde para a PSR.

No Brasil, em janeiro de 2020, estavam cadastradas 170 equipes de CR. A nível municipal, na data do estudo, haviam 07 equipes de CR no universo da cidade do Rio de Janeiro, sendo a primeira implementada em 2009 na região do centro da cidade e as duas últimas em 2015.

A equipe pode ser de três modalidades: I, II e III. As categorias profissionais que podem compor as equipes de CR foram divididas em letra “A” e letra “B”. Na letra “A” estão enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. Na letra “B” estão agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.

Nesse sentido, a equipe de modalidade I, pode ser composta por quatro profissionais, sendo necessariamente ao menos dois profissionais entre as categorias profissionais da letra “A”. Na modalidade II, a equipe deve ser composta por seis profissionais, sendo necessariamente três entre as categorias profissionais da letra “A”. Já na modalidade III, a equipe conta com o acréscimo de um profissional da categoria médica. Fica a cargo do gestor local essa decisão sobre a composição da equipe que deve ser construída a partir de diagnóstico sócio territorial.

O CR não é uma equipe que fica só na rua, apesar de ter no acolhimento na rua uma das principais estratégias para levar cuidados primários em saúde para a PSR. Os profissionais que compõem a equipe possuem um local de apoio, geralmente em UBS que atuam pelo modelo da ESF. Assim, as equipes têm disponível toda infraestrutura de uma Unidade Básica de Saúde para poder ofertar sua carteira de serviços, pois na rua não é possível ofertar a infraestrutura adequada para alguns serviços.

No município do Rio de Janeiro, as eCR estão em diferentes localidades da cidade, organizadas por Coordenações de Áreas Programáticas (CAP), localizadas em diferentes áreas da cidade, sendo 02 no Centro da cidade (CAP 1.0), 01 em Manguinhos (AP 3.1), 01 no Jacarezinho (CAP 3.2), 01 em Realengo (CAP 5.1), 01 em Acari (CAP 3.3) e 01 em Santa Cruz (CAP 5.3).

As CAP's são divisões administrativas da Saúde que organiza o território em conjuntos de regiões. No total existem 10 CAP's no município do Rio de Janeiro, ou seja, são quatro CAP's que não possuem CR.

Sobre o cenário do município estudado, a composição das categorias profissionais das equipes é de modalidade III. Todas possuíam enfermeiro, psicólogo, assistente social, agente social de saúde, técnico de enfermagem e médico. Apesar dos procedimentos que compõem a carteira de serviço como saúde bucal estar preconizado, somente duas equipes possuem dentista e técnico de saúde bucal. Em três há Terapeuta Ocupacional. Somente em uma equipe há um profissional com cargo de Articulador.

Sobre o cenário das eCR, em comum, atuam em bairros que apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano quando comparados com áreas da zona sul da cidade. Também apresentam os maiores índices de tiroteios e casos de balas perdidas, conforme mostra a

plataforma digital “Fogo cruzado”³, organizada pela Anistia Internacional. A não ser pelas duas equipes localizadas no Centro, todas as outras estão em áreas com alto índice de violência decorrente principalmente da guerra às drogas.

Todas as equipes de CR do município são credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS), o que a habilita receber verbas de custeio do Governo Federal.

Sobre algumas normativas em saúde, a nível municipal para a PSR, no ano de 2017, foi lançado o documento pela SMSRJ, intitulado “Diretrizes norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro”, que tem por objetivo estabelecer condutas e critérios mínimos para implantação, composição, organização do processo de trabalho e ações a serem desenvolvidas pelas equipes de Consultório na Rua.

Posteriormente, foi apresentado pela SMSRJ, no Fórum Estadual de Consultório na Rua do Rio de Janeiro, de agosto de 2018, acerca do número de cadastrados nas sete equipes de CR do município do Rio de Janeiro, 9 mil PSR atendidas. Há equipe que possuem mais de três mil PSR cadastradas. Observamos assim que o número de equipes ainda é muito menor do que o necessário, havendo áreas programáticas que as equipes de CR não dão conta de todo o território e áreas programáticas que não tem equipe de CR. Como exemplo disso, na Portaria 122/12 que define diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, no inciso segundo do 6º artigo, diz que “*o parâmetro adotado será de uma eCR para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua*”.

De forma recente, no âmbito da normatização e priorização da PSR, foi aprovada Política Municipal para a População em Situação de Rua a partir da Lei 6.350 de 04 de maio de 2018, conhecida como “Lei Maria Lúcia Pereira”, uma homenagem a uma coordenadora do Movimento Nacional da População em Situação de Rua. A lei estabelece a criação do Comitê Intersetorial para monitoramento e acompanhamento da política, e esse comitê foi instituído por meio de Decreto Municipal nº 44857 de 07 de agosto de 2018, que institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua.

³ <https://fogocruzado.org.br/>. Acesso em 20/11/2018.

4 METODOLOGIA

O presente estudo traz uma abordagem analítica empírica, cuja fonte foram os dados primários coletados em pesquisa fonte intitulada “Avaliação da efetividade do modelo de atenção primária à saúde das equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro⁴”.

O recorte analítico considerou exclusivamente a percepção dos usuários atendidos pelas eCR sobre a dimensão do acesso ao cuidado em saúde relacionadas às práticas das equipes. A abordagem analítica foi principalmente qualitativa, com base em entrevistas semiestruturadas realizadas com os usuários e em observação direta sobre o trabalho das equipes nas unidades e nas ruas.

Contudo, considerando a heterogeneidade da PSR no que se refere às suas características demográficas e sociais, a variação entre diferentes contextos, e ainda, a ausência de informações censitárias e epidemiológicas específicas desta população – invisível para os sistemas de informação e portanto, para políticas públicas, como citado em seções anteriores desta dissertação - optou-se ainda por descrever algumas informações de natureza quantitativa, acerca de características de usuários atendidos pelas eCR do Rio de Janeiro. Para tal, de forma inicial, apresenta-se uma descrição do perfil da PSR atendida, com base em cadastros e produção ambulatorial do sistema e-SUS adotado paulatinamente nas Unidades Básicas de Saúde do município a partir de 2018/2019, informações estas disponibilizadas em relatórios pela gestão municipal para a referida pesquisa fonte da presente dissertação.

4.1 Pesquisa fonte:

Trata-se de um estudo de caso que investigou o universo das sete equipes de CR existentes no Município do Rio de Janeiro no ano de 2016/2017. Em um primeiro momento da pesquisa, no ano de 2016, foi desenvolvido a partir de oficinas em conjunto com profissionais e gestores, um modelo lógico teórico para delinear as atividades, recursos e resultados desenvolvidos pelas equipes. Os resultados desta etapa do estudo foram publicados em capítulo de livro pelos autores Engstrom, Cardoso; Lacerda et al., 2017 e em material técnico (Bodstein et al, 2017).

Essas atividades foram agrupadas por dimensões/componentes que tiveram como referência os atributos da APS explicitados na PNAB (2011). As dimensões foram “Porta de entrada, Vínculo longitudinal, Integralidade, Coordenação do cuidado, Orientação comunitária/cultural

⁴ Pesquisa coordenada por Elyne Montenegro Engstrom, Mirna de Barros Teixeira, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz em 2015, sob parecer CAAE número 45742215.6.0000.5240.

e Intersetorialidade”. Este último componente apesar, de não ser um atributo da APS foi inserido no modelo por ser apontado como relevante pelas equipes, para o cuidado. Para cada atributo, foram delineados os insumos necessários, as atividades realizadas, os produtos dessa atividade, os resultados e por último o impacto em longo prazo na população.

Em um segundo momento, foi realizada coleta de dados primários, utilizando como técnicas, a entrevista semiestruturada com profissionais e usuários, além de observação participante do trabalho das equipes.

As entrevistas semiestruturadas tiveram duração média de 45 minutos e foram gravadas após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento para os usuários. Foram selecionados participantes indicados pelas equipes. Ao todo foram entrevistados 34 profissionais de diferentes categorias profissionais e 14 usuários.

Além das entrevistas, utilizou-se ainda material advindo de diários de campo produzido na observação direta do trabalho das equipes. Para tanto, dois pesquisadores assistentes ficaram em torno de 01 mês em cada equipe de Consultório na Rua, no período de dezembro de 2016 a junho de 2017. A imersão no campo ocorreu com os pesquisadores acompanhando todo o processo de trabalho das equipes, de segunda a sexta-feira durante o horário de funcionamento das equipes. Assim, foi possível acompanhar os atendimentos e a organização da equipe tanto na clínica como na rua.

Outras publicações da referida pesquisa abordam de forma mais aprofundada, dimensões das práticas das eCR na perspectiva dos profissionais de saúde e pouco foi discutido sobre a visão dos usuários, como a publicação em capítulo de livro pelos autores Lacerda, Engstrom, Cardoso et al (2018) e as publicações “A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida” (Engstrom EM, Lacerda A, Belmonte P, Teixeira MB, 2019) e “Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro” (Teixeira MB, Belmonte P, Engstrom EM, Lacerda A., 2019).

4.2 Recorte analítico do presente estudo

Para a descrição do perfil da população cadastrada pelas eCR, as seguintes variáveis foram consolidadas: idade, sexo, escolaridade, tempo em situação de rua, cor, situação no mercado de trabalho e números de atendimentos individuais, odontológicos e procedimentos. As informações foram apresentadas em forma de frequência simples (absoluta e percentual), em tabelas e gráficos.

Foram analisadas as 14 entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários cadastrados nas sete eCR do MRJ. Os usuários (dois por equipe) foram selecionados a partir da indicação dos profissionais das equipes de CR, considerando como critérios de inclusão, um usuário com maior vínculo com a equipe, e outro que não demonstrava boa adesão aos cuidados pela eCR, embora cadastrado e com frequência eventual. As entrevistas dos usuários ocorreram tanto na clínica como no território.

Acerca do processo de coleta e sistematização dos dados, após a realização das entrevistas foi realizado a transcrição do material na íntegra, sendo realizada a leitura flutuante de todo material, com a sistematização de trechos e falas que melhor expressaram os temas de estudo, sendo utilizado o Software ATLAS TI para organizar as respostas das entrevistas por categorias, para o posterior trabalho de interpretação (MORAES, 1999).

A análise do conteúdo das entrevistas foi desenvolvida seguindo a técnica da análise temática de conteúdo (FLICK, 2009), sendo escolhidos categorias analíticas teóricas - de acordo com os referenciais da dissertação – acrescidos de categorias empíricas. Nesse momento, entre as categorias analíticas, foram escolhidas cinco dimensões a partir do conceito de acesso multidimensional, que é definido aqui pelas respostas as necessidades dos usuários, voltado sobretudo aos facilitadores e barreiras ao acesso aos cuidados. As seguintes categorias foram analisadas: teóricas (cuidado pela baixa exigência & alta disponibilidade, redução de danos e aceitabilidade) e empíricas (invisíveis sociais, encontros terapêuticos e as ações intersetoriais). Ainda sobre as categorias analisadas, “invisíveis sociais” se refere às barreiras no acesso aos cuidados pela PSR. Já “o cuidado pela baixa exigência e alta disponibilidade”, “redução de danos”, “encontros terapêuticos” e as “ações intersetoriais” são facilitadores do acesso aos cuidados pela PSR. Por último a categoria “aceitabilidade” é uma dimensão e um indicador de acesso.

4.3 Considerações éticas

Para o presente projeto, não foi necessária nova submissão ao comitê de ética da ENSP, pois foi realizado um adendo do projeto fonte junto ao Comitê de Ética em Pesquisa ENSP em novembro de 2019 sob parecer 3.678.873, com o número do protocolo de parecer: CAAE 45742215.6.0000.5240.

O sigilo das informações divulgadas foi resguardado, nesse sentido não foram divulgados o nome e a equipe de referência dos usuários que foram entrevistados, conforme Termo de Assentimento para os usuários, sendo identificados somente como “Usu”.

Pretende-se que os resultados produzidos sejam divulgados em espaços pertinentes ao tema, como no Fórum Estadual de Consultório na Rua do Rio de Janeiro e demais espaços como seminários, congressos, simpósios e outros que forem se apresentando ao longo a descoberta dos resultados.

5 RESULTADOS/DISCUSSÃO

5.1 Descrição do perfil da população cadastrada nas equipes de Consultório na Rua

No relatório de produção ambulatorial das equipes consolidado em maio de 2019, havia o total de 7.272 pessoas vivendo em situação de rua cadastradas nas sete eCR.

