

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Marcela Magalhães Ferreira de Castro Monteiro

A DIMENSÃO DA INTERSETORIALIDADE NAS PRÁTICAS DO
CONSULTÓRIO NA RUA: A EXPERIÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro
2019

Marcela Magalhães Ferreira de Castro Monteiro

A DIMENSÃO DA INTERSETORIALIDADE NAS PRÁTICAS DO
CONSULTÓRIO NA RUA: A EXPERIÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins
Prof.^a Dr.^a Regina Ferro do Lago

Rio de Janeiro
2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M775a Monteiro, Marcela Magalhães Ferreira de Castro.
A dimensão da intersectorialidade nas práticas do consultório na rua:
a experiência do Rio de Janeiro / Marcela Magalhães Ferreira de
Castro Monteiro. -- 2019.
107 f. : il. color. ; mapas

Orientadoras: Maria Inês Carsalade Martins e Regina Ferro do
Lago.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Vulnerabilidade Social.
3. Colaboração Intersectorial. 4. Pessoas em Situação de Rua. 5. Apoio
Social. 6. Promoção da Saúde. 7. Consultório na Rua. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098153

Marcela Magalhães Ferreira de Castro Monteiro

A DIMENSÃO DA INTERSETORIALIDADE NAS PRÁTICAS DO CONSULTÓRIO NA
RUA: A EXPERIÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 28 de Março de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Mirna Barros Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dra. Rita de Cássia Ramos Louzada
Universidade Federal do Espírito Santo – Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento

Rio de Janeiro
2019

DEDICATÓRIA

Ao meu avô Sebastião (in memoriam), com muito amor e carinho a quem sempre me
incentivou a ir em busca dos meus sonhos!

Aos usuários, que me ensinam cotidianamente que o afeto é transformador!

Agradecimentos

Concretizar o sonho do mestrado não foi fácil. Encontrei diversos obstáculos no caminho e em cada obstáculo encontrei força em cada um de vocês.

Agradeço às minhas orientadoras Inês e Regina, pelo acolhimento desde o primeiro contato, por cada troca de e-mail, cada orientação, cada abraço, cada olhar incentivador. Vocês foram sempre muito cuidadosas e eu sou muito grata por isso! Obrigada por apostarem em mim e neste trabalho!

Agradeço a Rita Louzada, grande mestre que sempre me inspira! Obrigada por me incentivar a entrar no mestrado, pelas mensagens quase diárias e por aceitar estar comigo, nesta banca e para além dela!

Agradeço a Elyne e Mirna pela disponibilidade de enriquecerem esta discussão e pela dedicação à formação! Agradeço a vocês e a toda equipe da pesquisa-fonte, que disponibilizaram os dados e puderam tornar esta dissertação possível!

Eterna gratidão a toda minha família, minha base, meu amor maior! Sem vocês, nada faz sentido! Aos meus pais, Leni e Evandro, que serão sempre minhas referências, que sempre me incentivam e apoiam. Meus irmãos, Bruna e Daniel e meus sobrinhos, Biel e Ísis, vocês serão sempre meus maiores amigos! Meus avós que estão sempre comigo, mas agora em outro plano, meu avô Sebastião, vó Neusa, vovó Maria, vó Zilda e padrinho Célio, amo vocês!

Ao meu amigo e companheiro Adonis, agradeço por segurar firme em minha mão e por todo apoio e compreensão nesta trajetória! Sem você seria bem mais difícil! Obrigada por acreditar em mim e por me incentivar a voar alto! Amo você!

Às minhas amigas da vida, com quem compartilho alegrias, risos, angústias e principalmente muito companheirismo e amor: Daiane (e minha afilhada Shay), Camilla, Bruna Mello, Aline, Bruna Mello, Priscilla, Anna Paula e Bia. Um agradecimento especial à amiga que entrou junto comigo no mestrado, sentou ao meu lado e segurou minha mão todas as vezes que pensei que não daria conta, Giselle! E outro à minha amiga Layde, que segura minha mão sempre, que me incentiva com áudios de dez minutos e com “Bora, Magalhães”! Amo vocês!

À grande professora e amiga, Victória Grabois, que me inspira a acreditar que vale a pena continuar lutando por um país justo e democrático!

Agradeço também aos meus companheiros de trabalho, à equipe que levarei sempre no coração, que aposta diariamente comigo: equipe de Consultório na Rua de Acari – Ana Maria

Galdeano, Ana Leite, Kelly Victor, Cirilo (Josenilson Apolinário), Luana Nicéia, Elaine Galdino, Viviane Santos (e minha afilhada Titi), Simone Aparecida, Natália Ferreira, Fabiana Baraldo, Bárbara Batista, Ivo Lima, Raquel Jóia, sr Carlos. E ainda, a todos que puderam contribuir com a equipe, deixando suas marcas como residentes (em especial à Flávia, Mayra, Thiago e Sabrina), estagiários e pesquisadores (em especial, à Lívia). Vocês são incríveis! Obrigada por compartilhar comigo o sonho de uma sociedade mais justa e humana! Como disse nosso querido Gilson, “A loucura de vocês salva vidas. Obrigada pela loucura de vocês!”

Gratidão também a todos os serviços que se disponibilizam a pensar e repensar práticas de cuidado à população em situação de rua, em especial ao CREAS João Hélio Fernandes Vieites e ao CREAS Wanda Engel Aduan e às grandes profissionais que encontrei neste caminho: às queridas Maíra, Mirella, Mara, Betinha, Bia, Daniel, Alexandre, Wilma, Cláudia e a tantas outras pessoas maravilhosas com quem pude compartilhar o trabalho e ver a potência da rede.

Por fim, e de forma especial, agradeço às pessoas que escreveram comigo este trabalho: aos nossos usuários! Obrigada por me ensinarem tanto, a cada encontro uma transformação! Em cada linha deste trabalho há a presença de vocês: Lucinha, Gilson, Dilson, Valdemiro, Martinha, Valdeir, Flávio, Alba Valéria, Cláudia Helena, Luiz Ricardo e tantxs outrxs! Gratidão, gratidão, gratidão! Seguimos juntos!

*A nossa escrevivência não pode ser lida como história de ninar da casa-grande, e sim para
incomodá-los em seus sonos injustos.*

(Conceição Evaristo)

Resumo

O cuidado em saúde da população em situação de rua é complexo e exige respostas que incidam no processo saúde-doença desta população. Compreende-se que a intersetorialidade constitui-se como imperativo do trabalho das equipes de Consultório na Rua e como estratégia para o cuidado integral. Este trabalho tem por objetivo geral analisar a intersetorialidade no trabalho das equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro. Trata-se de estudo qualitativo que utilizou parte do banco de dados do Projeto “Avaliação da efetividade do modelo de atenção primária à saúde das equipes de Consultório na Rua (Cnar) do Município do Rio de Janeiro”, intitulado nesta dissertação como “projeto-fonte”. Foram utilizadas trinta e três entrevistas de trabalhadores das sete equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro, entre profissionais de nível superior e nível médio. Para análise do material coletado foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, sob a perspectiva de quatro categorias de análise: vulnerabilidade social; cuidado ampliado; acesso às políticas sociais; e práticas intersetoriais. Estas categorias dialogavam com o tema central deste estudo, intersetorialidade. Concluiu-se que a intersetorialidade é fundamental para o trabalho do CnaR e a construção do cuidado ampliado. Foi possível identificar diversas práticas intersetoriais e o reconhecimento da importância destas práticas para as equipes. No entanto, a maioria das práticas são desenvolvidas a partir da percepção de necessidade dos trabalhadores, dependendo de seus esforços individuais. Poucas práticas têm apoio e fomento da gestão. Considera-se de suma relevância que a gestão possa empreender investimento na organização de fluxos e práticas intersetoriais, bem como criar diretrizes para nortear o trabalho intersetorial desenvolvido pelas equipes de CnaR.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Cuidado ampliado; Vulnerabilidade Social; Intersetorialidade; População em Situação de Rua; Consultório na Rua.

Abstract

The careful of health with homeless people is complex and demand resolutions to this problem. It's understood that relations between the teams of Street Clinics works effectively, with intersectoriality as a strategy for integral work. This article has the general objective of making analysis between the team work in Street Clinics in Rio de Janeiro. The study is qualitative and use part of the database of other project called "Avaliation of the effectiveness in primary health care model of Street Clinics in Rio de Janeiro", titled as a inspiration project for this article. Thirty three interviews were made for this article, between professionals with graduated level or high school level. The analysis of the material was made by the thematic content analysis technique, from the perspective of four categories: social vulnerability; extended care; access to social policies; and intersectorial practices. These categories were related with the central theme of this study, intersectoriality. Was concluded that intersectoriality is crucial for the work in Street Clinics and the construction of extended care. Was possible to identify several intersectorial practices and recognize the importance of these practices for the teams. However, most practices are developed from the perception of need of the workers, depending on their individual efforts. Few practices have support, management, and encouragement. It's considered in relevance that the management can invest organizing intersectorial praticies and creating guidelines to the intersectorial work developed by the teams of Street Clinics.

Keywords: Primary health care; Extended care; Social Vulnerability; Intersectoriality; Homeless people; Street Clinics

LISTA DE QUADROS

Quadro I. Categorias de análise utilizadas e seus conceitos	51
Quadro II. Profissionais entrevistados por área programática, profissão, tempo de trabalho e presença de pós-graduação	60

LISTA DE IMAGENS

Imagem I. Mapa das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro	53
------------------------------------------------------------------------------------	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CnaR – Consultório na Rua

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CF – Constituição Federal

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. O CONSULTÓRIO NA RUA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	21
2. MARCOS TEÓRICOS E NORMATIVOS	25
3. OBJETIVOS	45
3.1 Objetivo geral.....	45
3.2 Objetivos específicos.....	45
4. METODOLOGIA	46
4.1 Conhecendo o Projeto-fonte.....	46
4.2 Conhecendo a metodologia desta dissertação.....	48
4.3 Considerações éticas.....	51
5. RESULTADOS	53
5.1 Caracterização dos territórios e das equipes.....	53
5.2 Caracterização dos entrevistados.....	59
5.3 Acolhimento e demandas em saúde.....	61
5.4 Processo de cadastro e registro dos atendimentos.....	64
5.5 Articulação intersetorial.....	66
5.6 Demandas sociais.....	67
5.7 Práticas das equipes.....	68
6. DISCUSSÃO	73
6.1 Vulnerabilidade social.....	73
6.2 Cuidado ampliado.....	79
6.3 Acesso a políticas sociais.....	84
6.4 Práticas intersetoriais.....	91
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

APRESENTAÇÃO

O cuidado em saúde para a população em situação de rua é complexo, e vem sendo muito discutido nos últimos anos, principalmente no que diz respeito à garantia ao acesso. Vale ressaltar que, mesmo com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura a saúde pública como direito de todos os cidadãos, havia (e ainda há) barreiras históricas que dificultam o acesso desta população aos serviços de saúde e às outras políticas públicas. Podemos citar como exemplo, a falta de documentação e comprovante de residência, dificuldade de cumprir com horários marcados para consultas, preconceitos dos profissionais, entre outras.

A Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7053, em 2009, descreve a população em situação de rua como:

Grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009, p. 1)

É importante destacar que, de modo geral, as pessoas em situação de rua encontram-se em situação de vulnerabilidade social, vivenciando processos de violações de direitos, e por vezes, com os vínculos familiares e/ou sociais fragilizados. Deste modo, a situação de rua exige o funcionamento do SUS em rede, com abordagem intersetorial, para potencializar as possibilidades de atenção à saúde e aumentar a capacidade de resposta às demandas desta população.

A Lei 8080/1990, que dispõe sobre o SUS, apresenta em seu artigo 7º, a *“integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”* (art 7º, parágrafo II) como um dos princípios do SUS.

O decreto 7053/2009 apresenta os princípios, as diretrizes e os objetivos desta política, bem como institui a criação de um Comitê intersetorial para acompanhamento e monitoramento da política, composto por representantes da sociedade civil, um membro e um suplente dos seguintes órgãos: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério dos Esportes e Ministério da Cultura, a ser coordenado pela Secretaria

Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Podemos observar no referido Decreto que a intersectorialidade é um aspecto chave e atravessa a Política de modo geral, como por exemplo, no art. 7º, que apresenta como um de seus objetivos: *“I. assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda”*.

É necessário ressaltar que, apesar da Política Nacional para População em Situação de Rua ser um marco histórico para esta população, a adesão municipal a esta política é voluntária e fica subordinada aos interesses políticos dos gestores.

As equipes de Consultório na Rua (CnaR) surgem como uma das estratégias da Atenção Primária à Saúde para ampliar o acesso da população em situação de rua ao SUS (PNAB, 2012). Estas são equipes multiprofissionais, de atenção básica, que trabalham de forma itinerante com o objetivo de atender à população em situação de rua.

O interesse neste tema pode ser associado a dois fatores. O primeiro é minha formação em serviço social, onde pude compreender a importância das políticas sociais no enfrentamento da situação de exclusão social. Ainda durante a graduação, passei a ter contato com o campo da saúde mental, em estágio em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e por meio de uma pesquisa no campo de álcool e outras drogas. Foi também neste período, no ano de 2012, durante um estágio de Vivências do SUS (VER-SUS) que conheci o trabalho de uma equipe de CnaR (chamada à época de “equipe Pop Rua”, localizada no centro da cidade do RJ), que despertou muito meu interesse pelo tema da população de rua.

Durante minha formação enquanto residente multiprofissional de saúde mental (no Instituto de Psiquiatria da UFRJ), durante os anos de 2013 a 2015, pude continuar me aproximando desta temática, sobretudo, enquanto estava imersa no CAPS ad (um dos meus cenários de prática da referida residência). Fui convocada a refletir sobre o papel que a rua ocupa na vida dos sujeitos e sobre a complexidade da situação de rua.

O segundo fator é meu trabalho enquanto assistente social de uma das equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro. Sempre tive desejo por este trabalho, principalmente, por ter a oportunidade de construir o SUS e o exercício de cidadania junto às pessoas que vivenciam em seus cotidianos processos de vulnerabilidade e exclusão social.

É extremamente importante e urgente a produção de conhecimento e a criação de novas práticas de cuidado que contemplem as especificidades da população em situação de rua, construindo assim, um SUS universal e democrático.

INTRODUÇÃO

O tema sobre população em situação de rua vem sendo muito discutido a partir da lógica da religiosidade e da caridade, no entanto, nas últimas décadas, tem sido debatido por diversas políticas sociais, sobretudo pelas políticas de saúde e assistência social, ainda de forma isolada, setorial.

Muito deste debate ainda é pautado de forma simplista, como se a questão de quem está em situação de rua pudesse ser resumida pela falta de moradia, quando na realidade, a situação de rua envolve questões mais complexas, estando inscrita num processo de exclusão social. Um exemplo desta situação é o Plano Plurianual, formulado pela prefeitura do Rio de Janeiro para os anos de 2018 a 2021, onde é possível identificar como ações que serão direcionadas para a população de rua do município: o aumento de vagas de acolhimento institucional (abrigos) e a melhoria da qualidade do atendimento nestes espaços de abrigo, reduzindo, portanto, a questão da situação de rua à falta de moradia ou à possibilidade de abrigo.

É importante pautar a discussão da população em situação de rua no campo dos direitos humanos e sociais, no sentido de afirmar a lógica dos direitos e do cuidado, em contraposição às diversas violações às quais esta população está frequentemente submetida, inclusive por meio da ação do Estado. Um exemplo é que em maio de 2017 houve diversas ocorrências orquestradas pela prefeitura e pela segurança pública de São Paulo em cenas de usos de drogas (conhecidas como “cracolândias”), na cidade de São Paulo, por onde circulavam e permaneciam diversas pessoas em situação de rua, com o objetivo de expulsá-las do local¹.

Em estimativa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2016, constava que existiam cerca de 101.800 pessoas em situação de rua no Brasil, a maioria vivendo na região Sudeste. (Natalino, 2016)

No Rio de Janeiro, segundo pesquisa realizada pela equipe de Abordagem Social da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos do Município do Rio de Janeiro em 2016 e publicada pelo Jornal O Globo em 21 de maio de 2017, estimava-se que à

1

Reportagem publicada pelo site “Folha de São Paulo” em 21/05/2017. Acessível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1886022-policia-faz-megaoperacao-de-combate-ao-traffic-na-cracolandia.shtml> (acesso em 15/12/2017)

época o município do Rio de Janeiro tivesse 14.279 pessoas em situação de rua². A maioria desta população (34,37%) refere estar em situação de rua devido a conflitos familiares, seguido pelo motivo do uso abusivo de álcool e outras drogas (13,32%) e do desemprego (13,32%). A maior parte desta população é parda (53,76%), seguida de preta (25,32%) e possui ensino fundamental incompleto (41,91%).

O aumento do fenômeno da população em situação de rua está intimamente ligado ao aprofundamento das desigualdades sociais, sendo múltiplos os fatores que ocasionam a situação de rua. A falta de acesso à políticas públicas gera uma situação de vulnerabilidade importante, o que acaba por reforçar estigmas e a situação de exclusão social.

Cabe ressaltar o caráter polissêmico do conceito de vulnerabilidade, sobretudo a vulnerabilidade social, utilizado na literatura acadêmica com significados diversos (COSTA *et al.*, 2018). Na área da saúde coletiva predomina a compreensão da vulnerabilidade como multidimensional e inter-relacionada nos aspectos individual, social e programático, como será discutido mais adiante. Nas últimas décadas o cenário de exclusão e invisibilidade foi modificado por algumas conquistas. É preciso destacar como marcos importantes a organização do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, o I e o II Encontros Nacionais da População em Situação de Rua, a Política Nacional de Assistência Social, em 2005, responsável por incluir a população em situação de rua na Proteção Especial da Assistência Social e a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em 2009. (Paiva et al, 2016)

Apesar de tais avanços, a população em situação de rua continua constituindo-se como um desafio para as políticas sociais e vivenciando em seu cotidiano situações de violências, privações e violação de direitos.

A Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto 7053/2009 reconhece a complexidade desta população e propõe que as políticas sociais destinadas a esta população sejam orientadas por ações intersetoriais como forma de responder às demandas. Segundo Serafino e Luz (2015):

Conforme preconizado em todas as políticas públicas brasileiras a partir da Constituição de 1988, também na Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua a construção de ações intersetoriais é uma prerrogativa prevista para dar respostas às demandas dessa população. A

2

Pesquisa publicada no site “O Globo” em 21 de maio de 2017. Acessível em <https://oglobo.globo.com/rio/a-noite-chaos-mais-nada-um-perfil-da-crescente-populacao-de-rua-do-rio-21369108> (Acesso realizado em 04/12/2018)

preconização do acesso pleno aos direitos garantidos aos demais cidadãos brasileiros, também às pessoas em situação de rua, permite identificar que a referida política propõe a integralidade no atendimento a esse segmento populacional. As próprias características multidimensionais e complexas dos problemas sociais, especificamente, da população em situação de rua, requerem a sinergia intersetorial para concretizar objetivos comuns. (p. 77)

Equipes de saúde na atenção básica que atendessem às especificidades desta população eram uma das demandas do Movimento da População em Situação de Rua, visto que, como referido, o cuidado em saúde desta população é complexo, devido à multiplicidade de fatores de risco a que esta população está frequentemente submetida, como: violências, dificuldades na alimentação, higiene e no autocuidado, privação do sono, variações climáticas, dificuldade na adesão ao tratamento, além das barreiras encontradas para acessar os serviços de saúde. (BRASIL, 2012^a)

Como forma de responder a esta demanda, algumas iniciativas foram criadas, como as equipes de Consultório de Rua, vinculadas à coordenação de saúde mental, com abordagem focada, sobretudo, no uso prejudicial de álcool e outras drogas e na saúde mental. Mais tarde, algumas destas equipes transformaram-se nas equipes de CnaR, passando a estarem vinculadas à Política Nacional de Atenção Básica. Conforme aponta Santana (2014):

A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica. Dessa forma, entendemos que a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população. (p. 1798)

As equipes de CnaR, portanto, são equipes de saúde vinculadas à Atenção Básica com o objetivo de cuidar das especificidades de saúde da população em situação de rua. Sendo equipes de Atenção Básica, devem seguir os princípios, fundamentos e diretrizes desta política, assim como, considerar os sujeitos em suas singularidades e contextos sócio-históricos.