Acerca do perfil dos cadastrados e sobre a faixa etária, observa-se uma população muito heterogênea no que se refere a composição etária: os adultos entre 35-59 anos correspondem a 53% dos cadastrados, 32% são adultos jovens (20-35 anos); mas há parcela importante de idosos (> 60 anos) e poucas crianças (Tabela 1 e Gráfico 1). Há predomínio do sexo masculino (74%), embora 1/3 (26%) de mulheres também façam parte deste contingente (Gráfico 2). Tanto as características etárias quanto àqueles referentes ao gênero exigem cuidados diferenciados às necessidades de cada segmento populacional, com oferta de serviços específicos, o que tornam as práticas mais complexas.

Tabela 1. Distribuição do número absoluto de cadastros das eCR da Cidade do Rio de Janeiro por Idade e Sexo.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	%
0 - 9 anos	86	54	140	2,2
10 - 19 anos	118	97	215	3,3
20 - 34 anos	1386	719	2105	32,7
35 - 60 anos	2748	689	3437	53,3
60 - 69 anos	397	76	473	7,3
70 anos +	51	22	73	1,2
Total	4786	1657	6443	100

Fonte: e-SUS AB PEC - Relatório de Cadastro Individual, maio/2019.

Gráfico 1. Faixa Etária da população cadastradas nas eCR da Cidade do Rio de Janeiro.

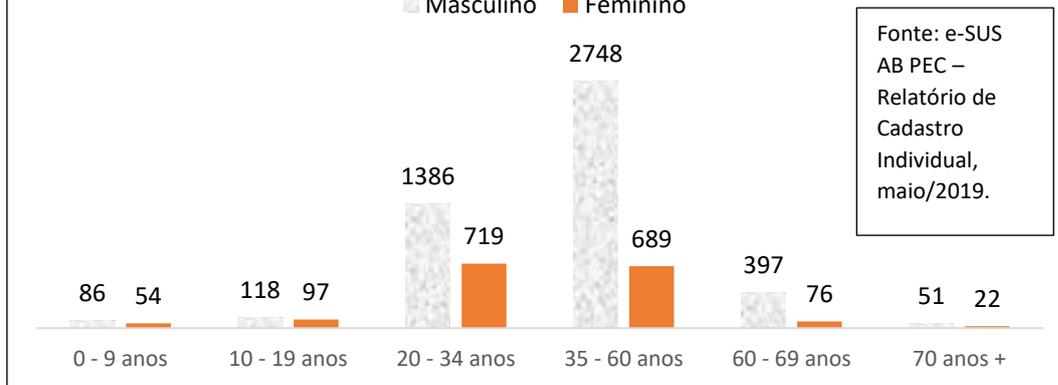
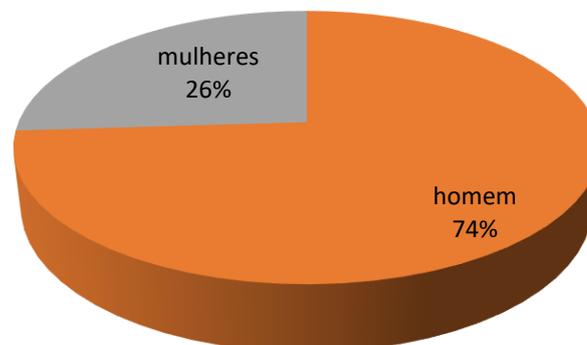


Gráfico 2. Distribuição por Sexo da população cadastradas nas eCR da Cidade do Rio de Janeiro

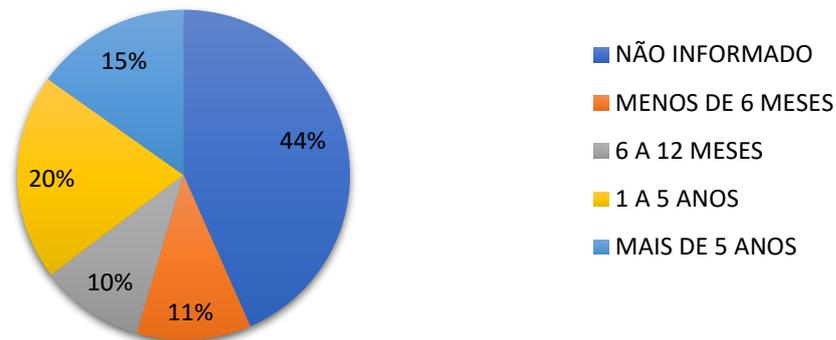


Fonte: e-SUS AB PEC – Relatório de Cadastro Individual, maio/2019.

A seguir, vemos o tempo de permanência dos usuários na rua (Gráfico 3): embora houvesse um percentual elevado de ausência de informação (44%), observa-se que este tempo é prolongado para 35% dos respondentes (20% e 15%, respectivamente estão entre 1-5 anos e mais 5 anos nas ruas). Há uma parcela (21%) que declara estar em situação de rua em período recente (< 12 meses), o que pode evidenciar o aumento da PSR no contexto de políticas neoliberais que refletem na focalização e desmonte de políticas sociais. Nos últimos anos, tendo em vista a crise econômica, houve aumento significativo do número de desempregados na

cidade do Rio de Janeiro e como consequência, houve diminuição nos investimentos para políticas públicas como saúde e assistência social, fato que é alarmante, pois sabe-se que há aumento de uso de serviços sociais em contexto de aumento do desemprego (RUEDIGER, 2017).

Gráfico 3. Distribuição por tempo em situação de rua da população cadastradas nas eCR da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: e-SUS AB PEC – Relatório de Cadastro Individual, maio/2019.

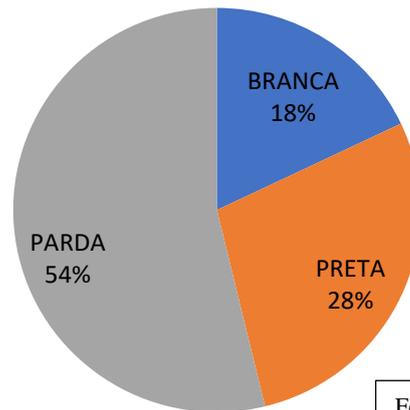
No que se refere às características raciais, a PSR carioca é predominantemente composta por negros (28%) e pardos (54%) (Gráfico 4). Tais características raciais merecem destaque uma vez que a população negra é sabidamente grupo que apresenta maiores iniquidades e estigmas na sociedade em geral, sofrendo violências como de racismo. Sobre o racismo, Werneck (2016:537) em seu estudo sobre Racismo institucional e saúde da população negra, mostra que há “*vinculação entre racismo e vulnerabilidade em saúde*”, havendo maiores barreiras ao acesso à saúde pela população negra, não sendo diferente na rua pela PSR.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2013) destaca que-entanto entre os brasileiros a taxa de analfabetismo era de 12,4%, em 2001, entre os negros, a proporção era de 18,2% e, entre os brancos, de 7,7% (BRASIL, 2013, p.13). No que se refere aos aspectos sociais e à pobreza, estudos revelam que os negros correspondem a 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre, embora representem 45% da população brasileira (BRASIL, 2013, P.13). A mesma política também revela os efeitos da pobreza para essa população:

O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar per capita, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e produtor de doença. Em 2001, mais de

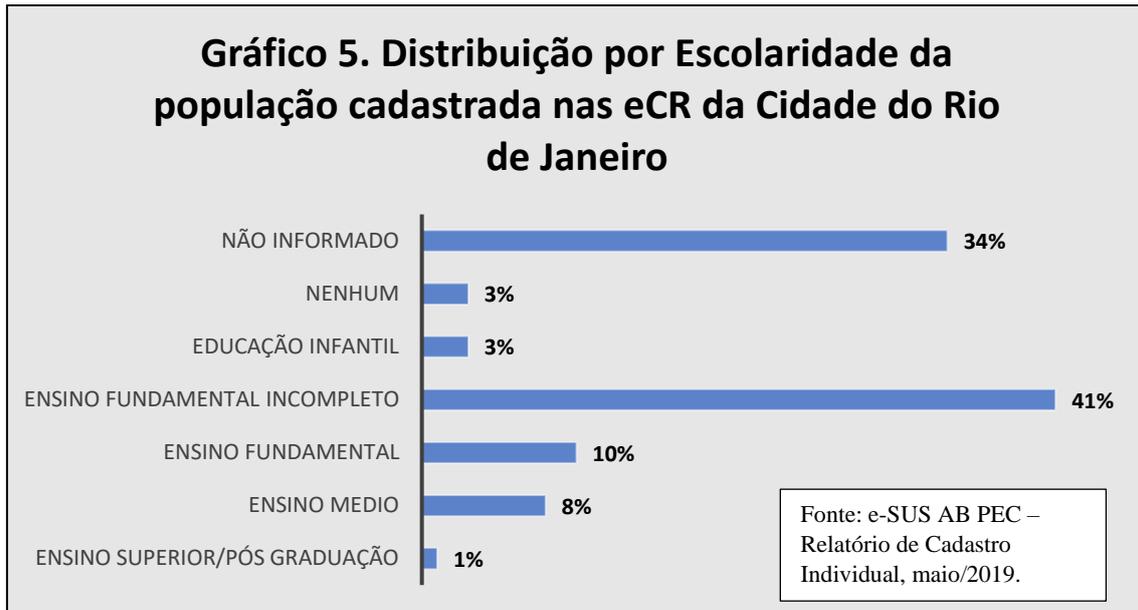
32 milhões de negros com renda de até meio salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação (p.14).

Gráfico 4. Distribuição por Raça/Cor da população cadastradas nas eCR da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: e-SUS AB PEC – Relatório de Cadastro Individual, maio/2019.

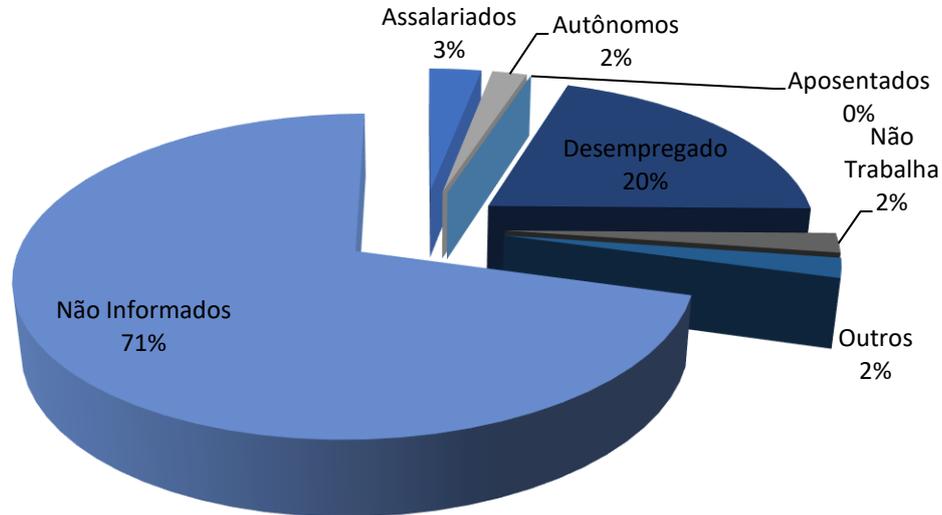
O nível de escolaridade da PSR (Gráfico 5), demonstra situação desfavorável neste indicador. A maioria com o ensino fundamental incompleto. É possível observar que há pessoas com todos os níveis de formação. De todo modo, quanto menor o nível de escolaridade menor serão as oportunidades de emprego e de inserir no mercado formal de trabalho. Cabe ressaltar, só o emprego não é solução para o problema complexo que é estar em situação de rua, mas a ausência de emprego ou sua precariedade estão relacionadas como um dos motivos para se estar na rua.