Considerando a necessidade de se produzir conhecimento acerca das equipes de CnaR e do avanço no acesso à saúde da população em situação de rua, e ainda, do que tem se construído de práticas intersetoriais, vem sendo desenvolvido no âmbito do Departamento de

Ciências Sociais DCSS/ENSP/FIOCRUZ, o projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da efetividade do modelo de atenção primária à saúde das equipes de Consultório na Rua (CnaR) do Município do Rio de Janeiro”, aqui denominado “projeto-fonte”, sob a coordenação da Prof Dra Elyne Engstron que tem como objetivo geral “avaliar a efetividade das práticas do Consultório na Rua (CnaR) no Município do Rio de Janeiro (MRJ) voltadas para a atenção, prevenção e promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS)”, tendo como um dos objetivos específicos “analisar o processo de implementação do modelo de atenção do CnaR a partir das atividades e práticas desenvolvidas pelas equipes de CnaR do MRJ”.

Tendo como base este projeto-fonte, nesta dissertação pretende-se analisar a dimensão da intersetorialidade na prática dos CnaR do Município do Rio de Janeiro, a partir do material empírico levantado pela pesquisa-fonte realizada em 2016/2017.

É importante registrar que este trabalho encontrou limites, visto que a metodologia adotada para coleta de dados do projeto-fonte, embora com resultados bastante ricos, não foi formulada para atender aos objetivos deste trabalho.

1. O CONSULTÓRIO NA RUA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Atualmente existem sete equipes de CnaR no município do Rio de Janeiro, vinculadas às seguintes Áreas Programáticas (AP's): duas equipes na AP 1.0 (nos bairros Lapa e Gamboa), implantadas em 2010, uma equipe na AP 3.1 (em Manguinhos), implementada em 2011, uma equipe na AP 3.2 (no Jacarezinho), implementada em 2012, uma equipe na AP 3.3 (em Acari), implementada em 2015, uma equipe na AP 5.1 (no bairro de Realengo), implementada em 2015 e uma equipe na AP 5.3 (localizada em Antares), implementada em 2013.

As áreas programáticas são divisões administrativas e fazem parte do planejamento em saúde do município do Rio de Janeiro. Existem dez APs no município, portanto, quatro APs do município não possuem equipes de CnaR.

As equipes de CnaR estão vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e à Superintendência de Atenção Primária à Saúde. Possui, abaixo da Superintendência, a Gerência dos CnaR (existe uma gerente para as sete equipes do município).

É importante destacar que as sete equipes são credenciadas pelo Ministério da Saúde, ou seja, devem receber verba do governo federal para seu custeio.

As equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro atuam em áreas de abrangência maiores que as equipes de saúde da família e todas tem suas bases em uma Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde da área programática.

Em 2016, a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro apresentou um documento intitulado “Diretrizes norteadoras das equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro”, onde apresenta o panorama das equipes de CnaR e os contextos onde estão inseridas.

O eixo estruturante do trabalho do Consultório na Rua é composto pela atenção integral à saúde, articulação inter e intra setorial incluindo a redução de danos e abordagem biopsicossocial à população em situação de rua. Importante esclarecer que o atendimento realizado a estas pessoas, não é um atendimento exclusivo das equipes de Consultório na Rua, pode e deve também ser o mesmo realizado e compartilhado com as demais equipes e serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde. (SMS, 2016b)

Todas as equipes do município são da modalidade tipo III, ou seja, possuem profissionais médicos em sua composição. Em relação à contratação de profissionais, o documento prevê que o processo seletivo fica a cargo da Organização Social de Saúde e da Coordenadoria de Área Programática responsável pelo território da equipe, e prevê também

que todos os profissionais contratados participem de um curso denominado “Introdutório à Saúde da Família”.

A “Carteira de Serviços” da atenção básica, documento onde consta a relação de serviços prestados pela APS (SMS, 2016a) apresenta os serviços oferecidos para a população em situação de rua, aos quais podemos destacar: o cadastramento da população em situação de rua da área do CnaR; Ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, redução de danos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde; Acompanhamento com equipe multiprofissional tanto na rua, quanto na unidade de saúde; Avaliação de situações de risco e identificação das necessidades da população em situação de rua; Atenção à saúde mental, saúde bucal e ao pré-natal; Atendimento individual e em grupo; Busca ativa e notificação de agravos; Ações de educação em saúde; Ações que visem a autonomia dos sujeitos e a participação social.

Entre os eixos prioritários das ações, destacam-se: o diálogo com a Rede de Atenção Psicossocial, a Proteção Social, e ainda, com os recursos comunitários, buscando potencializar ações intersetoriais. (SMS, 2016a)

A organização do trabalho varia de acordo com cada equipe de CnaR, mas, em geral, existem as abordagens territoriais, ou seja, o acompanhamento dos usuários na rua e também o acompanhamento dos usuários na unidade de saúde, como preconizado na Carteira de Serviços. Existem ainda outras atividades promovidas pelas equipes: retirada de documentação, apoio matricial para outras equipes de saúde, construção de projeto terapêutico singular, construção de trabalho intersetorial e acesso à políticas públicas. (SMS, 2016a)

Cada equipe possui uma agenda de trabalho, e em um destes turnos ocorre a reunião de equipe para construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a discussão de casos acompanhados e a discussão do processo de trabalho. A maioria das equipes não possui supervisor institucional, mas todas possuem a figura do “apoiador”, que é um profissional vinculado à Coordenadoria de Área Programática, que media a relação da equipe de CnaR com a CAP. Este apoiador não está presente no cotidiano das equipes, mas está disponível caso haja necessidade de comunicação com a CAP.

Existe também um encontro mensal entre as equipes de CnaR e a Gerência dos CnaR, onde o processo de trabalho é discutido, assim como as ações e serviços desenvolvidos pelas equipes. Comumente já existe uma pauta preestabelecida, mas existe também flexibilidade para adicionar outras discussões.

O município do Rio de Janeiro, recentemente, aderiu à Política Nacional para População em Situação de Rua. A adesão ocorreu por meio da Lei nº 6350 de 4 de maio de

2018, nomeada como “Lei Maria Lúcia Pereira”, em homenagem à Maria Lúcia Pereira, coordenadora do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, falecida em abril de 2018. A referida Lei apresenta a Política Municipal da População em Situação do Rio de Janeiro e institui a criação do Comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento da política municipal. A Lei foi fruto da discussão entre movimentos sociais, sociedade civil e vereadores da Câmara dos Vereadores do município do Rio de Janeiro. No entanto, o Comitê Intersetorial proposto pela referida Lei não foi criado até o presente momento.

Em vez disto e paralelo a esta Lei, outro Comitê Intersetorial foi criado, por meio do Decreto Municipal nº 44857 de 07 de agosto de 2018, que institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua. Vale ressaltar que não há clareza dos motivos que levaram a prefeitura a criar um Decreto e não respeitar a Lei que já está promulgada. Também não há transparência sobre as pessoas nomeadas a assumirem lugar no Comitê e sobre as atividades desenvolvidas por ele.

Assim sendo, no momento coexistem duas legislações que versam sobre a Política Municipal para a População em Situação de Rua, uma na forma de lei e outra na forma de decreto.

Apesar disto, as ações intersetoriais ocorrem, ainda que sejam de forma menos estruturadas, por meio da construção de redes locais.

Um bom exemplo de programa intersetorial para população em situação de rua é o Programa de Braços Abertos (DBA). Inaugurado em 2014 na cidade de São Paulo, o DBA propunha-se a atender a população das chamadas “cracolândias”, locais conhecidos por serem dominados pelo tráfico e pelo consumo de drogas. Com o pressuposto da redução de danos, o programa era um trabalho conjunto da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Secretaria de Trabalho e Empreendedorismo, Segurança Urbana, Desenvolvimento Urbano e Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania. (TEIXEIRA, 2018)

Inspirado pelo conceito de “Housing First”³, o DBA consistia em ofertar um “pacote de direitos”, como moradia (por meio de parcerias firmadas com hotéis locais), alimentação e inserção no mercado de trabalho para a população usuária de drogas e em situação de rua. Com a chegada da nova prefeitura na cidade de São Paulo em 2017, o DBA foi sendo

3

Trata-se de um conceito que inspira programas em diversos países, como Estados Unidos, Portugal, Holanda, entre outros. Tais programas oferecem moradia para pessoas em situação de rua e/ou pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, sem exigir condições prévias, sendo programas, portanto, de baixa exigência. Acredita-se que é possível, por meio destes programas, melhorar a qualidade de vida do público-alvo e reduzir o consumo de drogas e o índice de violência.

desmontado. É possível encontrar diversas reportagens e relatos de experiência que expressam o alcance do programa.

O CnaR, objeto deste trabalho, também pressupõe a intersetorialidade como requisito fundamental. Muitas vezes para sustentar o Projeto Terapêutico Singular de um usuário, é preciso recorrer a ações que estão fora do campo da política de saúde, sendo necessário envolver outras políticas. No caso da população em situação de rua, podemos utilizar como exemplo: regularização da documentação básica dos usuários, inscrição em programas de habitação, acesso aos programas de transferência de renda e de abrigo provisório, que frequentemente estão vinculados à política de assistência social.

2. MARCOS TEÓRICOS E NORMATIVOS

Para introduzir a temática do cuidado em saúde da população em situação de rua no município do Rio de Janeiro, faz-se necessário considerar três componentes estruturantes deste trabalho: a Atenção Primária à Saúde, onde está inserido o CnaR, o cuidado à saúde da população em situação de rua por meio das Equipes de CnaR e a discussão sobre a intersetorialidade.

Antes, porém, é preciso registrar que compreendemos o cuidado como algo que está para além do ato gerado pelo sujeito cuidador, compreendemos como a produção de saúde que se dá por meio das relações que se estabelecem entre os sujeitos (usuário e profissional de saúde) e além deles (no território, em outras políticas intersetoriais, nas relações familiares e sociais). Passos et al (2014) assinala que o cuidado possui caráter ético e político. Especificamente no caso da população em situação de rua, o cuidado se estabelece prioritariamente no território, ou seja, cuidar da pessoa em situação de rua é também cuidar do território onde ela se encontra, das relações que se constroem nele e afirmando como legítimos os mais variados modos de estar na vida.

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi apresentada pela primeira vez como forma de organização de um sistema de saúde no Relatório Dawson, em 1920, o qual apresentava uma composição do sistema de saúde dividida em três principais níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escolas, e pressupunha vínculos entre os níveis. Conforme indicam-nos Fausto e Matta (2007), tal relatório foi um marco, pois pela primeira vez aponta-se para um sistema de saúde regionalizado e para a noção de integralidade, influenciando outros sistemas de saúde do mundo.