Sobre a situação no mercado de trabalho da população cadastrada nas eCR (Gráfico 6), apesar do expressivo percentual de ausência de informação, observa-se que 20% estão desempregados. Entretanto, há também usuários que exercem alguma atividade laboral (5%), porém essas atividades em geral são precárias e sem carteira assinada, fazendo parte do mercado informal, onde as pessoas não possuem nenhum direito trabalhista. Apesar de somente 5% da PSR cadastrada nas eCR do MRJ informarem estar inseridas em alguma atividade no mercado de trabalho, a Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua (2008) revelou um percentual superior em relação as atividades remuneradas:

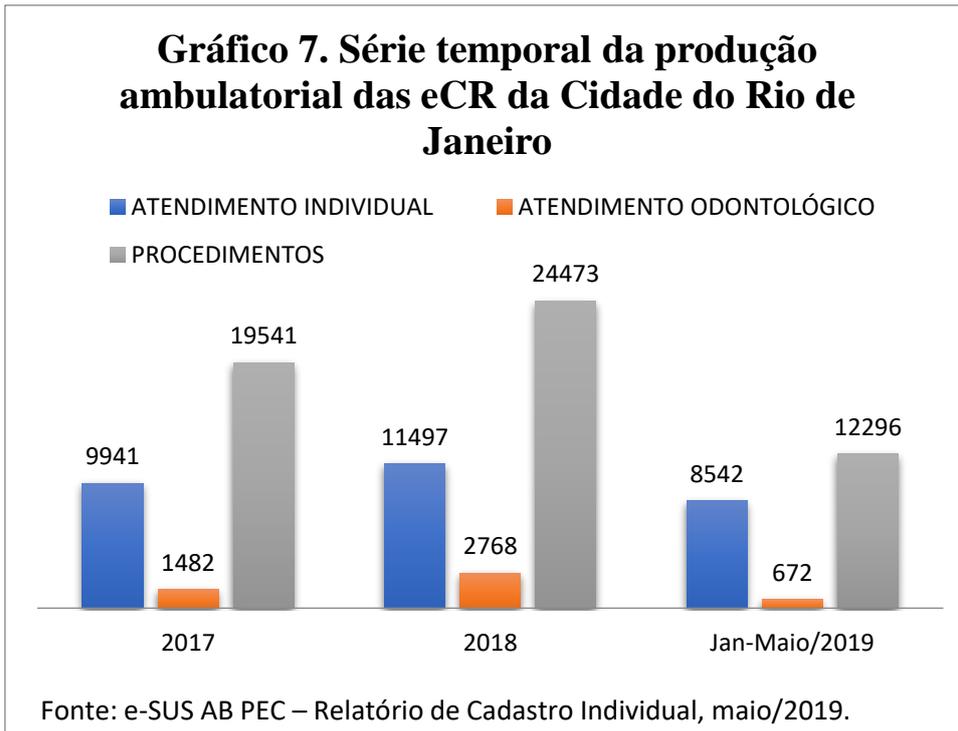
A população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Destas atividades destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência apenas 15,7% das pessoas. Estes dados são importantes para desfazer o preconceito muito difundido que a população em situação de rua é composta por “mendigos” e “pedintes”.

Gráfico 6. Distribuição da situação no Mercado de Trabalho da população cadastrada nas eCR da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: e-SUS AB PEC – Relatório de Cadastro Individual, maio/2019.

Sobre indicadores relativos a produção ambulatorial das equipes nos anos de 2017, 2018 e 2019 (Gráfico 7), uma vez que estes permitem conhecer aspectos da oferta e/ou disponibilidade de serviços ofertados pelas equipes, importantes nas análises de acesso à atenção primária à saúde. Os procedimentos, que possuem maior taxa, em geral são ações como curativos, medicamentos e imunização. Já atendimentos individuais se configuram por atendimentos de profissionais do nível superior, excluindo os atendimentos em odontologia, que compõem a modalidade III, no caso do MRJ, observa-se que ainda há pouco acesso a atendimentos para a Odontologia, o que gera agravos na saúde bucal.



As informações apresentadas acima revelam algumas características quantitativas acerca da PSR cadastrada nas eCR. Por se tratar de uma população que não consta em censos oficiais como o IBGE, essas informações se fazem importante no planejamento e no cuidado junto a PSR.

5.2 Análise qualitativa:

5.2.1 Invisíveis Sociais

Como uma apresentação da violência contra a PSR, a invisibilidade ou a visibilidade negativa sobre a PSR se desenvolve a partir das representações sociais pejorativas (GOFMAN, 2008), os estigmas, a grupos específicos que põe em risco a economia capitalista, desenvolvendo uma sensação de medo relacionado a grupos identificados como em situação de rua (NONATO e RAIOL, 2016; HALLAIS e BARROS, 2015). Nesse sentido, essa categoria se refere às barreiras ao acesso ao cuidado.

Essa população tem sido vista de forma moralista e preconceituosa, culpada por sua situação de pobreza e de rua, negando-se o status de cidadão. Desqualifica-se então aqueles que apresentam certas marcas como da má higiene, odor, roupas em geral sujas, em alguns casos uso de droga, e isso gera barreiras ao acesso (TEIXEIRA et al., 2019).

*Eu fui fazer exame de sangue direto lá eu não consegui porque morava no abrigo. Aí tive que vim aqui (**no Consultório na Rua**), a assistente social conseguiu marcar para mim. Todo mês quem marca para mim é elas, porque se eu for direto na unidade por morar em abrigo eu não consigo (Usu 04 – grifo nosso).*

Na narrativa acima percebe-se que por estar em situação de rua, o entrevistado teve o acesso negado em serviço de saúde, mas por meio do CR teve o acesso garantido.

A mídia e o senso comum transmitem sobre a população estudada que são perigosos e culpados por estarem em situação de rua, associando a pessoas violentas, usuários de drogas, frequentadores das ditas cracolândias, promovendo uma associação de estar na rua com usar droga. São dois casos de grupos populacionais que sofrem preconceitos e são estigmatizados o que dificulta ainda mais ao acesso dessa população às políticas sociais:

Em torno da população de rua rola um estigma que todos nós usamos droga, todos somos analfabetos, todos somos ‘ladrão’, todos somos ‘cracudos’, então é muito difícil para a gente se manter num emprego quando fala que é morador de rua ou entrar em qualquer ambiente (Usu 03).

A mídia ao noticiar a PSR como frequentadores de cracolândias, passa uma imagem de delinquentes, perigosos, drogados, e outras representações pejorativas (LACERDA, ENGSTROM & CARDOSO et al., 2018), pois não dão visibilidade as questões subjetivas que envolvem o estar na rua, a questões sociais como pobreza e sobre os motivos do uso abusivo de drogas. Assim, quem sofre violência passa a ser identificado como causador da violência, o

que “legítima” o estado a agir com respostas no âmbito da segurança, tratando a questão social como caso de polícia e “*objeto de ação moralizadora*” (NETTO, 2006:155).

Uma visão moralista, negativa e preconceituosa acerca das condições de vida e do comportamento dos usuários de drogas ou grupos vulneráveis interfere no acesso e na continuidade do cuidado ofertado a esses grupos, já que isso gera, para o usuário, consequências como o isolamento social, a piora de sua qualidade de vida e a perda da autoestima (TEIXEIRA & ENGSTROM, 2019, p.03).

Como se observa, a marginalização (ou desfiliação) da PSR leva a um processo de estigmatização, ou seja, de representações sociais pejorativas (VARANDA e ADORNO, 2004; GOFMAN, 2008; FERRO, 2012; HALLAIS e BARROS, 2015; NONATO e RAIOL, 2016). A estigmatização corrobora com as ações punitivas por parte do estado no sentido de ter legitimado pela população certas ações e a permanência de ausência de políticas públicas ou da negação do acesso. “*Às vezes eles têm mania de ‘você é de rua’ . Os hospitais não dão essa assistência pra gente não*” (Usu 01). Somente pelo fato de estar em situação de rua pode ser suficiente para se ter negado um atendimento, como se não fosse merecedor ou um sujeito de direito, excluído da universalidade do SUS.

As experiências anteriores em unidades de saúde pela PSR parecem ter sido muito traumáticas quando ouvimos como resposta à seguinte pergunta: Você precisou procurar outros serviços de saúde como UPA, hospital, CAPS? “- *Não. Até se eu estiver morrendo eu aguardo mais um pouco (pelo CR)*” (Usu 02- grifo nosso).

Essa população tem sido recolhida tanto pelo poder público, com ações de choque de ordem pela secretaria de segurança, por vezes autorizados pelo judiciário com internação compulsória e de expulsão por agentes privados, como de seguranças de restaurantes e prédios comerciais e residenciais. Em algumas situações aceitos em marquises de locais comerciais a noite, pois podem inibir algum roubo por estarem no momento de um suposto crime, mas nem sempre são vistos assim.

Podemos visualizar na narrativa abaixo que até pelas emergências tem sido negado o acesso para a PSR: “*Quando nós chamamos uma ambulância, eles falam: - ‘é morador de rua?’ , e aí não vêm*” (Usu 10).

Foi observado que a própria família pode reforça os estigmas, o que aumenta o processo de exclusão social: “*Eles falam que é sem vergonhice*” (Usu 11).

Sem a família o sujeito fica mais vulnerável, pois fica sem o apoio daqueles que possuem maior vínculo, contribuindo para o isolamento social, aumentando ainda mais suas vulnerabilidades. Algumas narrativas abaixo mostram bem os laços interrompidos com a família, quando perguntados pelo entrevistador se a família participou ou participa do cuidado do paciente:

“Não, porque eu não tenho família. A população de rua é uma pessoa com laços interrompidos ou fragilizados e o meu ele é interrompido” (Usu 10).

“Não, porque não tenho mais família. Em nenhum momento houve contato” (Usu 13).

“É muito duro você ter uma família, ter criado seus filhos sem a mãe, ter dado conta do recado e de repente eles viram as costas pra você. Isso é muito duro. É uma das coisas que eu tenho que trabalhar dentro de mim pra não ir pro uso das drogas” (Usu 08).

Há no processo da marginalização, do efeito das representações sociais ao sujeito, que está relacionado a internalização da vergonha, da humilhação, do fracasso que o isola ainda mais. Nesse sentido, ao internalizar os estigmas de fracassado e perigoso, a pessoa não se reconhece como um sujeito de direito, um cidadão, reafirmando ações de cunho repressivas e punitivas a si mesmo. *“Esse estigma muitas vezes é internalizado pela pessoa que acaba se afastando dos serviços sociais e de saúde agravando ainda mais as suas condições de vida”* (TEIXEIRA & ENGSTROM, 2019, p.03).

Nesse sentido, autores como Varanda & Adorno (2004), Alcântara et al., (2016) e Hallais & Barros (2015), chamam atenção ao fato de que a marginalidade desenvolve no sujeito baixa autoestima e pouco autocuidado: *“Às vezes somos nós que negligenciamos (nosso cuidado), tá’ entendendo?”* (Usu 01 – grifo nosso). O sujeito internaliza as visibilidades negativas que a sociedade impõe a ele, a partir da criminalização do pobre: *“o mal do indivíduo que não pensa legal ele relaxa, quer dizer, ele não está se amando. Ele vai para a chamada desculpe a expressão da palavra pra bagunça”* (Usu 06).

As experiências desestruturantes levam o sujeito a minar seus potenciais, internalizando assim a vergonha e a humilhação que passam no dia a dia, o que aumenta o desafio de ofertar cuidado a essa população no trabalho de prevenção.

Nesse sentido, observou-se que a visibilidade negativa promoveu como efeito na PSR um círculo vicioso de extrema vulnerabilidade, exclusão social e barreira ao acesso. Como observou-se pelo diário de campo, o acesso ao cuidado promove a inclusão em políticas públicas que são o caminho para romper o círculo de exclusão e negação de direitos.

Desenvolver estratégias para romper com a visibilidade negativa sobre a PSR, tanto pela sociedade (incluindo os profissionais de saúde) como pelo própria PSR que também internaliza e reproduz para si estigmas se mostra um desafio. As autoras Teixeira et al., (2019) apontam que:

É fundamental assegurar políticas públicas orientadas pela equidade, solidariedade e universalidade com articulação dos setores da saúde, educação, trabalho, direitos humanos e assistência social. Dentro dessa perspectiva, precisam ser ofertados cuidados baseados na noção de respeito à dignidade desses usuários, sua autonomia e liberdade (...) (p.12).

Por fim, a seguinte narrativa revela a percepção de um entrevistado sobre o processo de ser reconhecido como sujeito de direito pelas eCR: *“O que eu mais gosto no que eles têm é a dedicação que eles têm pela população de rua, um grupo que é totalmente esquecido na sociedade”* (Usu 10).

5.2.2 Cuidado pela baixa exigência e alta disponibilidade

Essa foi uma das categorias que emergiu com força no campo, tanto na observação participante quanto nas narrativas dos usuários, revelando uma categoria importante para a discussão do acesso ao cuidado para a PSR e se refere aos facilitadores do acesso.

A partir das características dessa população específica, observou-se ser preciso um serviço que atue pela perspectiva da baixa exigência e alta disponibilidade (BRASIL, 2012; 2015), ou seja, horários flexíveis para atendimento e consulta marcada, ser um serviço de acesso com ou sem agendamento, de não exigir documentação de identidade ou de comprovante de residência na porta de entrada, não exigir estar abstêmio, um serviço que facilite o acesso do usuário que historicamente encontra muita barreira ao procurar um serviço de saúde.