Os autores afirmam que a medicina preventiva influenciou o fortalecimento da APS no contexto internacional, sobretudo no que diz respeito à prática da medicina. De acordo com a medicina preventiva, objetivando a prevenção, a saúde deveria estar organizada de modo que, em sua etapa inicial, o médico estaria mais próximo ao contexto sociocultural dos indivíduos. Portanto, a APS está relacionada a esta etapa inicial, ao cuidado em saúde mais próximo à população.

A medicina preventiva influenciou o sistema de saúde de diversos países e foi extensamente divulgada nas escolas de medicina destes países, sobretudo nas nações pobres e em desenvolvimento, onde as propostas da APS ganharam mais espaço.

Outro marco importante para o fortalecimento e consolidação da APS foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na República do Cazaquistão (antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), que culminou na reconhecida Declaração de Alma-Ata, onde afirmou-se a saúde como direito humano fundamental e reconheceu-se que o investimento na APS é o que possibilita a obtenção de um nível de saúde que permite a todos os povos gozar de uma “vida social e economicamente produtiva”. Segundo consta na Declaração de Alma-Ata, a APS é apresentada como:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (OMS, 1979, p.3)

Starfield (2002) identifica a APS como uma abordagem que vai definir e organizar os outros níveis de atenção à saúde, compartilhando com eles a responsabilidade, a qualidade, a prevenção e a reabilitação, além dos custos. Significa dizer, portanto, que a APS é também a porta de entrada preferencial de um sistema de saúde organizado em complexidades. A autora define sete atributos da APS, quais sejam: ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde; os serviços de APS devem acompanhar os indivíduos ao longo de suas vidas, ou seja, serem longitudinais; devem garantir a integralidade do cuidado, garantindo o acesso aos demais níveis de atenção; devem ter a função de coordenação do cuidado dos usuários; os serviços devem orientar-se para a comunidade, ou seja, o contexto social deve ser compreendido na dinâmica do serviço; devem orientar-se na centralidade familiar, com o objetivo de melhorar a capacidade de resposta às necessidades de saúde dos usuários, os serviços de APS devem conhecer a dinâmica das famílias que acompanha; e devem ter

competência cultural, ou seja, conhecer as demandas dos diversos grupos populacionais do seu território de abrangência.

Considerando tais atributos, o investimento na APS significa a saúde mais próxima à população, levando em consideração os diferentes modos de vida da sociedade na produção da própria saúde e com maior capacidade de responder às demandas sanitárias de tal população. Para isso, é preciso associar estes atributos a outros conceitos, como, o cuidado ampliado em saúde, a desconstrução do modelo médico-centrado, a construções de ações coletivas que incluam o diálogo entre diversos saberes e a construção do cuidado compartilhado em rede.

Apesar disto, vale destacar que tais atributos e o próprio conceito de APS possuem diversas abordagens e diferenças entre os países, dependendo, principalmente, da sua organização administrativa e social e da construção histórica da política de saúde. No entanto, Starfield (2002) afirma que quanto maior o investimento numa APS ampla, melhores os níveis de saúde da sociedade e com custos mais baixos.

Outro ponto que merece destaque é a relação da APS com a redução das desigualdades sociais. Starfield (2002) aponta que, em geral, os sistemas de saúde possuem duas metas principais: potencializar os níveis de saúde da população utilizando-se de ciências e conhecimentos avançados sobre o processo saúde-doença; e reduzir as desigualdades entre os grupos populacionais, no que diz respeito ao acesso e ao nível de saúde, eliminando ou minimizando as possíveis desvantagens entre os grupos. Um sistema de saúde orientado para a APS tende a assegurar o acesso à saúde de toda a população. Mendes (2009) afirma que: *“uma boa atenção primária à saúde esteve associada com reduções nos efeitos adversos da desigualdade de renda na saúde. Há estudos que mostraram que uma adequada oferta de médicos de atenção primária à saúde reduz as disparidades em saúde em grupos raciais e sócio-econômicos.”* (p. 155). Em síntese, o autor reconhece que os sistemas de saúde com orientação para a APS são mais adequados, efetivos, equitativos e de maior qualidade.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde sinaliza a necessidade de superação da centralidade no modelo médico curativo, dando lugar a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As Leis 8080/1990 e 8142/1990, que regulamentam o SUS, reafirmam estas ações e hierarquizam os níveis de atenção à saúde.

É importante salientar que mesmo antes da implementação do SUS, era possível identificar algumas experiências pontuais de APS, sobretudo a partir da década de 1970, com grande influência da medicina preventiva, como por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS).

O PIASS, criado em 1976, tinha o objetivo de expandir a cobertura dos serviços de primeiro nível de saúde nas zonas rurais e no interior do país, sobretudo nas cidades de pequeno porte nas regiões Nordeste e Sudeste. Conforme aponta Aguiar (2011), este programa foi responsável por inovadoras experiências na área da saúde pública, além de proporcionar a entrada de profissionais oriundos do movimento sanitário em órgãos da saúde do Estado.

As AIS foram criadas em 1983 e adotadas como estratégias de integração das ações e serviços de saúde de determinada região. Foi possível expandir a cobertura dos serviços de saúde por meio da criação de unidades básicas nos municípios, devido a repasses de verbas por meio de convênios entre o Ministério da Saúde e da Previdência Social e os governos estaduais, de acordo com Aguiar (2011).

Mas foi com o processo de reforma sanitária e posteriormente com a implementação do SUS e a reorientação da política de saúde que a APS consolidou-se no Brasil. Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O agente comunitário de saúde configurava-se como um profissional que tinha o objetivo de identificar situações de saúde que necessitassem de intervenção e realizar orientações em saúde em visitas domiciliares. Em princípio, o PACS foi uma estratégia utilizada nas regiões Norte e Nordeste e ampliado para outras regiões brasileiras, em geral, àquelas com maior grau de vulnerabilidade.

Em 1993, instituiu-se o Programa Saúde da Família (PSF), por meio da portaria MS nº 692, que tinha o objetivo de desenvolver ações de promoção e proteção da saúde e incentivar a participação da comunidade, além de formar equipes mínimas de saúde nos municípios. O PSF foi incentivado pela Norma Operacional Básica do SUS, em 1996 (NOB 96). A NOB 96 é um marco para a APS, no qual a atenção básica⁴ assume o primeiro nível de atenção. Além disto, há a definição de um financiamento específico: piso de Atenção Básica fixo e variável, que seriam transferidos aos municípios, devido à cobertura de atenção básica (PAB fixo) e para incentivo à adoção de estratégias, como o PSF (PAB variável).

Giovanella e Mendonça (2012) chamam atenção para o fato de que o PSF, num primeiro momento, constituiu-se como um programa focalizado, pois tinha como objetivo promover o cuidado em saúde dos grupos e territórios mais vulneráveis.

O PSF passa a ser considerado não mais um programa focalizado, mas uma estratégia que redireciona o modelo de atenção à saúde, a partir de 1997, após documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial”. Portanto, passa

4

No Brasil, durante o processo de implementação do SUS, optou-se por denominar a APS como “atenção básica”. Neste trabalho estes termos serão considerados como equivalentes.

a ser chamada Estratégia Saúde da Família, propondo a integralidade do cuidado em determinado território de abrangência definido, composto por equipe multiprofissional, com agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem, como equipe mínima. E ainda,

A Estratégia Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família (EqSF) multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; estabelecer o cadastramento das famílias para o acompanhamento na Unidade de Saúde da Família, entendida como porta de entrada no sistema local e o primeiro nível de atenção na rede de serviços; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atenção comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade. (Giovanella e Mendonça, 2012, p. 520)

É importante ressaltar o Pacto pela Saúde, em 2006, que teve como objetivo consolidar o SUS como política de Estado, mediante três dimensões: Pacto pela Vida, onde há um eixo de proposta de fortalecimento da atenção básica, Pacto de Gestão, onde há a proposta de se estruturarem redes de atenção à saúde regionalizadas e Pacto em Defesa do SUS. A adesão dos municípios e estados se deu por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Tratou-se de uma importante pactuação para o fortalecimento da APS brasileira, pois, de acordo com Lima, Lobo e Acioli (2011), configurou-se como um processo de avaliação e planejamento da política de saúde brasileira, que após diagnóstico situacional, propõe que a gestão seja orientada pelo planejamento estratégico e pela constituição das redes de atenção. Além disto, foi um momento onde pautas importantes do movimento de reforma sanitária foram recuperadas, como a questão do financiamento e do controle social.

Em 2006 foi instituída a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), por meio da portaria ministerial nº 648/GM, que reforça e reafirma a necessidade de expansão da atenção básica no Brasil, de forma abrangente e integral, traduzindo-se como um marco político importante. Segundo tal política:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente

no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006)

A partir de 2008, o Ministério da Saúde incentiva a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como forma de suporte às equipes de saúde da família e como possibilidade de aumentar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Os NASF são formados por diferentes categorias profissionais e devem atuar de forma compartilhada com as equipes de saúde da família, aumentando a resolutividade da atenção básica por meio do apoio matricial.

A revisão das diretrizes e normas da atenção básica foi proposta por uma revisão da PNAB em 2011, reafirmando mais vez o fortalecimento da atenção básica, promovendo a equidade com qualidade, e aumentando o investimento por meio do PAB.

É imprescindível para discussão da população em situação de rua destacar as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde. Conforme referido anteriormente, com a constituição do SUS, a equidade é apresentada como um de seus princípios. Compreendemos a equidade como princípio que busca reduzir as iniquidades em saúde, portanto, permeado pelo sentido de justiça social. Segundo Siqueira, Hollanda e Motta (2017), *“a equidade em saúde, na medida do possível, significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo.”* (p.1398)

A equidade, portanto, está relacionada à redução de discriminações e barreiras nos serviços de saúde em relação a determinados grupos populacionais que estejam em situação de desvantagem social.

Ainda segundo os autores supracitados, a criação das Políticas de Equidade no Brasil estão associadas a dois processos: o fortalecimento de movimentos sociais com a possibilidade da retomada de uma sociedade democrática no fim do período da ditadura militar brasileira; e com o esforço do governo federal de garantir políticas que promovam direitos humanos e o acesso de grupos populacionais em vulnerabilidade às políticas sociais.