As narrativas abaixo exemplificam o que representa essa categoria. Foi perguntado para os usuários se quando eles precisam, conseguem ser atendidos pelas eCR:

Ai que está a chave do negócio, quando eu preciso do Consultório na Rua, eles me atendem prontamente, assim como outras pessoas (Usu 10);

Sempre que estou precisando eu venho aqui e sou atendida (Usu 03);

Eu diretamente fui consultado na rua. ‘Teve’ uma vez que eu fui atendido sem marcar também (Usu 02);

Venho aqui conversar e sempre sou atendida (Usu 04).

Os entrevistados apontam que as equipes possuem flexibilidade no acolhimento, horários oportunos para atender as necessidades da PSR e da maneira possível tentam atender todos no mesmo dia, pois compreendem o histórico social e a itinerância dessas pessoas.

Percebeu-se que o usuário possui um imediatismo que está relacionado ao seu modo e contexto de vida. Ao buscar uma unidade de saúde ele vai precisar ser atendido no mesmo dia, pois em geral está a toda sorte, não sabe se ainda estará no mesmo local no dia seguinte. Conforme a narrativa abaixo de um usuário entrevistado, percebe-se o histórico de barreiras ao acesso que já vivenciaram antes de conhecerem o CR: *“fala que tem que botar o nome para voltar quando tiver vaga, volta daqui a 03 meses, não trata bem...”* (Usu 10).

A alta disponibilidade também está relacionada a equipe se adaptar as necessidades do usuário e não o contrário, nesse caso, se é uma população que precisa ser atendida na rua, pois não consegue chegar na clínica, então a equipe se organiza para atender os usuários de acordo com suas especificidades. Conforme vemos na narrativa: *“eles vêm aqui (me atender na rua)”* (Usu 02 – grifo nosso).

Nesse sentido, a alta disponibilidade e a baixa exigência são ações de cuidado usadas pelas equipes para promover acesso de acordo com as especificidades dos usuários, então os serviços são organizados de acordo com necessidades da PSR. Não se espera, portanto, que o usuário adeque suas características ao serviço, mas sim o contrário.

5.2.3 Redução de danos

A estratégia de redução de danos, corroborando a dimensão da baixa e alta exigência, potencializa o acesso. Ela se configura como práticas de cuidado voltadas principalmente a pessoas em situação de vulnerabilidade:

Conceito-ferramenta, que ganha materialidade em cada encontro entre trabalhador de saúde e usuário do SUS, a cada momento de escuta, de reflexão e problematização das demandas de saúde, na construção compartilhada e corresponsável de planos terapêuticos (Trino, Machado & Rodrigues, 2015, p.40).

Sobre o conceito-ferramenta exposto, as narrativas corroboram com a potencialidade dessa estratégia:

Pesquisador: - O que você mais gosta no trabalho da eCR? - O Trabalho humano. Quando cheguei aqui não conseguia nem falar. Aí me ajudou muito

nesse lado psicológico. Se não tivesse não estaria nem falando contigo aqui agora e ajudou muito aqui (Usu 14).

Em se tratando de pessoas em situação mais sensível, com histórico social de negação de direitos, ser acolhido de forma mais humanizada, com empatia e respeito faz toda diferença para a população, sobretudo a PSR.

A Redução de danos também está voltado a pessoas em uso abusivo e prejudicial de drogas lícitas e ilícitas, podendo ser caracterizada por práticas que levam em consideração o tempo e o desejo do usuário em se cuidar, a partir do acolhimento humanizado, que promova diferentes estratégias de cuidado, com ações de promoção e prevenção em APS. No âmbito de quem faz o uso prejudicial, a redução de danos não se utiliza do cuidado pela via exclusiva da abstinência, não sendo uma estratégia única para todos e a distribuição de insumos diversos, como cachimbo de silicone para usuários de crack, preservativo masculino e feminino, manteiga de cacau, água, alimento, panfletos informativos, entre outros insumos, promovem a redução de agravos em saúde. Nesse aspecto dos insumos, em geral, observou-se que as equipes de CR estudadas possuíam poucos insumos de RD, o preservativo masculino e feminino.

Na narrativa a seguir, podemos analisar que a equipe de CR onde o usuário é atendido, atua pela perspectiva da redução de danos, pois não exige do usuário estar em abstinência para ser acolhido: *“mesmo no momento que posso tá drogado, eles tem uma solução para os problemas”* (Usu 14).

Ao distribuir água e comida a um usuário que está em sofrimento agudo devido ao uso compulsivo de drogas e não consegue parar para se alimentar pois está sempre na fissura, estaremos distribuindo insumos de redução de danos, pois entende-se saúde de forma ampliada, interligada a diferentes políticas. Ao distribuir preservativo em conjunto com a orientação, se promove a cultura do cuidado.

Já pensando a redução de danos nas práticas das equipes para além dos insumos, um exemplo é o acolhimento na rua que promove o cuidado aquela pessoa que por inúmeras barreiras não consegue chegar na UBS, nesse sentido, estimular o usuário a se cuidar, melhorar as práticas de autocuidado, ou até acompanhar uma PSR a uma unidade de saúde já é um ato de promoção de cidadania acima de tudo.

5.2.4 Encontros Terapêuticos

Os encontros terapêuticos se apresentam pelas ações de aproximação e acolhimento na rua. Percebi ao chegar nas cenas de uso (locais onde há consumo de drogas em geral ilícitas), que a PSR ficava aguardando as equipes chegarem, ficando constatado que as referidas ações garantem também o atributo da longitudinalidade e porta de entrada e o princípio da equidade e universalidade ao estarem mais disponíveis para populações que demandam especificidades da clínica ampliada de forma mais presente.

Foi percebido nas narrativas que o acolhimento na rua apareceu repetidas vezes nas narrativas dos usuários, quando perguntado a eles como conheceram o Consultório na Rua, como principal porta de entrada, conforme algumas falas selecionadas:

A gente estava lá dormindo na rua, eu e meu companheiro, aí chegaram lá (Usu 02);

Eu ‘tava’ drogado na favela aí tinha o café na rua. Aí falaram tem um café ali. Aí conforme a gente usa droga todo dia a gente nunca guarda para se alimentar. Aí eu fui lá. Aí quando eu cheguei ‘tava’ tossindo muito. Aí a enfermeira Mara que hoje em dia não faz parte da equipe, foi para outro posto. Aí chamou esse doutor Guilherme e pediu para ‘mim’ fazer o teste do escarro (Usu 14)

Através da equipe que foi lá na Bandeira Dois (cena de uso de drogas ilícitas). (Usu 08).

Foi percebido nas narrativas dos entrevistados que os profissionais das eCR ao realizarem o acolhimento na rua se aproximam dessas pessoas de forma empática, com afeto que promove a conexão entre serviço de saúde e população. O encontro facilita o acesso aos cuidados primários em saúde pela PSR.

Nesse sentido, os encontros terapêuticos se materializam em práticas pensadas para grupos com características específicas como a PSR. Nessas práticas estão agrupadas estratégias que promovem acesso, como de conhecer aspectos mais sutis do território, como suas regras e aspectos culturais, a clínica no território que promove o acolhimento na rua e o vínculo. O *“acolhimento visa um resgate e revalorização da ética de solidariedade e empatia dos profissionais com os usuários e orienta uma prática de escuta empática e negociação”* (TESSER, 2018).

O estudo do território onde a equipe de CR atua é necessário para pensar as práticas das equipes, principalmente o cuidado no território, naqueles locais mais sensíveis, mais vulneráveis e por vezes, como pouca presença do estado no âmbito das políticas sociais.

Os aspectos invisíveis da rua apresentam-se como dinâmicas relacionais que usuários ou grupos estabelecem num determinado território. Essa dimensão subjetiva da rua fala das relações que se estabelecem nela, do lugar que ela ocupa na vida dos sujeitos (lugares afetivos e simbólicos). (...) Deve-se entender o território, senti-lo; enxergá-lo e respirar seus ares (VARGAS E MACERATA, 2018:03).

Apesar de estratégia potente para o acesso, há barreiras identificadas para a realização dos encontros terapêuticos como da falta de veículo que prejudica que a eCR vá a locais mais distantes do território realizando ações de aproximação a população ou também da não permissão em uma das equipes de transportar nos veículos usuários, o que é muito conflitante, pois, precisam do recurso para fins de consultas especializadas, entre outras ações de cuidado.

A estratégia de aproximação e acolhimento na rua também está relacionada com a busca ativa. É uma estratégia usada pelas equipes para dar continuidade a casos em geral mais vulneráveis e graves. Desse modo, a equipe ao acolher um usuário pede informações que possam ser úteis caso a equipe precise localizá-lo, como locais que costuma dormir, família, amigos, outros serviços da rede que frequenta. Um caso típico observado de busca ativa é em casos de Tuberculose que requer ingestão por via oral de medicação por tempo mínimo de 6 meses, o que se faz um desafio para as equipes acerca de não ter abandono de tratamento, pois se trata de população muitas vezes itinerante e muitas vezes com baixa estima, sem preocupação com sua saúde e em muitos casos com pouca instrução. Uma fala de um usuário entrevistado retrata a observação: *“Eu já vi eles (CR) entrando dentro do mato para levar remédio e aquilo mexeu comigo, entendeu?”* (Usu 09). Essa fala mostra o compromisso da equipe em levar saúde em áreas mais vulneráveis, compromisso que consta somente no rol de ações das equipes de SF quando comparados com os serviços ofertados pelas equipes ditas tradicionais da Atenção Básica.

Outra fala também marcante mostra a característica das equipes de realizarem busca ativa, indo até o local no território que o sujeito se encontra, seja a partir de comunicações de profissionais ou de usuários acerca de pessoas com problemas graves em saúde: *“Eu tomei um “pau” aí de um bandido, aí quebrei o braço. Aí eles foram lá e me levaram lá pro Getúlio Vargas”* (Usuário 03).

Outra narrativa de um entrevistado retrata a tentativa da equipe em promover a saúde em uma usuária a partir dos encontros: *Bem, eu não posso falar como é que ‘tá’ (minha saúde) porque, a companheira (ACS) sempre vem aqui atrás de mim pra me levar, aí eu sempre não tenho tempo para ir lá”* (Usu 02 – grifo nosso).

A narrativa acima mostra a ação da equipe de promover cuidado. Nesse sentido, a próxima narrativa retrata uma potencialidade obtida com o encontro, que é o vínculo entre usuário e serviço: *“Eles iam me buscar, até que chegou ao ponto que eu vou sozinho (para a UBS).”* (Usu 09 – grifo nosso).

Outra narrativa acerca desse tema é a fala de outro usuário no sentido da busca ativa para garantir a longitudinalidade: *“Inclusive quem abandona o tratamento eles procuram e vão atrás, tem uma equipe para ir”* (Usu 12).

O conjunto dessas estratégias promove vínculo entre serviço e usuário. Como foi observado, a PSR fica esperando as equipes nos dias e locais previamente organizados com o dia a dia do trabalho no território.

Nas narrativas a seguir, vemos como o encontro das equipes promovem vínculo com os usuários, promovendo um resgate de cidadania no usuário, um desejo pelo cuidado e que foi possível após investimento da equipe e também pelo desejo do usuário. A pessoa em questão passou a frequentar a clínica sem precisar mais do estímulo dos profissionais do CR:

Hoje em dia eu não preciso ir mais com eles (*para a Clínica da Família*) (Usu 09, grifo nosso).

Eu fui no fundo do poço. Eu fiquei lutando, fui lutando, fui lutando... até que eu vi que eu ‘tava’ me tornando um mendigo. Eu tive a sorte, ou foi deus, ou eu não sei se foi sorte, ou foi a fé que eu tenho, de cruzar com eles (*se referindo ao Consultório na Rua*), e me agarrar nesse galinho de árvore e hoje eu já ‘tô’ em outra experiência, passando pra outro patamar, né? (Usu – Grifo nosso).

O acolhimento na rua se mostrou principal porta de entrada da PSR. É potente estratégia que promove acesso a cuidados primários, levando em consideração que a PSR historicamente não procura o serviço de saúde pela atenção básica que deveria ser a porta de entrada, mas em geral, acabam por acessar serviços de saúde pela emergência.

5.2.5 Ações intersetoriais

Foi observado nas narrativas dos usuários entrevistados encaminhamentos da rede intersetorial para o CR, principalmente da rede socioassistencial, por meio de unidades da Alta e Média Complexidade da Política de Assistência Social (Unidades de Reinserção Social e Centro de Referência da Assistência Social (CREAS)):

Eu estava abrigado no Plínio Marques, que é uma URS da Prefeitura, e tive febre e me trouxeram pro UPA e pro UPA conheci o Consultório na Rua (Usu 13);

Eu fiquei num abrigo e comecei me sentir muito deprimida no abrigo (...) então eu fui encaminhada (Usu 10);

Eu falei (para a técnica do CREAS) que queria fazer meu tratamento de dependência química e aí ela me trouxe pra cá (Usu).