Com o objetivo, portanto, de reduzir as iniquidades em saúde, o governo federal adotou uma série de políticas equitativas visando intervir em questões estruturais da sociedade e no processo de vulnerabilidade social. Algumas destas políticas são: Saúde da População

Negra, Saúde da População do campo e da Floresta, Saúde da População LGBT, Saúde da População Cigana e Saúde da População em Situação de Rua.

A construção de políticas de equidade pressupõe a criação de ações específicas ao público-alvo, bem como a capacitação de profissionais para qualificar o cuidado prestado à população. Assim sendo, o Ministério da Saúde estabeleceu três eixos que estruturaram tais políticas: a transversalidade das ações; a qualificação profissional e o combate ao preconceito; e a gestão participativa.

É neste contexto que ocorre a revisão da PNAB em 2011, e assim, compreendendo a equidade como um dos princípios fundamentais do SUS, aumentou-se o leque de equipes de saúde da família como estratégias de acesso de populações mais vulneráveis, como, população em situação de rua, por meio das equipes de Consultório na Rua, e das populações ribeirinhas, por meio das equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. Além disto, foi previsto o aumento das equipes de NASF.

Durante o processo de implementação da atenção básica, várias estratégias de promoção da saúde foram construídas. É possível citar: Programa Academia da Saúde, Amamenta e Alimenta Brasil, Brasil Sorridente, Consultório na Rua, NutriSUS, Práticas Integrativas e Complementares, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Saúde na Escola, Programa de Saúde Prisional, entre outras. Vale destacar o Programa Bolsa Família como uma destas estratégias. Trata-se de um programa de transferência de renda direta, que apresenta algumas condicionalidades intersetoriais, como: acompanhamento de saúde de crianças, vacinação, acompanhamento de gestação, matrícula e presença escolar.

Em 2017, num contexto de crise social brasileira e avanço do projeto neoliberal, foi proposta mais uma revisão da PNAB, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Dentre as mudanças de maior robustez está a redefinição do papel do ACS, que poderá incorporar novas funções, como a do agente de endemias e a do auxiliar de enfermagem, além de não ter definido o número mínimo de ACS em cada equipe. Além disto, torna as equipes de saúde bucal não obrigatórias na composição das equipes de saúde da família. São previstas ainda mudanças no financiamento da atenção básica e nas equipes dos NASFs, entre outras.

O texto da revisão ficou aberto à consulta pública durante 15 dias, recebendo mais de seis mil contribuições, no entanto, pouco do proposto foi incorporado à redação final. Pode-se considerar que houve um processo antidemocrático, com pouca discussão e sem a aprovação

do Conselho Nacional de Saúde, o que fere integralmente o princípio da participação social (Morosine, Fonseca & Lima, 2018)

Apesar do contexto de desmonte das políticas sociais, é preciso considerar a importância da intersetorialidade na atenção básica, objeto deste trabalho, como forma de responder às demandas e necessidades de saúde da população, na perspectiva da construção de um cuidado integral e amplo.

A saúde da população em situação de rua e o Consultório na Rua

Conforme referido anteriormente, o acesso da população em situação de rua às políticas públicas ainda encontra barreiras. Além das dificuldades burocráticas (falta de comprovante de residência e documentação, por exemplo), existem as dificuldades subjetivas, no que diz respeito à concepção do processo de adoecimento e do cuidado, conforme sinalizam Carneiro Júnior, Jesus e Crevelim (2010). Os autores apontam a necessidade de se construir políticas públicas que intervenham na situação de vulnerabilidade social vivenciada pela população em situação de rua para garantir o acesso a estas políticas.

Segundo Ayres et al (2003), o conceito de vulnerabilidade emerge do campo da Aids, no que diz respeito à promoção da saúde. Os autores recorrem à origem da palavra vulnerabilidade para explicar seu conceito na área da saúde. O termo vulnerabilidade tem origem na advocacia internacional e significa a fragilidade de indivíduos frente a defesa de seus direitos de cidadania.

No campo da saúde pública, a origem do conceito de vulnerabilidade está relacionado ao ativismo político diante da epidemia da Aids e ao movimento pelos direitos humanos. Está relacionado também a ampliação das habituais estratégias de abordagem aos riscos relacionados ao HIV/Aids. A utilização do conceito de vulnerabilidade aprofundou-se com a discussão da necessidade de superação do termo “grupos de risco”, comumente utilizado para designar pessoas que estavam mais expostas ao vírus HIV. (Ayres et al, 2003)

Os grupos de risco eram focos de preconceitos e estigmas e não favoreciam a criação de estratégias de intervenção eficazes para intervir na epidemia da Aids, visto que, considerar que pessoas fazem parte de um grupo de risco proporciona a culpabilização dos indivíduos em vez de ampliar o debate para a construção de políticas de prevenção e intervenção.

O deslocamento para a compreensão de vulnerabilidade pressupõe uma ampliação do conjunto de abordagens onde as ações de intervenção não se restrinjam à doença, mas compreenda as mais variadas situações de vulnerabilidade frente ao HIV/Aids.

É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve. Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (Ayres et al, 2003, p. 123)

Ayres et al (2003) propõe a avaliação de três eixos interligados sobre a vulnerabilidade: componente individual, componente social e componente programático.

O componente individual compreende a disponibilização de informações a que as pessoas têm acesso e a possibilidade de agregar tais informações no cotidiano de suas vidas, tornando suas práticas mais seguras.

O componente social ultrapassa o âmbito individual e compreende *“o acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas”* (Ayres et al, 2003)

Já o componente programático diz respeito a esforços programáticos que objetivem a prevenção e a proteção dos indivíduos em relação aos danos e à exposição ao HIV ou outras problemáticas.

Assim sendo, *“(...) a vulnerabilidade quer expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em um certo conjunto de condições.”* (Ayres et al, 2003, p.128)

Portanto, pode-se compreender que a situação de vulnerabilidade social, ao contrário de respostas restritas a determinado agravo ou situação, exige respostas amplas e sociais, de responsabilidade do conjunto da sociedade.

Outro conceito essencial para o cuidado em saúde para a população em situação de rua, e para o SUS, é o da clínica ampliada, pois converge com o princípio da integralidade e direciona a saúde para o campo da garantia dos direitos. Campos e Amaral (2007) apontam a principal diferença no que diz respeito a medicina tradicional e a clínica ampliada:

A medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de

saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. (p. 852)

Considera-se portanto essencial que o cuidado em saúde esteja centrado no sujeito, e não na doença. Além disso, a clínica ampliada objetiva que o cuidado em saúde seja integral, portanto, capaz de incidir sobre os diversos aspectos da vida do sujeito. Desta forma, a clínica ampliada vai necessariamente compreender diversos saberes e práticas, que vão além da área da saúde, buscando assim, o diálogo com as diversas políticas sociais como forma de responder as necessidades da vida do sujeito.

Quando o cuidado é centrado na doença corre-se o risco de repetir as mesmas prescrições sem refletir sobre outras possibilidades e até potencialidades que intervenham no processo saúde-doença. Passos (2018) indica que a clínica ampliada deve compreender a singularidade do sujeito e para isso o centro do cuidado deve ser o sujeito em questão.

O diagnóstico pressupõe uma regularidade, uma repetição. Mas é preciso, além de saber o que o sujeito apresenta de igual, saber o que ele apresenta de diferente, de singular. Com isso abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção e é possível propor tratamentos melhores, com a participação das pessoas. (p. 89)

Campos e Amaral (2007) apontam que outra mudança necessária para o cuidado é que o objetivo do trabalho em saúde, para além, da produção da saúde em si, seja a produção de autonomia dos sujeitos cuidados, e para tal a clínica ampliada pressupõe que o cuidado seja produto de uma corresponsabilização entre usuário e profissional de saúde.

Assim sendo, discutir o cuidado em saúde para populações em processo de vulnerabilidade social não é possível sem a discussão do conceito de clínica ampliada. Para as equipes de CnaR este conceito é norteador do trabalho, bem como, o diálogo com outras políticas públicas também é considerado fundamental. A Portaria MS nº 122/2011 apresenta as modalidades das equipes de CnaR, diferenciando-as pela quantidade de profissionais que compõem as equipes e a quantia de recurso financeiro que ela receberá, quando credenciada pelo Ministério da Saúde. São elas:

- Modalidade I: equipe formada por, no mínimo, quatro profissionais: dois de nível superior e dois de nível médio;
- Modalidade II: equipe formada por, no mínimo, seis profissionais: três de nível superior e três de nível médio;

- Modalidade III: Possuem a mesma composição da modalidade II, acrescida de um profissional médico.

A Portaria MS nº 122/2011 também apresenta os profissionais que podem compor as equipes de CnaR: enfermeira, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem ou técnico de saúde bucal.

O agente social é o profissional que desempenha o papel de elo entre os usuários e os profissionais de saúde. Pode-se dizer que é o profissional “equivalente” ao agente comunitário de saúde das equipes de Saúde da Família. É, em geral, quem faz a primeira abordagem dos usuários e quem aproxima os outros profissionais da equipe à história e ao modo de vida dos usuários.

A Portaria não define quais critérios utilizados para contratar estes profissionais, já que não existe formação em agente social, no entanto, algumas características são priorizadas: preferência para quem já teve algum tipo de experiência no trabalho com população em situação de rua e/ou usuários de drogas, quem conhece o território e quem tem desejo e disponibilidade para trabalhar com esta população.

Em relação ao custeio das equipes de CnaR pelo Ministério da Saúde, as equipes da modalidade I, tem previsão orçamentária de 9500 por mês, as do tipo II recebem 13 mil por mês e as de modalidade III devem receber 18 mil mensalmente.

O trabalho do CnaR é norteado pelo conceito de redução de danos, que pressupõe a minimização dos riscos e danos decorrentes dos usos prejudiciais de drogas. Para tal, considera o sujeito em sua singularidade, sendo o foco do trabalho o sujeito, e não o uso de drogas.

Concorda-se com Lancetti (2015) quando ele ensina que o contrário do uso de drogas não é a abstinência, mas a ampliação da vida, e pode-se acrescentar, o respeito aos mais diversos modos de viver.

O trabalho norteado pela redução de danos pressupõe que o profissional construa o tratamento junto com o usuário, na medida em que o profissional não deve ter a priori um caminho que o usuário precisará percorrer para o seu cuidado em saúde. Significa também que o acolhimento ao sujeito se dará de forma incondicional, ou seja, sem condicionalidades no que diz respeito a estar ou não em abstinência, e além disso, significa construir um vínculo respeitoso, considerando o saber de quem habitualmente é considerado como doente e perigoso devido o uso de drogas.