Outro exemplo de articulação intersetorial que foi observado pelos diários de campo e que promoveu o acesso em saúde foi o empréstimo de carro pela assistência social para ser utilizado por uma equipe de CR que não possui carro. Nesse sentido, a eCR pode utilizar o carro para fazer ações no território mais distante da clínica, que não seria possível fazer sem esse recurso. Entretanto, o carro só é emprestado por 1 dia da semana.

Nesse sentido, observa-se a partir do exemplo acima, como uma ação de cuidado intersetorial tem a potencialidade de promover o cuidado integral, pois articula diferentes políticas públicas, com a finalidade de superar a fragmentação do cuidado, corroborando com a própria literatura:

A atuação intersetorial é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base a toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde. (...) A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais¹⁵ (Giovanella et al, 2009, p.784-785)

Um dos usuários relatou que conheceu a equipe de CR em uma atividade intersetorial realizada em conjunto com o CREAS, onde através do ‘Café Cultural’, realizam atendimento e acolhimento a partir de uma mesa de café da manhã e uma caixa de som com música, perto de um local com concentração de PSR e cenas de uso, a qual tive oportunidade de conhecer como

pesquisador assistente. Nesse trabalho intersetorial, também estão articulados com a educação e saúde mental (CAPS). Conforme narrativa de um usuário a seguir é possível visualizar um pouco o espaço:

Eu ‘tava’ drogado na favela ai tinha o Café na rua. Aí falaram ‘tem um café ali’, aí conforme a gente usa drogas todo dia a gente nunca guarda para se alimentar. Aí eu fui lá, aí quando eu cheguei ‘tava’ tossindo muito, aí a enfermeira que hoje em dia não faz parte da equipe, foi para o posto e chamou o doutor G. e pediu para ‘mim’ fazer o teste do escarro, aí foi o início de tudo, entendeu? (Usu 14).

Sobre a integração com Redes de Atenção à Saúde, importante para a integralidade do cuidado, observamos que por meio das eCR, a PSR acessa outros níveis de atenção à saúde, conforme a narrativa:

(...) mediante encaminhamento, fiz uma bateria de exame, fui pro Pedro Ernesto (Usu 13);

“Se eu precisar, se tipo assim, se lá não tivesse atendimento eles chamavam ambulância ou carro deles e eles me levavam até pra outro lugar, entendeu? (Usu 01).”

O trabalho intersetorial também aconteceu em conjunto com atores da sociedade civil e religiosa. Como exemplo, uma das eCR estudadas se encontra em um território que o tráfico de drogas é controlado por uma facção específica. Entretanto, o CR também é responsável pelo cuidado de uma parte do território que é controlada outra facção, rival ao do local onde se encontra a UBS de referência. Com isso, uma parte da população relatou que não pode ir até a clínica, pois se sentem ameaçados por serem moradores de outra parte do território, devido a disputa entre pontos de venda de drogas por diferentes facções, mesmo essa população relatando não fazerem parte do tráfico. Nesse sentido, foi articulado uma parceria com uma associação religiosa que oferta apoio religioso e alimentação para a PSR e usuários prejudiciais de drogas. Essa parceria se materializou com uma parte da eCR indo em um dia específico toda semana para atender a população que lá se encontra acolhida, sendo disponibilizada salas para os profissionais atenderem individualmente quando necessário e espaço para trabalhar coletivamente a promoção e prevenção de saúde, havendo inclusive campanha de imunização neste espaço. Quando era preciso ir até a clínica para algum procedimento clínico específico, foi articulado carro para buscar e levar o paciente de volta ao território, sem que fosse preciso se expor andando pelo território.

5.2.6 Aceitabilidade

O que você não gosta no trabalho da equipe de Consultório na Rua? - É quando eles não vêm (fazer acolhimento na rua) (Usu 06, grifo nosso).

Aceitabilidade é uma dimensão de ‘acesso’ proposta pelos autores Penchansky e Thomas (1981), podendo ser também um indicador de acesso. Para os referidos autores, está relacionada a satisfação, podendo estar relacionada a como usuários percebem o acolhimento dos profissionais, como a flexibilidade dos horários de atendimento, satisfeito com a forma de acolher, com a disponibilidade dos profissionais para atender no território, entre outras possibilidades.

Todo mundo aqui (no Consultório na Rua) é bem atencioso, são educados, muito competentes (Usu 04);

O que você mais gosta no trabalho da equipe de Consultório na Rua? – O respeito (Usu 12);

O que você mais gosta no trabalho da equipe de Consultório na Rua? - A Humanização no atendimento (Usu 13);

Aqui é onde me sinto bem, entendeu? (Usu 14).

Entretanto, usuários podem estar insatisfeitos com os estigmas que podem sofrer da sociedade, incluídos aí profissionais de saúde, o que gera barreiras ao acesso. Nesse sentido, as características do modelo de cuidado, estando ajustadas as necessidades dos usuários irão produzir maior satisfação com o serviço. Houve alguns relatos de entrevistados satisfeitos com o atendimento da equipe como um todo, mas, insatisfeitos com o acolhimento de algum profissional específico de alguma eCR:

Pesquisador: - O que você não gosta no trabalho da ECR?

Não tem nada que eu não goste aqui. Só essa daí (**se referindo a um profissional de nível médio**) que eu falei mesmo, porque não tem educação pra atender ninguém, só ela mesmo (Usu 12 – grifo nosso);

o profissional deixa a desejar (**se referindo a um dos profissionais de nível superior da equipe**), porque não cumprem com suas tarefas do seu cargo (Usu 13 – grifo nosso);

Eu acho como eu falei, um pouco burocrático, o que eu falo, eles não me entendem muito (Usu 09).

Em geral, ao serem perguntados na entrevista o que mais gostavam no trabalho da eCR, responderam de forma comum: “*Aqui graças a Deus sou bem tratado*” (Usu 11) e “*Me tratam bem, graças a deus*” (Usu 07).

As falas dos usuários remetem a uma experiência em outro serviço onde não ficaram satisfeitos com o atendimento. “*Aqui eu sinto que eles têm né, se dedicam mais a gente que ‘moramos’ na rua, ‘independente’ de ter marcação ou não*” (Usu 14). Nessa narrativa e na seguir, a usuária relata o que ela sente sobre o trabalho da equipe, uma satisfação com o cuidado ofertado, principalmente o acolhimento humanizado: “*Eles tratam a gente na humildade, trata a gente bem e não tem aquelas diferenças (...) são todos iguais*” (Usu 01).

Na narrativa a seguir, podemos notar como a violência atravessa o acesso aos cuidados, pois interfere no horário de funcionamento de uma das eCR estudadas. Ao ser perguntado sobre o que não ele não gosta no trabalho da equipe, um dos entrevistados revelou a seguinte crítica:

Poxa não seria nem uma crítica, porque não seria da alçada deles. Isso é uma coisa que lá a gente sabe disso que as vezes eles são obrigados a ir embora mais cedo porque aqui é uma área de risco e não tem como. Achar profissionais que queiram trabalhar aqui é difícil então tem que não só eu, como o pessoal todo lá (**da Unidade de Reinserção Social**) tem ciência disso, para vim aqui tem que ter coragem (Usu 14 – grifo nosso).

Por fim vemos na narrativa do próximo usuário entrevistado que em sua crítica sobre o que poderia melhorar no trabalho das eCR, ele aponta para uma melhora na assistência ao profissional da eCR, apontando na mesma direção do relato acima, a dificuldade e intempéries que os profissionais passam em seu dia a dia de trabalho:

Não existe não gostar, a única coisa que eu sempre coloco que eu queria que ficasse bem esclarecida aí é para ajudar eles (**se referindo aos profissionais das equipes de Consultório na Rua**), não para nós moradores. É essa fração de assistência deles, não deixar navegando igual nômade, num sol desse, brabo, tem lugar que as vezes não tem sombra não (Usu, grifo nosso).

Podemos observar com as narrativas que as práticas das eCR levam em consideração as necessidades da PSR, apresentando potências, mas também há dificuldades apresentadas pelas equipes para realizar o cuidado que vão além do modelo de cuidado ofertado, pois se refere a questões estruturais, da equipe e também do modo de desenvolvimento da sociedade que produz desigualdade e estigmas sobre a PSR. Revelam também críticas dos usuários quanto a necessidade de melhorar a assistência também ao profissional. De todo modo, a percepção dos

entrevistados sobre a aceitabilidade, diante das práticas das equipes, indica que elas possibilitam acesso aos cuidados.

6 CONCLUSÃO

Acesso à saúde pela PSR - na perspectiva abordada na presente dissertação – aponta para as perspectivas de cuidados básicos, com dignidade e respeito. Também destaca a possibilidade de ações públicas para promover e resgatar a cidadania dos acolhidos, em geral sujeitos marcados por estigmas e exclusão social.

Apresentou-se algumas práticas realizadas pelas equipes, na visão de usuários, aspectos facilitadores e limitantes deste trabalho. O CR é uma modalidade de equipe, criada pela PNAB (Brasil, 2011). Foi possível observar que o modelo de cuidado ofertado pelas equipes possibilita acesso aos cuidados primários em saúde aos mais excluídos da sociedade, que são pessoas em extrema vulnerabilidade, que devem receber maior atenção das políticas sociais, em consonância com o princípio da equidade e universalidade. Assim como toda política, também a PNAB precisa ser atualizada e sempre que possível, seus aspectos positivos devem ser consolidados.

Acerca da categoria ‘cuidado pela baixa exigência e alta disponibilidade’, percebe-se que os usuários sinalizam características das equipes que convergem com estratégias facilitadoras para o acesso ao cuidado pela PSR. Os usuários relatam nas entrevistas que são atendidos sem marcação de consulta, são atendidos na rua e também na UBS, que o uso de drogas não é uma barreira ao acesso aos cuidados, não é preciso documentação para ser atendido, e que a equipe leva o usuário em consulta especializada quando é preciso.

No atual contexto de mudanças de modelos de cuidado com aprovação de novas políticas públicas, importante ressaltar a potência da proposta do cuidado clínico e político possibilitado pela redução de danos, uma das categorias analíticas estudadas. O Decreto presidencial 13.840 de 05 de junho de 2019 que altera o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, excluiu do texto todas as menções a estratégia da redução de danos e dá ênfase ao modelo da abstinência e da como direção de cuidado a internação involuntária, como se todo usuário fizesse uso prejudicial ou não tivesse autonomia em suas escolhas.

Como descrito, a redução de danos está presente nas ações facilitadoras ao acesso aos cuidados para a PSR e a comunidade em geral. Não bastasse retirar a menção a redução de danos no Decreto referido acima, no município do presente estudo, por meio do decreto 46.314/19 que determinou normas para o atendimento da população de rua e de dependentes químicos, ficou estabelecido o acolhimento obrigatório para fins de cadastro e caso não haja

nenhum impedimento, como por exemplo, algum mandado de prisão, o usuário é liberado. Podemos perceber uma política carregada de estigmas que cria mais barreiras para o acesso aos cuidados e aos direitos sociais em geral, pois tem caráter discriminatório.

Sobre a categoria dos ‘encontros terapêuticos’, conforme observado, a particularidade das equipes de CR é ir ao território e fazer acolhimento na rua para promover saúde e cuidados clínicos na rua e vínculo com os usuários. Esse tipo de atividade, com uma possível mudança para o modelo antigo de equipe da AB, corre o risco de acabar. Conforme analisado, umas das principais portas de entrada sinalizadas pelos entrevistados foi justamente pelo acolhimento na rua.

Observou-se a potência das ações intersetoriais no cuidado da população atendida. Diante de casos complexos que envolvem diferentes dimensões do cuidado, a articulação intersetorial entre serviços da própria rede SUS e das demais políticas sociais e atores mostrou ser potente para ampliar o acesso ao cuidado para a PSR. Foi analisado nas entrevistas que muitos referem que a intersetorialidade é importante aliado na ampliação do acesso. A porta de entrada de alguns entrevistados se deu justamente pela articulação intersetorial entre serviços da política de assistência social e da saúde (APS). Já pelas anotações em diários de campo, foi descrito como os encontros intersetoriais entre diferentes serviços, mas que compartilham do mesmo usuário, é potente para promover acesso a diferentes políticas públicas, pois em geral reúnem atores da saúde (coletiva, saúde mental e outros níveis), assistência social, justiça (defensoria pública e técnicos da justiça) e educação.