A Portaria deixa claro que o acesso à política de saúde pela população em situação de rua não se dará exclusivamente por meio do CnaR, mas as equipes de CnaR devem promover

e facilitar este acesso, além de trabalhar em conjunto com outras equipes de saúde e de outras políticas públicas, objetivando, assim, aumentar as possibilidades de resposta às demandas sociais individuais e coletivas por meio da intersectorialidade.

Experiências de equipes de saúde voltadas ao atendimento da população em situação de rua também podem ser encontradas no contexto internacional. Borysow, Conill e Furtado (2017), realizaram um estudo comparativo entre o Brasil, Portugal e Estados Unidos sobre o atendimento em saúde da população em situação de rua.

Os três países apresentam um grande número de população em situação de rua e contam com unidades móveis de saúde para atender a esta população. São equipamentos que realizam o cuidado de saúde *in loco* objetivando aumentar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

Em Portugal, tais equipes são conhecidas como “Equipes de Rua”. A população em situação de rua caracteriza-se por homens solteiros, de baixa escolaridade e sem formação profissional. Indicadores apontam altos índices de uso de álcool e prevalência de HIV. Em 2006 foi criado um grupo interinstitucional responsável pela criação da “Estratégia Internacional para Integração de Pessoas Sem-Abrigo”. Criou-se, portanto, uma rede de atenção à população em situação de rua, onde as Equipes de Rua são tomadas como a principal estratégia de aproximação à população em situação de rua e responsável por garantir seu acesso a esta rede.

Em 2013, após reformulações, as Equipes de Rua passaram a estar vinculadas ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Algumas das funções das Equipes de Rua listadas pelos autores são: divulgar informações e utensílios para redução de danos, atender os usuários, fazendo encaminhamentos necessários, e oferta de primeiros socorros. As Equipes funcionam com profissionais contratados ou voluntários, podendo utilizar veículos para realizar suas ações. São financiadas pelo governo federal por meio de chamadas públicas.

Nos Estados Unidos, houve aumento significativo de população em situação de rua a partir da década 70, após processo de desospitalização dos hospitais psiquiátricos e na década de 80 após corte de programas sociais. A população em situação de rua caracteriza-se por homens adultos, com alto índice de uso de drogas e prevalência de transtorno mental grave e HIV.

O acesso da população em situação de rua ao sistema de saúde norte-americano tem sido possibilitado após a reforma do sistema, com a aprovação do Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), conhecida como Obamacare, em 2010. Antes desta reforma, a

maior parte da população em situação de rua não era coberta pelos seguros privados de saúde americanos.

As equipes móveis são conhecidas como “Clínicas móveis de busca ativa”, iniciadas na década de 70, após pressão dos movimentos sociais para que o governo federal garantisse os direitos desta população. Para tal, há uma seção para população em situação de rua na Lei Anti-Abuso de Drogas americana.

Sobre o trabalho das clínicas móveis, os autores afirmam:

Atualmente, diversos elementos apontam uma sinergia de políticas no enfrentamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua. A implementação do ACA ampliou os critérios para inclusão no Medicaid e facilitou o financiamento de experiências inovadoras. Estas ações contribuíram para que desde 2010 ocorresse um decréscimo da população em situação de rua, apesar do contexto de recessão no país. Também houve articulação de redes institucionais nacionais junto ao governo federal, tais como a National Coalition for the Homeless e a National Alliance to End Homelessness, que atuam como mobilizadoras de ações políticas e oferecem capacitação para diversas instituições públicas e privadas executoras de serviços para população em situação de rua espalhadas pelo país. (Borysow, Conill e Furtado, 2017, p. 882)

Comparando as duas equipes citadas acima com a equipe de CnaR do Brasil, os autores destacam o reconhecimento das três equipes sobre as dificuldades de acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, e por isso consideram essencial a existência das equipes de saúde voltadas a esta população, que se utilizam de estratégias como: busca ativa, encaminhamento a outras políticas sociais, etc. Sinalizam ainda, a importância de tais equipes serem multiprofissionais, favorecendo a troca de saberes.

Uma divergência apontada pelos autores diz respeito à articulação intersetorial. Segundo os mesmos, apesar de as legislações brasileira e portuguesa considerarem a intersetorialidade em suas ações para população em situação de rua, nos Estados Unidos apresentou maior investimento em articulação intersetorial.

Além disto, os autores afirmam haver maior potencialidade de ação e possibilidade de continuidade no cuidado quando a equipe de saúde integra a APS e desenvolve ações in loco, assim como definido nas equipes brasileiras e norte-americanas.

A intersetorialidade como estratégia de construção do cuidado integral

Considerando que o trabalho das equipes de CnaR configura-se como possibilidade de ampliação do acesso à saúde da população em situação de rua, e ainda considerando o conceito ampliado de saúde, que leva em consideração os aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos como determinantes do processo saúde-doença, é essencial discutirmos o trabalho do CnaR a partir da intersetorialidade e da construção de rede, como possibilidade de produzir saúde e enfrentar a violação de direitos a que esta população frequentemente está submetida.

Nesta perspectiva, a intersetorialidade é apontada em diversos estudos, como os de Engstrom & Teixeira (2016), como desafios para o trabalho das equipes de CnaR, e por Giovanella et al. (2009) como um desafio para atenção básica, e também como possibilidade de construção do cuidado integral.

Além de essencial para o cuidado integral, a discussão sobre a intersetorialidade é fundamental para o campo da garantia de direitos e das políticas sociais.

O debate sobre a intersetorialidade tem sido colocado como pauta nas agendas das discussões sobre as políticas sociais devido à complexidade da questão social. Pereira (2014) considera a intersetorialidade:

(...) uma nova *lógica* de gestão, que transcende um único “setor” da política social; e/ou uma *estratégia* política de articulação entre “setores” sociais diversos e especializados. Além disso, relacionada à sua condição de estratégia, a intersetorialidade também é entendida como: *instrumento* de otimização de saberes; *competências e relações sinérgicas*, em prol de um objetivo comum; e *prática social* compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. (p. 23)

Apesar de ser um conceito polissêmico, ainda em construção, conforme sinalizam Fiorati et al (2014), diversos estudos convergem para o fato de a intersetorialidade ser uma estratégia potente de superação do histórico de fragmentação das políticas sociais e como possibilidade de incidir de forma mais eficiente nas expressões da questão social. Trata-se de uma lógica de gestão e de intervenção.

Yazbek (2014) apresenta em sua análise sobre proteção social o conceito de intersetorialidade como uma estratégia de intervenção estatal com o objetivo de combater a pobreza, a desigualdade social e as situações de vulnerabilidade social, e assim, como essencial na inclusão de grupos vulneráveis nas políticas sociais. A Constituição

Federal de 1988 (CF 1988), fruto do processo de redemocratização vivenciado no Brasil nos anos 80, confere ao Estado papel fundamental na proteção social de toda a sociedade, inaugurando um capítulo sobre seguridade social e superando o conceito de “seguro social” no qual os direitos estavam subordinados à inserção no mercado de trabalho.

A seguridade social, tal como apresentada na CF 1988, é composta pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social, e tem o objetivo de garantir o acesso de todos os indivíduos a condições de vida dignas.

Art. 194. (*) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

No Brasil, a conformação das políticas sociais favorece que elas sejam setorializadas em seu funcionamento, atuando cada uma com sua forma, dependendo de sua concepção e construção histórica. No entanto, conforme apontado por Monnerat e Souza (2011), a própria seguridade social, sobretudo as políticas de saúde e assistência social, orientam para uma ação intersetorial como forma de responder os objetivos de suas ações.

Monnerat & Souza (2014) destacam a insuficiente resposta estatal frente às demandas sociais na atualidade, trazendo como exemplo as políticas de saúde, educação e assistência social, que apesar de universais, sofrem diversos retrocessos. Ao mesmo tempo, é possível observar a fragmentação das políticas sociais e a fragilidade de pensar tais políticas de forma intersetorial, o que seria essencial na redução da desigualdade social. Segundo as autoras:

(...) é evidente a necessidade de alterar este quadro de fragmentação das ações sociais, tarefa nada trivial e que constitui um dos principais desafios em direção à implementação efetiva da seguridade social visando à sustentabilidade de formas de funcionamento mais integrada das políticas públicas. A efetivação da intersetorialidade exige resposta adequada, o que

inclui, além de clara intenção política, maiores investimentos na produção teórico-metodológica sobre o tema. (p. 42)

Na literatura, há uma convergência para o fato de ser necessário pensar a intersectorialidade frente às multicausalidades determinantes da questão social. Contudo, apesar de mostrar-se potente, planejar políticas públicas sob a perspectiva da intersectorialidade encontra diversas barreiras. Fiorati et al (2014) apontam para um desafio cultural a ser ultrapassado. Os autores afirmam que a própria organização da gestão pública é historicamente programada para funcionar de forma setORIZADA e fragmentada, o que traz diversas consequências, sobretudo para o financiamento das políticas públicas. Outra questão cultural apontada pelos atores é a tendência ao planejamento de resolução de problemas a partir de uma “lógica racional e técnica” em detrimento a uma lógica onde seja possível integrar diversos saberes e políticas. E ainda:

Esse aspecto cultural é importante porque pode contaminar os fóruns de discussão intersectorial, gerando um processo comunicativo permeado e atravessado por poderes de setores com interesses particulares e não coletivos, levando ao que Habermas (1994) chama de “comunicações sistematicamente distorcidas” no processo de formação de consensos fundados para a coordenação das ações sociais. Isso acontece quando uma instância formadora de consensos (por exemplo, um fórum intersectorial) é perturbada por interesses, poderes e enganos. Nesses casos um falso consenso se instaura, pois o diálogo foi corrompido e deixou de existir naquele processo comunicativo, que, ao mesmo tempo, deixa de dirigir-se para o entendimento mútuo para orientar-se por interesses privados e não públicos. (FIORATI, RC, et al, 2014, p. 1465)

Outro desafio da intersectorialidade, apontado por Magalhães et al (2011), a clareza dos processos burocráticos, sobretudo sobre os critérios para financiamento das políticas públicas, é decisivo para a firmação de pactos e para o planejamento.

Na política de assistência social a intersectorialidade é apontada expressamente em sua Lei Orgânica (8742/1993) como uma possibilidade de proporcionar avanços em relação aos seus objetivos de garantia de direitos sociais. Em seu parágrafo único apresenta: *“Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.”*

No entanto, conforme apontam Monnerat e Souza (2011) a inscrição da política de assistência social como uma das políticas que compõem a seguridade social, fazendo com que

a assistência social ganhasse status de direito, propondo a superação do assistencialismo e do clientelismo, não foi suficiente para superar a histórica fragmentação desta política. Um marco para esta política foi a IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003, no qual o tema da intersetorialidade foi intensamente discutido apontando novas organizações para a assistência. Em 2004 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), o qual proporcionou o investimento em programas com enfoque intersetorial.

Faz-se necessário dar destaque ao Programa Bolsa Família (PBF), vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social, criado em 2003, com o objetivo de combater a pobreza extrema e reduzir os índices de desigualdade social no Brasil. Trata-se de um programa de transferência de renda direta, de abordagem intersetorial, que possui algumas condicionalidades para inclusão no programa, como: a escolarização, a vacinação e o acompanhamento em saúde das crianças e o acompanhamento pré-natal de gestantes, com o objetivo de garantir direitos básicos à população-alvo do programa. Apesar de ser considerado um programa muito importante para a população essencialmente pobre, suas ações ainda operam de modo fragmentado, havendo pouca interlocução entre as políticas que o compõem, como sinaliza Magalhães et al (2011).

A CF88, como referido anteriormente, determina que a saúde é direito universal, independentemente de contribuições prévias, devendo ser garantida pelo Estado. Compreende os determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença, conforme aponta a Lei 8080/1990, que institui o SUS, em seu artigo 3º:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Neste sentido, o debate sobre a intersetorialidade na política de saúde ocorre a partir desta compreensão dos determinantes sociais. Todavia, apesar do avanço na descentralização da saúde e no controle social, por meio dos conselhos e colegiados gestores, a operacionalização de ações intersetoriais tem sido insuficientes para promover uma reorganização no modo de produção da saúde, o que reproduz a fragmentação da política, limitações na integralidade do cuidado e também para intervir nos determinantes sociais da saúde.

Teixeira e Paim (2000) discutem o tema da intersectorialidade como um dos pilares da promoção da saúde, considerando a discussão sobre a descentralização da gestão do SUS e compreendendo o município como espaço privilegiado de experimentações alternativas ao modelo médico centrado. Em seu estudo, os autores utilizam a discussão da proposta Matusiana de Planejamento Estratégico Situacional e gestão de programas e projetos de abordagem intersectorial. Segundo os autores, o Planejamento Estratégico Situacional foi proposto por Matus para subsidiar “*uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica*” (p. 66). Compreende em sua metodologia a formulação de políticas, o planejamento e a programação, simultaneamente.

Na utilização de tal abordagem para a construção de políticas intersectoriais, são propostas metodologias operacionais, seguindo um planejamento situacional. Os autores listam tal caminho metodológico:

- Seleção dos problemas que exijam resposta intersectorial (problemas estes que pressuponham produção de conhecimentos e intervenções, e não que elas já estejam estabelecidas) e identificação dos setores e sujeitos que deverão estar envolvidos na problemática;
- Análise do problema: A análise pressupõe a integração de saberes por meio de diversos olhares. Esta etapa é dedicada também a compreender o lapso de conhecimento sobre determinado problema.
- Definição dos objetivos: Faz-se necessário que os objetivos respondam aos desafios apresentados pelo problema. Os objetivos devem ser pensados de forma a incluir os diversos saberes.
- Elaboração dos módulos operacionais: Nesta etapa são construídas as propostas de ação. Teixeira e Paim (2000) sinalizam sobre a necessidade desta construção ser precedida de estudos e debates sobre a problemática e organizada de modo a considerar os recursos disponíveis.
- Análise da viabilidade da implementação das propostas: Trata-se de verificar se as propostas de ação estão de acordo com os recursos (financeiros, técnicos, políticos) disponíveis nas mais variadas instituições.
- Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação: Durante a implementação de um programa ou projeto é indicado que haja avaliação de tal implementação, buscando mensurar as potencialidades e as dificuldades encontradas, permitindo que haja reorganização do planejamento. Teixeira e Paim (2000) alertam que nos casos de

planejamentos intersetoriais é essencial que haja avaliação da articulação entre as instituições e se houve algum tipo de mudança organizacional nas instituições implicadas no processo.

- Programação local das atividades: Durante a realização das ações propostas no planejamento é possível recriar, reorganizar as ações, podendo incluir outras articulações, inclusive com os usuários/ população-alvo.
- Estabelecimento das responsabilidades pelo gerenciamento da execução e dos prazos previstos para o cumprimento das atividades e subatividades: Os autores supracitados chamam atenção neste ponto estratégico de definição de responsabilidades, onde pode-se implicar as instituições e verificar o grau de comprometimento das mesmas, e por isto, denomina que esta é também uma etapa política.
- Desencadeamento do processo de execução das ações previstas: A realização de ações intersetoriais propostas no planejamento exige uma implicação constante sobre os desdobramentos das mesmas no território onde estão sendo concretizadas. São necessárias avaliações e monitoramentos constantes.
- Publicização do processo: A publicização dos resultados e a transparência no processo são essenciais, sobretudo para legitimar o plano, programa ou projeto.

Teixeira e Paim (2000) apontam a abordagem do Planejamento Estratégico Situacional como uma possibilidade metodológica de construção de ações intersetoriais, no entanto, afirmam que são necessárias maiores investigações sobre as metodologias para a intersetorialidade, assim como a realização de pesquisas que descrevam o processo de implementação de programas e projetos intersetoriais, identificando suas dificuldades e potencialidades, como forma de subsidiar outras propostas.

Assim sendo, a intersetorialidade é compreendida neste trabalho como uma importante ferramenta para atuar sobre problemas estruturais da sociedade, como a desigualdade social, e conseqüentemente, para planejar políticas para populações em alto grau de vulnerabilidade social e violações de direitos, como é o caso da população em situação de rua.

O fenômeno da população em situação de rua pode ser atribuído a múltiplas causas: desemprego, rompimentos familiares e/ou sociais, usos prejudiciais de drogas, falha no sistema de proteção social, entre outras. Trata-se de um processo de exclusão social, que apresenta como uma das conseqüências a dificuldade no acesso às políticas públicas. Por isso é extremamente urgente que as políticas sociais destinadas à esta população sejam pensadas

de forma intersetorial, dada a limitação de todas as políticas se pensadas de forma setorializadas.

Vale ressaltar que a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto 7053/2009 propõe a integração das políticas sociais como forma de responder às demandas da população em situação de rua. A intersetorialidade, portanto, é um aspecto-chave desta política. Para acompanhamento e monitoramento da política, é proposta a criação de um Comitê Intersetorial, que inclua representantes de diversas políticas sociais, como saúde, educação, cultura, trabalho e renda, entre outras e representantes da sociedade civil e do movimento da população em situação de rua.

O trabalho intersetorial é apontado neste estudo como essencial para responder as demandas da população em situação de rua, já que, como referido nas linhas acima, trata-se de uma população, de modo geral, com seus direitos violados, que necessita da reconstrução do exercício da cidadania e vivenciando processos de vulnerabilidade social.

Assim sendo, este estudo compreende a intersetorialidade como uma estratégia de construção do cuidado integral. Não há como falar em produção de saúde para população em situação de rua sem falar sobre construção de redes de cuidado, a intersetorialidade é um imperativo para o trabalho do CnaR.

Tomando a intersetorialidade como um princípio que orienta o SUS, o problema que se coloca nesta dissertação é: como a intersetorialidade está presente nas práticas do CnaR? No município do Rio de Janeiro quais são as dificuldades, limites e possibilidades?

O pressuposto é que há pouca sustentabilidade nas ações intersetoriais desenvolvidas no trabalho das equipes de CnaR no município do Rio de Janeiro, no sentido de que as práticas intersetoriais dependem do empenho individual dos profissionais em função de demandas específicas e de maneira pouco institucionalizadas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar a intersectorialidade no trabalho das equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as práticas intersectoriais das equipes;
- Caracterizar as demandas sociais apontadas pelos trabalhadores entrevistados;
- Identificar parcerias estratégicas para o desenvolvimento do trabalho intersectorial;
- Analisar as práticas intersectoriais promovidas pelas equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro, buscando compreender seus maiores entraves, desafios e potencialidades.

4. METODOLOGIA

Conforme referido anteriormente, este é um trabalho que integra o projeto-fonte intitulado “Avaliação da efetividade do modelo de atenção primária à saúde das equipes de Consultório na Rua (Cnar) do Município do Rio de Janeiro”, vinculado ao Departamento de Ciências Sociais (DCS), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

A seguir será descrita a metodologia do projeto-fonte, para melhor compreensão deste trabalho.

4.1 Conhecendo o Projeto-fonte

O projeto-fonte sinaliza a importância da equidade no sistema de saúde para alcançar determinadas populações, como a população em situação de rua, que ainda encontra barreiras que dificultam ou impedem o acesso aos serviços de saúde e a outros direitos básicos. Assim sendo, as equipes de CnaR expressam-se como uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica para garantir a universalidade e o acesso à população em situação de rua ao SUS.

O projeto-fonte tem por objetivo geral: Avaliar a efetividade das práticas do Consultório na Rua (Cnar) no Município do Rio de Janeiro (MRJ) voltadas para a atenção, prevenção e promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS). E por objetivos específicos: sistematizar as evidências científicas disponíveis nas bases de dados nacionais e internacionais acerca das ações das políticas e práticas do Cnar, com ênfase na redução de danos avaliando os resultados e efeitos da implementação destas ações; analisar o perfil sócio demográfico e de saúde dos usuários do Cnar no período de 2011 a 2015; analisar o processo de implementação do modelo de atenção do Cnar a partir das atividades e práticas desenvolvidas pelas equipes de Cnar do MRJ; construir a Matriz de Indicadores para avaliação da efetividade das práticas das equipes de Cnar; e, integrar os diversos tipos de evidências visando traduzir conhecimentos que possam subsidiar novas políticas e práticas visando o fortalecimento da APS na sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde e demais ações intersetoriais.

O universo da pesquisa desse projeto é composto pelas sete equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro. Como dito anteriormente, estas equipes configuram-se como o total de equipes do município do Rio de Janeiro e estão dispostas entre diferentes áreas programáticas do município.