Observamos que os usuários se sentem acolhidos pelas equipes, valorizam as ações que facilitam o acesso. Apesar da grande aceitabilidade dos usuários pelas práticas das eCR, foram observadas dificuldades estruturais como recursos humanos. Observou-se que ainda há poucos profissionais de saúde bucal entre as equipes de CR, apesar de todas serem modalidades III. Como já mostrado, somente em duas equipes haviam o profissional Cirurgião Dentista. Também foi percebido que em geral, há poucos profissionais de outras categorias profissionais para além de Assistentes Sociais e Psicólogos, como por exemplo, Terapeutas Ocupacionais que somente compõe o quadro de três das sete equipes existentes no município, no período da pesquisa de campo. Nenhuma equipe possuía Educador Físico ou profissional com formação em artes e educação.

Outra importante barreira observada foram as condições estruturais de falta de transporte para as equipes também percebida como uma barreira aos encontros terapêuticos,

pois é o meio de locomoção para áreas mais distantes da clínica e também é meio de acesso. Muitas equipes acompanham os usuários em alguns casos em consultas especializadas. Ainda há equipe sem carro próprio ou veículo que não é adequado para transportar pacientes.

Apesar da falta de recursos humanos, logísticos e físicos de estrutura aparecerem como barreiras ao acesso ao cuidado, seria mais fácil resolver e solucionar esse problema se fosse somente por essas questões. Entretanto, os estigmas se apresentam como principal barreira o que se torna mais complexo o cuidado dessa população. O estigma, como vimos, são representações sociais pejorativas sobre grupos específicos que geram uma visibilidade negativa, o que alimenta o círculo vicioso de exclusão social. Romper com esse círculo é um desafio, pois não depende somente das eCR ou da própria PSR, mas de um conjunto de estratégias político e econômico que promovam políticas sociais de qualidade para romper com diferentes formas de discriminação social.

Outra perspectiva que gera tensão sobre o atual modelo de cuidado são as mudanças ocorridas na PNAB em 2017 que colocam em risco a continuidade da melhoria do acesso à APS pela PSR, pois criam barreiras e tensões sobre o uso, a qualidade do serviço e do modelo de cuidado de saúde à PSR. Uma das mudanças observadas na PNAB é referente a não valorização de equipes da atenção básica pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família, que possuem atributos de cuidado mais completos que as chamadas equipes tradicionais da Atenção básica.

“A nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável, fragiliza o poder de regulação e indução nacional exercido pelo MS (...) ressalta-se a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação as chamadas equipes de AB” (MOROSINI, 2018).

No âmbito dos profissionais médicos, a nova PNAB passa a inflexibilizar a carga horária nas equipes de AB pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), exigindo carga horária de 40 horas, inclusive para todos os profissionais da ESF. Já para as chamadas equipes tradicionais da AB, passa a flexibilizar a carga horária dos médicos, possibilitando o cumprimento mínimo de 10 horas. É sabido que o aumento da carga horária possibilita um maior vínculo e cuidado do profissional com os usuários, mas sabe-se que há uma dificuldade na permanência de profissionais nas equipes, ainda mais em CR, especificamente de médicos, dessa forma essa nova configuração sobre a carga horária pode dificultar na contratação desse

profissional, pois é comum eles trabalharem em outro serviço paralelamente, geralmente no âmbito privado e/ou autônomo.

Em outro retrocesso na PNAB de 2017 que ameaça a expansão do acesso aos cuidados primários em saúde, a categoria de Agentes Comunitário em Saúde (ACS), um dos principais elos de acesso e cuidado entre serviço e população, recebeu aumento de atribuição em suas funções, misturando suas ações com as do Agentes de Combate a Endemias (ACE) e não houve menção acerca da cobertura por ACS de 100% da população cadastrada (MOROSINI, 2018).

Os ACS possuem em seu escopo de ações práticas similares aos Agentes Sociais (AS), profissional que compõe as eCR: “Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua” (PNAB, 2017).

De imediato já houve redução de 11% dos ACS na cidade do Rio de Janeiro (SMS, 2018). O ACS e o AS, tem a atribuição de ser entre outras funções, o canal de comunicação entre equipe e usuários do território de cobertura. Por ser uma pessoa que reside no território, ele também é uma figura importante para as equipes, pois sinaliza locais e usuários que necessitam de assistência. É um profissional responsável também pelas ações educativas e de promoção de saúde, principalmente no território. No caso das equipes tradicionais da AB, o ACS não compõe a equipe mínima.

A PSR é um público que historicamente não acessa a saúde a não ser por meio das emergências quando a questão de saúde é grave, até pelo histórico de negação de acesso, como demonstrado pela Pesquisa Nacional sobre a PSR (2008a). Nesse sentido, os ACS e os AS têm um papel fundamental, pois realizam ações educativas e de promoção a saúde pelo território, não esperando que o usuário vá até a clínica de saúde da família, pois já se sabe que ele não procura atendimento na AB. Dessa forma, como estratégia para promover o acesso a saúde, esses profissionais em conjunto com a equipe vão até o território e realizam ações de promoção e prevenção de saúde.

Com os atuais cortes e redução de equipes de SF que estão sendo realizados pela Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro haverá grande impacto sobre o cuidado ofertado pelas eCR. No ano de 2019 foram cortadas 184 equipes de SF sob argumento que eram equipes que atendiam menos de 3.000 pessoas (Rio de Janeiro, 2018).

Outro ponto que merece destaque para discussão é referente as equipes NASF, que com a nova configuração na PNAB, passam a ser referência para todas unidades de atenção básica no território, se configurando assim mais como ambulatório do que uma equipe que apoia a saúde da família. Nesse sentido, os profissionais que compõe essas equipes ficarão sobrecarregados com tantas equipes da ESF e das equipes ditas tradicionais para apoiar, impactando assim na qualidade do cuidado à população.

De forma recente, a nova Política de financiamento da AB, publicado no decreto 2.979 de 12 de novembro de 2019, estabeleceu novo sistema de custeio da APS no SUS que interrompe o financiamento direto das equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família - AB e ruma para uma APS seletiva, com a destinação de recurso por usuário cadastrado, com o intuito de focalizar o atendimento somente ao paciente mais pobre.

Já no âmbito das tensões atravessadas pelas políticas neoliberais, a Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016, impossibilita o crescimento de recursos por 20 anos para entre outras áreas sociais, a saúde. Em paralelo, a recessão econômica deve aumentar a população que dependerá do SUS. Essa EC teve por objetivo desvincular as receitas da saúde e educação. Os investimentos dessas áreas vão ficar congelados ao valor do ano de 2017 acrescido somente com o valor da inflação anual, ou seja, não haverá aumento real nos recursos dessas áreas, conforme havia acontecendo e era previsto, como mostra Rossi & Dweck (2016) ao estudarem os impactos desse novo regime fiscal na saúde.

A falta do acesso à saúde para a PSR não é um problema que só ocorre no Brasil, sendo motivo de preocupação sanitária por diversos sistemas de saúde. O fato de a PSR não acessar a APS também se mostra presente em outros países ocidentais com sistema de saúde universal, como no Reino Unido. No estudo de Elwell-Sutton et al (2016), os autores relataram barreiras para o acesso da PSR à APS e que essa população acessa mais as emergências que a população em geral. Como vimos na categoria ‘invisíveis sociais’, até pelas emergências a PSR vem sinalizando negação ao acesso.

Diante da complexidade dos casos que necessitam muitas vezes maior disponibilidade de tempo em um único acolhimento, como o acompanhamento de uma consulta especializada, precisa-se de maior flexibilidade no que se refere ao processo de “*accountability*”, prestação de contas anual acerca das atividades realizadas pelas equipes de CR.

Recomenda-se também que as equipes estejam completas em seu quadro de profissionais, principalmente os trabalhadores da saúde bucal, que como observamos, a

presença nas equipes ainda é muito baixa. Diante da complexidade que é cuidar de alguém em situação de rua é fundamental uma equipe completa com diferentes atores profissionais para fortalecer o trabalho multiprofissional.

No aspecto acerca da justificativa para se investir em uma equipe mais robusta que as equipes tradicionais da AB para atender as necessidades específicas e complexas da PSR, foi possível observar que por todo histórico social e estigmas que se apresentam como barreiras ao acesso ao cuidado em saúde, que as eCR são necessárias para reduzir as iniquidades em saúde que essas pessoas passam em seu dia a dia e por isso se justifica um investimento maior para a manutenção da equipe, composta por diferentes profissionais, de modo a atender as complexidades exigidas por esse público.

Destaco limitações apresentadas pelo presente estudo. Os usuários entrevistados foram indicados por profissionais das eCR. Não foram entrevistados PSR que não estavam vinculadas a alguma eCR, sendo possível que em algum ponto isso possa ter interferido em alguma análise. As entrevistas não foram planejadas para analisar só o objeto de estudo, o que trouxe limitações, pois poderiam ser feitas perguntas mais específicas para as categorias analíticas aqui estudadas.

Conclui-se que é preciso expandir UBS que atuem pelo modelo da ESF, assim como garantir a implementação de mais equipes de CR, conforme prevê a legislação onde lê-se que cada equipe de CR é responsável por até mil pacientes e que para se ter noção real do quantitativo da PSR é preciso realizar censos censitários que incluam essa população para que se possa planejar e implementar políticas públicas adequadas as suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. M. & IRIART, A. B. Significados e práticas de saúde e doenças entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 1, n. 28, p. 115-124, jan. 2012.

ALCÂNTARA, S. C. & ABREU, D. P. & FARIAS, A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. Revista Colombiana de Psicología, v. 1, n.24, p.129-143, 2015.

ANDERSEN, R.M. & NEWMAN, J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the Unites States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 51, 95-124, 1973.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Health Soc. Behav., v. 1, n. 36, p. 01-10, 1995.

BAUMAN, Z. Confiança e medo na cidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BRASIL. Portaria 1.028 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. MS, Brasília, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. MDS, Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua. MDS, Brasília, 2008b.

BRASIL. Decreto nº 7.053 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, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011.

BRASIL. Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. MS, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24h. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*. MS, v. 45, n. 2, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília, 2015.

Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*, Volume 50, Nº 09, Mar. 2019.

BODSTEIN, Regina et al. Produzindo saúde nas ruas: o desafio do trabalho das equipes de Consultório na Rua - Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2017. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26704>

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. *As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade a desfiliação*. CADERNO CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CECÍLIO, L. C. O., et al. *A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11): 2893-2902, 2012.

COSTA e SILVA, V et at. *Parcerias na Saúde: as organizações sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia de Saúde da Família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(05): 1365-1376, 2016.

DONABEDIAN, A. *Los espacios de la Salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Secretaria de Salud, México, 1988.

ENGSTROM EM, CARDOSO G, LACERDA A, et al. *Strategic Analysis of Health Care Practices for the homeless in Rio de Janeiro, Brazil*. In: Salazar LM, Villar RCL, organizadores. *Globalization and Health Inequities in Latin America*. Editora Springer. Brasil; 2018. p. 137-160.

ENGSTROM EM, LACERDA A, BELMONTE P, TEIXEIRA MB. *A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida*. *Saúde em debate*, V.43, N especial, p.50-61. 2019.

ELWELL-SUTTON, T., et al. *Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England*. *Journal of Public Health*, Vol. 39, No. 1, pp. 26–33, doi:10.1093/pubmed/fdw008, Advance Access Publication February 18, 2016.

FERRO, M. C. T. *Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados*. *Revista Direitos Humanos*, v. 8, p. 35-39, 2012.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: 3ª Ed, Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão*. 27ª ed, Petrópolis: Vozes, 1987.

GHIRADI, MG, Lopes SR, Barros DD, Galvani D. *Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores*. *Interface Comum Saúde Educ*, v. 9, p. 601-10, 2005.

GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006 jun, 22(6):1171-1181. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>

GIOVANELLA L., MENDONÇA MHM., ESCOREL S., ALMEIDA PF, ANDRADE CLT, SENNA MCM, FAUSTO MCR, DELGADO MM, MARTINS MIC, CUNHA MS, TEIXEIRA CP. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos - Vitória (ES). Relatório de pesquisa, 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9436>

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M., BUSS, M. P., FLEURY, S., GADELHA, C. A., GALVÃO, L. G., SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad. Saúde Pública, 35(3): 2019.

GOFFMAN, I. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HALLAIS, J. A. S. e BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504, jul, 2015.

LACERDA, A; ENGSTROM, E. M; CARDOSO, G. et al. Práticas promotoras de saúde do Consultório na Rua: desafios do acesso e direitos sociais à população em situação de rua. In Vulnerabilidade e saúde: grupos por visibilidade no espaço urbano, Hucitec, São Paulo, 2018.

LIMA, J. G. Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

MELO, E.A; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez, 2019 .

MORAES, R. Análise de conteúdo. Revista Educação, v. 22, n.37, p. 7-32, Porto Alegre, 1999.

MOROSINI, M. V. G. C. & FONSECA, A. F, & LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, V. 42, n. 116, P. 11-24, Rio de Janeiro, Jan-Mar, 2018.

NATALINO, M.A.C. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto Para Discussão. Inst Pesqui Econômica Apl., v. 2246, p:1–36, 2016.

NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo, Cortez, 2006.

NONATO, D. N e RAIOL, R. W. G. Invisíveis sociais: a negação do direito à cidade à população em situação de rua. Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 81-101, Jul/Dez, 2016.

OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata; 1978. Disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization; United Nations Children's Fund. Declaration of Astana, 2018. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

PENCHANSKY, R. e THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Med Care, v. 2, n. 19, p. 127-40, 1981.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Diretrizes norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. - 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Reorganização dos Serviços de Atenção Primária*. Rio de Janeiro: SMS, 2018.

ROSSI, P. & DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

RUEDIGER, MA. O Rio em perspectiva: um diagnóstico de escolhas públicas. Rio de Janeiro: FGV, 2017.

SERAFINO, I. & LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. R. Katál, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.

SCHRAIBER, L. B. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em saúde coletiva. In: Baptista, T W et al (Org). Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Fiocruz, p. 33-57, Rio de Janeiro, 2010.

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

SILVA, C. C. & CRUZ, M. M. & VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V.39, n. especial, p.246-256, dez, 2015.

SORANZ, D. O papel da MFC para o Sistema Único de Saúde. Fórum Nacional de Atenção Primária à Saúde debate 40 anos de Alma-Ata e 30 anos do SUS. Fiocruz, 2018. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/Apresentação_DR%20Daniel%20Soranz.pdf

TEIXEIRA MB, BELMONTE P, ENGSTROM EM, LACERDA A. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. Saúde Debate, V. 43, N Especial, p. 92-101, Rio de Janeiro, 2019.

TESSER, C. Acesso e acolhimento dos usuários na APS. Situação atual do acesso na atenção primária à saúde brasileira: principais problemas e estratégias de superação. UFSC, 2018.

THIEDE, M. & AKWEONGO, P. & MCINTYRE, D. Explorando as Dimensões do Acesso. In: Aspectos econômicos da equidade em Saúde. Fiocruz, p.137-161, Rio de Janeiro, 2014.

TRAVASSOS, C, MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004.

TRINO, A. T. & MACHADO, M. P. M. & RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. Hucitec, 1ª ed., p. 27-44, São Paulo, 2015.

VARANDA, W. e ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população em situação de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade, v. 13, n I, p. 56-69, jan-abril, 2004.

VARGAS E. R. e MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev Panam Salud Publica* 42, 2018.

VIANNA, M. T. W. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Rio de Janeiro, dez 2002.

ZUIM, R. C. B. e TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 2018.

WERNECK, J. Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS.

Projeto de Pesquisa: PMA

Participantes da pesquisa: Usuários do Consultório na Rua

Pesquisador:

Data da entrevista:

Equipe:

Nome:

Sexo:

Idade:

Qual foi a última série da escola que você terminou? Ano de conclusão:

Você está vivendo na rua há quanto tempo? E nesse local?

- 1) Como está sua saúde?
- 2) Você tem alguma doença? Se sim, qual(is)?
- 3) Toma algum remédio? Quais e como foram prescritos?
- 4) O que você faz para cuidar da sua saúde?
- 5) Desde quando você frequenta o CR? Como você conheceu o CR?
- 6) Quando você precisa, você consegue ser atendido pela equipe? Precisa marcar ou consegue ser atendido sem marcação?
- 7) Com quais profissionais você já teve contato?
- 8) Quais as atividades desenvolvidas pela ECR que você frequenta?
- 9) O que você mais gosta no trabalho da ECR?
- 10) O que você não gosta no trabalho da ECR?
- 11) Considerando os últimos 12 meses, você precisou procurar outros serviços de saúde como UPA, hospital, CAPS? Como foi esse atendimento? A ECR participou desse atendimento?
- 12) Você procurou serviços sociais? Como foi esse atendimento? A ECR participou esse atendimento?
- 13) A sua família participou em algum momento de seu cuidado pela ECR?

14) Que outros serviços/atividades você acha que o CR poderia oferecer e ainda não oferece?

15) Tem mais alguma coisa que não foi perguntado e você gostaria de falar?

APÊNDICE II

Roteiro de Observação Participante:

1- Aspectos estruturais do CR:

Configuração da equipe (número e categorias profissionais);

Horário de funcionamento da equipe;

Infraestrutura: tem sala só para a equipe? Tem banheiro específico para os usuários do CR com chuveiro?;

Carro ou van para transporte? Exclusivo da equipe?

2- Aspectos do território, caracterizar o contexto:

Locais onde as pessoas em situação de rua se concentram;

Área adscrita (ou de cobertura) da equipe;

Violência no território;

Uso de drogas e as cenas de uso.

3- Aspectos do processo de trabalho da equipe:

Abordagem na rua;

Acolhimento na clínica;

Identificar como foi realizado o mapeamento e os critérios para a divisão: por cenas de uso, por número de pessoas, etc.;

Identificar como é realizado o cadastramento. Fonte de registro do cadastro do usuário e o Prontuário eletrônico utilizado (PEP);

Conhecer a relação da equipe com a rede de saúde da área (CAP, CAPS, UBS, Hospitais) e a referência para outros níveis de atenção (exames, consultas especializadas, internação)

Acompanhamento dos usuários pela equipe para exames, consultas e internação e para abrigamento, retirada de documentação, etc.;

Atividades intersetoriais desenvolvidas;

Relação da equipe com os equipamentos sociais da comunidade;

Fóruns, reuniões, conselhos que a equipe participa mais regularmente;

Comunicação da eCR com as outras eSF da CF e de outras CF do território;

Comunicação da eCR com as outras eCR, meios de comunicação utilizados (whatsapp, celular, etc);

Atendimento da PSR pelas outras eSF (da CF onde a equipe se encontra e de outras CF que não tem eCR);

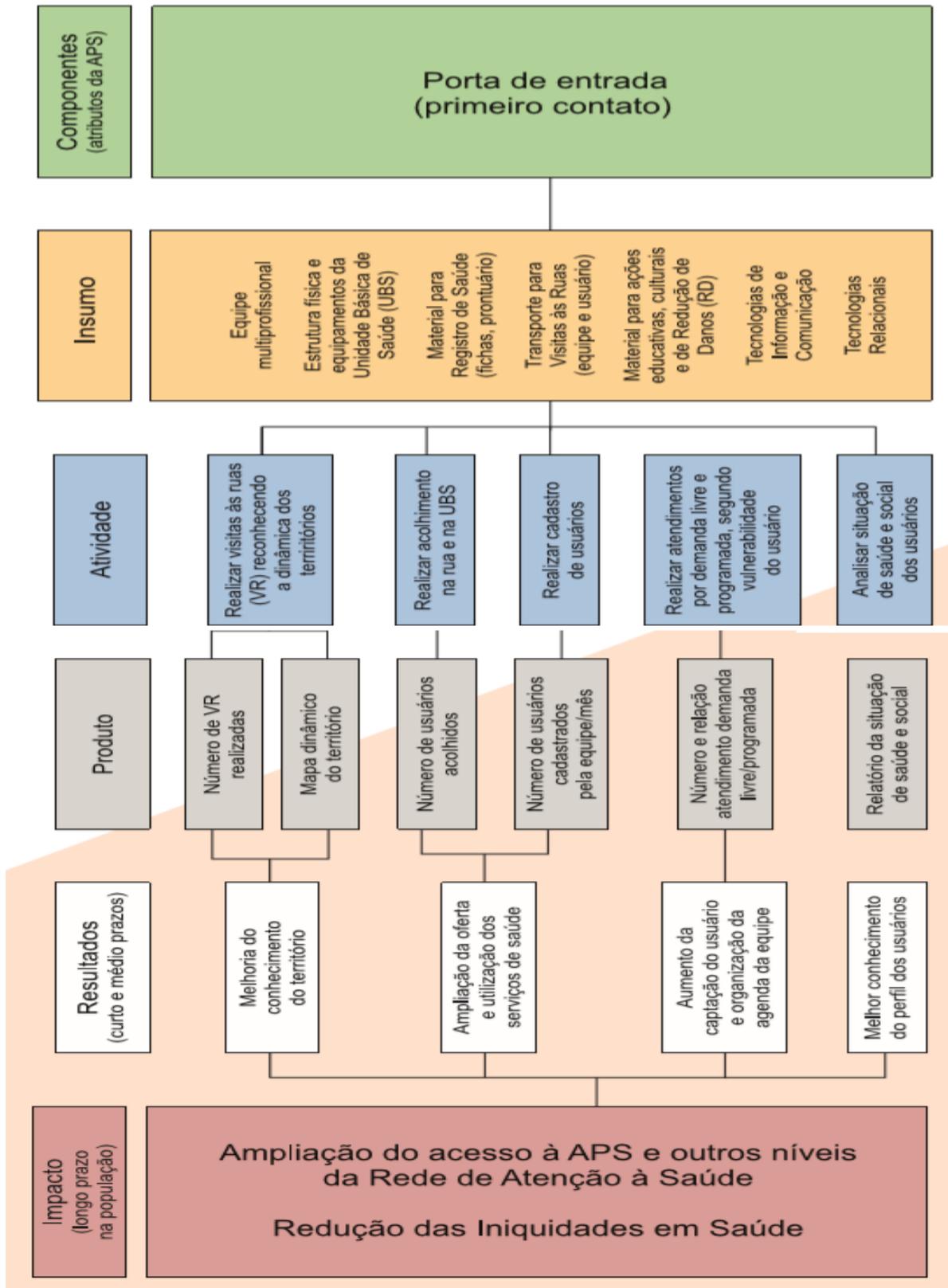
Busca ativa dos usuários;

Registrar impressões subjetivas do trabalho da equipe na comunidade;
Identificar quais os problemas mais importantes para a equipe.

Documentação: Conhecer documentos produzidos pela equipe (mapas, relatórios, atas de reuniões, caderno de campo, ficha de cadastro, lista de serviços, etc). Verificar se tem material educativo produzido pela equipe. (Xerocar ou escanear o que for permitido).

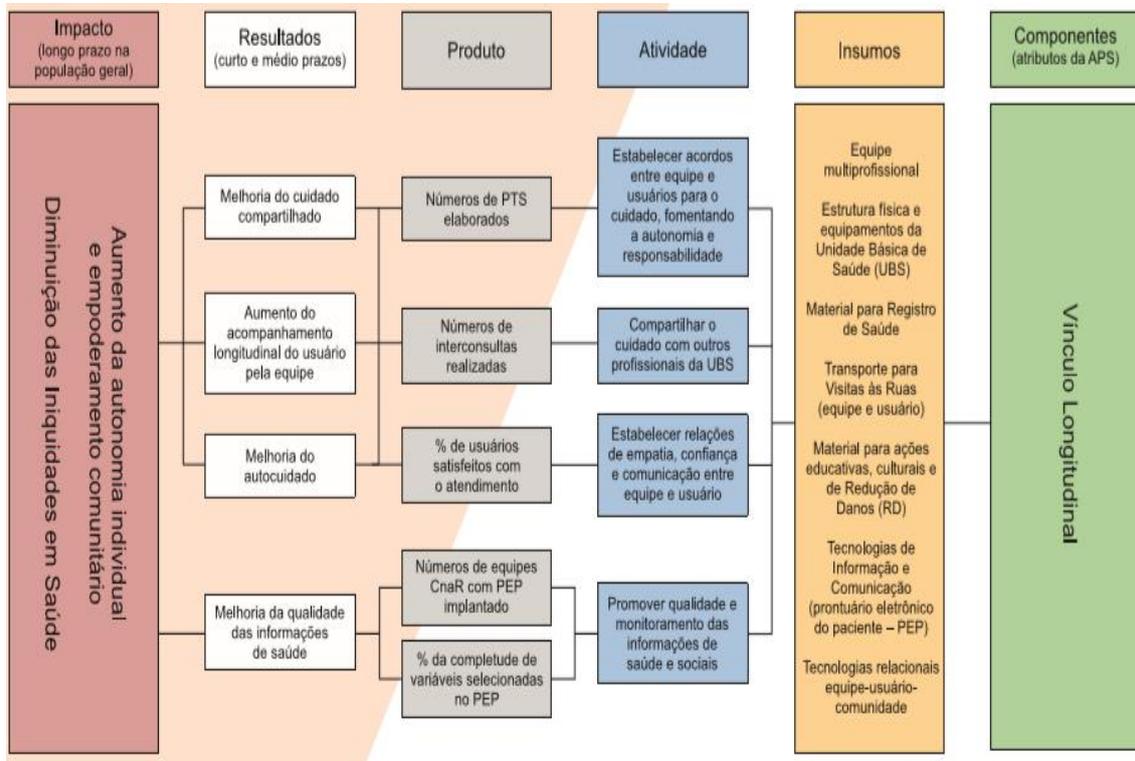
ANEXO I

Figura 1. Porta de Entrada



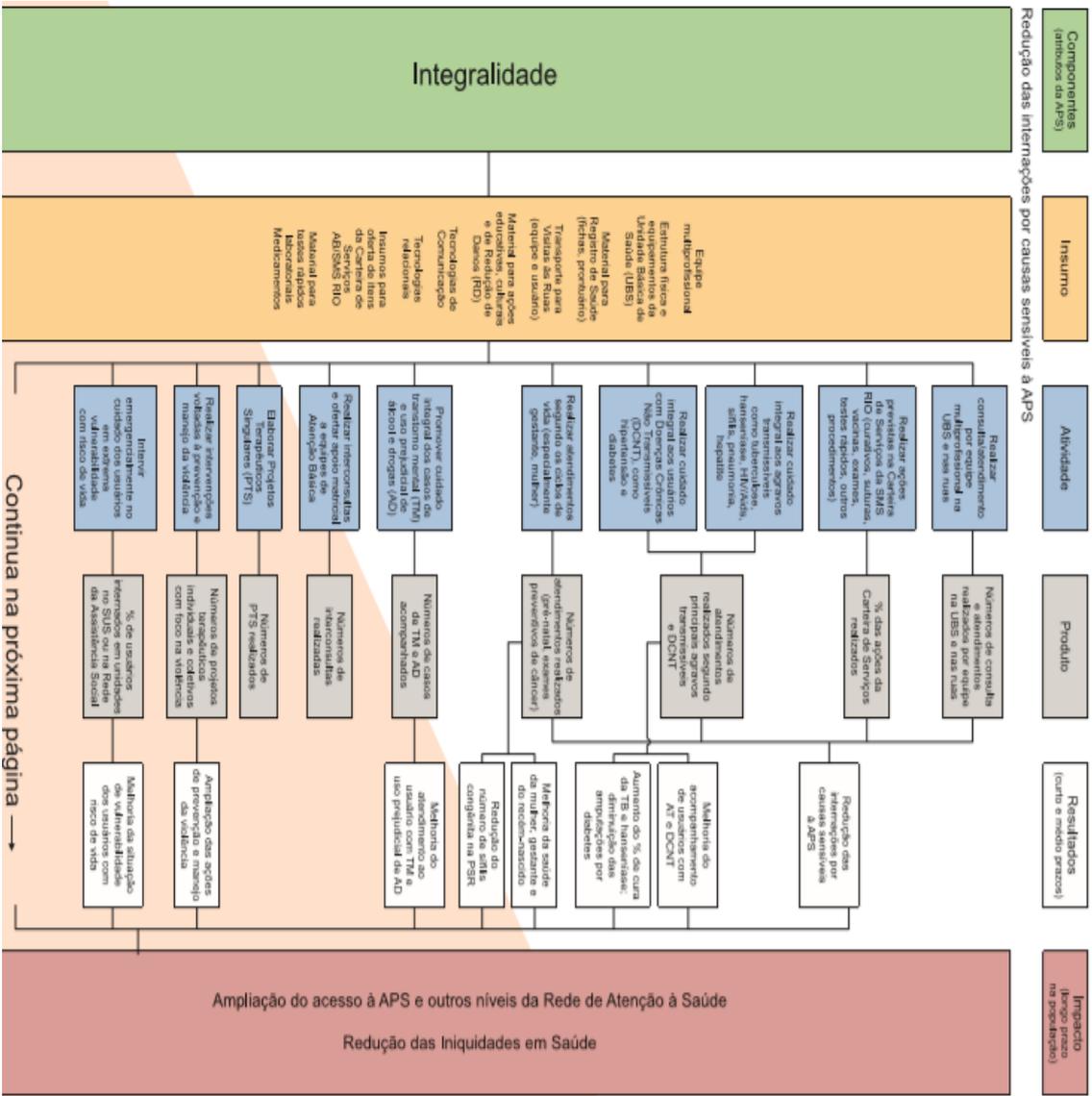
ANEXO II

Figura 2. Longitudinalidade



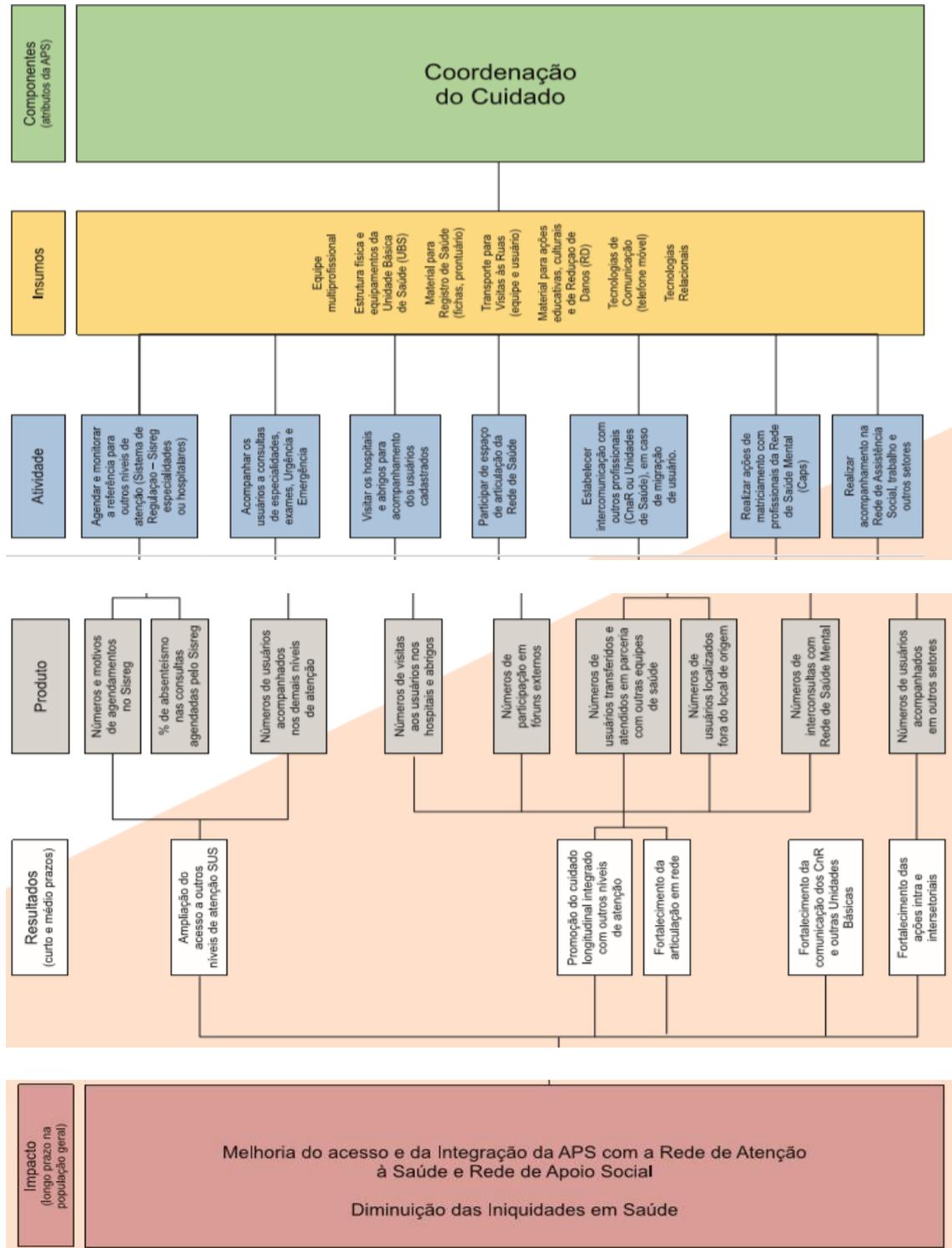
ANEXO III

Figura 3. Integralidade



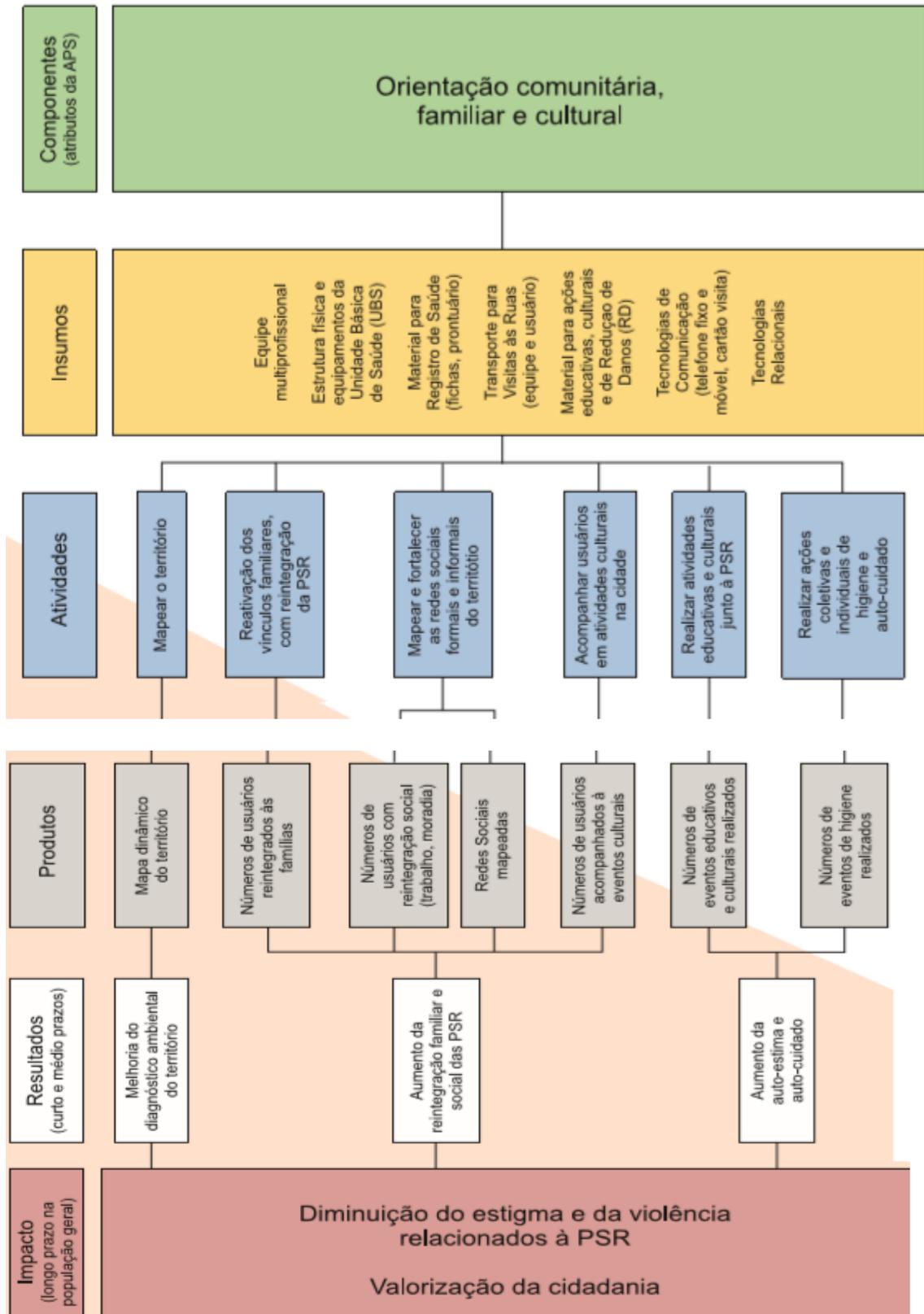
ANEXO IV

Figura 4. Coordenação do cuidado



ANEXO V

Figura 5. Orientação comunitária, familiar e cultural



ANEXO VI

Figura 6. Intersectorialidade