Como caminho metodológico, o projeto-fonte possui as seguintes etapas previstas:

1. Sistematização de evidências na literatura nacional e internacional (revisão sistemática) acerca das práticas das equipes de CnaR, com ênfase na redução de danos, e sobre o trabalho prescrito para compará-lo com o trabalho real, isto é, com as atividades que de fato realizam, aprofundando assim o corpo teórico-metodológico do estudo;
2. Construção de Modelo teórico-lógico do modelo de atenção (estrutura formal e informal) das equipes de CnaR, articulando saberes e práticas de gestores, profissionais das equipes convidados e apoiadores institucionais, identificando ainda, indicadores quantitativos e as dimensões qualitativas que irão compor o processo avaliativo;
3. Análise epidemiológica acerca da clientela atendida pelas equipes de CnaR no período 2010 – 2015, com sistematização e análise do perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários. Fonte secundária: registros eletrônicos destas equipes (Ficha específica de cadastro para população em situação de rua e de usuários de substâncias psicoativas; Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica); e,
4. Avaliação da efetividade de ações selecionadas, por meio de investigação empírica e análise qualitativa. Fonte: coleta de dados primária (observação participante, entrevistas semi-estruturadas).

Para a construção dos indicadores do projeto-fonte, portanto, foram efetuados dois encontros para a realização da “1ª Oficina de Construção do Modelo Lógico de Atenção à Saúde das equipes de consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro”, que contou com a participação de representantes de todas as equipes de CnaR do MRJ, além de gestores e apoiadores e integrantes da pesquisa, vinculados à FIOCRUZ. Os encontros foram realizados em junho de 2016. Esta oficina teve o objetivo de criar um modelo de prática das equipes na cidade do Rio de Janeiro, utilizando o Modelo teórico-lógico. Como produto, foi criada uma cartilha⁵ intitulada “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”.

Segundo Champagne, Brousselle, Hartz e Contandriopoulos (2011), faz-se necessário instituir um modelo para que uma intervenção, plano ou projeto possa ser melhor avaliada. Trata-se de uma abordagem recente, mas que tem sido frequentemente utilizada, dada sua importância analítica. Pressupõe a interação com os atores envolvidos no programa e a

⁵ Acesso em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26704>

construção participativa. O modelo lógico “*é uma representação gráfica das relações entre as atividades previstas e os resultados esperados.*”

Assim sendo, o Modelo lógico-teórico é uma forma de modelização das práticas exercidas pelas equipes de CnaR para que possam ser avaliadas e foi construído em conjunto com os profissionais, gestores e pesquisadores, como referido nas linhas acima.

As entrevistas ocorreram entre o segundo semestre de do ano de 2016 e o primeiro semestre do ano de 2017. Ressaltamos que as entrevistas foram gravadas e a transcrição foi realizada por colaboradores do projeto-fonte.

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro semi-estruturado, mas permitindo uma conversa dinâmica com o sujeito entrevistado.

Foram realizadas 34 entrevistas com profissionais de diversas categorias, dentre os quais: 27 são profissionais de nível superior (assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e terapeuta ocupacional) e sete profissionais de nível médio (agentes sociais de saúde) que atuam nas equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro. Além disto, foram entrevistados 14 usuários das equipes.

O roteiro da entrevista dos profissionais foi dividido em oito blocos, quais sejam: Apresentação e contexto da equipe do CnaR; Porta de entrada/Acesso; Vínculo longitudinal; Integralidade; Coordenação do cuidado; Orientação cultural e comunitária; Intersetorialidade; e Avaliação. Além disto, foram solicitadas informações de identificação dos profissionais, no que diz respeito à formação e ao tempo de atuação na equipe.

4.2 Conhecendo a metodologia desta dissertação

Neste estudo trabalhou-se com o recorte da dimensão da intersetorialidade com base nos dados já coletados no projeto-fonte, por meio de entrevistas semi-estruturadas com profissionais das equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro.

A entrevista configura-se como uma importante técnica da pesquisa qualitativa. Por intermédio das entrevistas é possível compreender a realidade e o trabalho executado pelos trabalhadores. As entrevistas semi-estruturadas são mais dinâmicas (tal como o trabalho realizado no CnaR), possibilitando maior liberdade tanto para o entrevistador, quanto para o sujeito entrevistado. “*(...) toda entrevista constitui um processo de interação intersubjetiva e*

social por excelência, acentuando toda riqueza, desafio e complexidade do processo investigativo”, como explicita Vasconcelos (2007, p. 221).

Como fonte de pesquisa deste trabalho foram utilizadas 33 entrevistas realizadas com os profissionais (nível superior e nível médio), ou seja, optou-se por excluir a entrevista dada pela pesquisadora principal desta dissertação (como trabalhadora de uma das equipes de Cnar). Foram excluídas também as entrevistas realizadas com os usuários dos serviços.

As impressões do coordenador ou representante pelo trabalho de campo foram consideradas neste trabalho para a análise das entrevistas.

Assim sendo, para atingir os objetivos deste trabalho foi utilizado o sétimo bloco do roteiro de entrevistas (bloco da intersectorialidade), no qual foram feitas as seguintes perguntas: Quais as principais demandas sociais dos usuários?, Com quais setores o CnaR se articula? Quais são as atividades desenvolvidas em conjunto com outros setores de forma mais sistemática?, Como se dá a articulação intersectorial?, Qual é o setor que o CnaR considera mais parceiro?, e ainda, Quais são os maiores entraves e potencialidades da articulação intersectorial?.

Além disto, para caracterização dos territórios de abrangência das equipes de CnaR foram utilizados documentos oficiais: dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados do Instituto Pereira Passos e dados do Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.

Trata-se, portanto, de um trabalho com enfoque qualitativo, com o objetivo de apreender a complexidade do tema, focando no caráter subjetivo do processo analisado.

Análise dos dados

A pesquisa qualitativa pressupõe que as categorias de análise possam ser construídas ao longo do processo de estudo, podendo emergir da revisão bibliográfica por meio da literatura utilizada, e/ou do processo investigativo. Desta forma, as categorias de análise utilizadas neste trabalho são: vulnerabilidade social; cuidado ampliado; acesso a políticas sociais; e, práticas intersectoriais.

Como metodologia para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977). A opção pela análise de conteúdo se deve ao fato de ser esta uma técnica utilizada para desvelar o que está oculto em textos e documentos, buscando criar núcleos de sentido por meio das falas dos entrevistados. Conforme aponta-nos

Moraes (1999), a análise de conteúdo favorece desvelar compreensões do texto para além de uma simples leitura. E ainda:

Como método de investigação, a análise de conteúdo compreende procedimentos especiais para o processamento de dados científicos. É uma ferramenta, um guia prático para a ação, sempre renovada em função dos problemas cada vez mais diversificados que se propõe a investigar. Pode-se considerá-la como um único instrumento, mas marcado por uma grande variedade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto, qual seja a comunicação. (Moraes, p. 2, 1999)

A construção da análise das entrevistas passou por três etapas: pré-análise, exploração do material e sistematização dos dados e interpretação.

Na fase nomeada como “pré-análise” foi realizada a leitura flutuante de todas as entrevistas, que já estavam transcritas no banco de dados do projeto-fonte. As leituras foram realizadas em blocos, divididas pelas equipas de CnaR. Após a leitura foram identificados temas que se destacavam nas entrevistas, como: violência, vulnerabilidade social, cuidado ampliado, práticas intersetoriais, redução de danos, cidadania, cuidado com a própria equipa, tutela e autonomia. A partir desta leitura e com o destaque dos temas foram construídas as categorias de análise.

Na segunda etapa da metodologia, foram identificados trechos de entrevistas que se destacavam devido a importância do sentido e a frequência com que apareciam nas falas dos trabalhadores. Nesta etapa, as falas foram agregadas em unidades de conteúdo para melhor sistematização dos dados, de acordo com as categorias de análise. Foi produzido um grande documento com todos os trechos de entrevistas agrupados em núcleos de sentido.

Na etapa de interpretação dos dados houve a sistematização dos resultados (capítulo 5), de forma mais descritiva e obtidos a partir dos eixos das entrevistas, organizados de acordo com as perguntas realizadas. E após, a discussão com a articulação teórica que referenciou este estudo por meio das categorias de análise (capítulo 6).

Abaixo segue um quadro (Quadro I) contendo a conceituação das categorias de análise utilizadas neste trabalho e suas articulações com a perspectiva da intersetorialidade.

Quatro I. Categorias de análise utilizadas e seus conceitos

Categorias de análise	Conceito utilizado
Vulnerabilidade Social	A vulnerabilidade social é compreendida como um dos determinantes da desigualdade social em saúde e tem relação com os riscos que determinado grupo populacional está submetido e às possibilidades de enfrentamento a estes riscos. A intersectorialidade coloca-se como imperativo em situações de vulnerabilidade social, visto que a intersectorialidade é uma abordagem que pode incidir de forma eficiente em situações de extrema complexidade.
Cuidado ampliado	O cuidado ampliado significa a ampliação do olhar para as questões de saúde da população em situação de rua, considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença. A complexidade da população em situação de rua exige o funcionamento do SUS em rede intrasetorial e intersectorial como forma de responder as demandas desta população.
Acesso às políticas sociais	O acesso às políticas sociais é tema fundamental da discussão sobre população em situação de rua. A falta de acesso contribui para a situação de exclusão social. No entanto, a constituição da rede intersectorial não garante que a população em situação de rua acesse os serviços e rompa com a situação de vulnerabilidade e marginalidade que se encontram.
Práticas intersectoriais	Por meio desta categoria, buscou-se apreender as práticas intersectoriais desenvolvidas pelas equipes de CnaR, bem como apreender os maiores desafios e potencialidades postos à articulação intersectorial.

Fonte: Elaboração própria

4.3 Considerações éticas

O projeto-fonte deste trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/ FIOCRUZ, e recebeu o parecer N° 1.152.743.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa supracitado, de forma integrada ao projeto-fonte e recebeu o parecer N° 3.221.623.

Os nomes dos trabalhadores, bem como suas categorias profissionais, não foram identificados quando destacados trechos de entrevistas. Como a pesquisadora principal deste estudo exerce funções laborativas em uma das equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro, é importante reiterar aqui o compromisso com o sigilo e a confidencialidade dos dados dos profissionais na condução deste estudo.

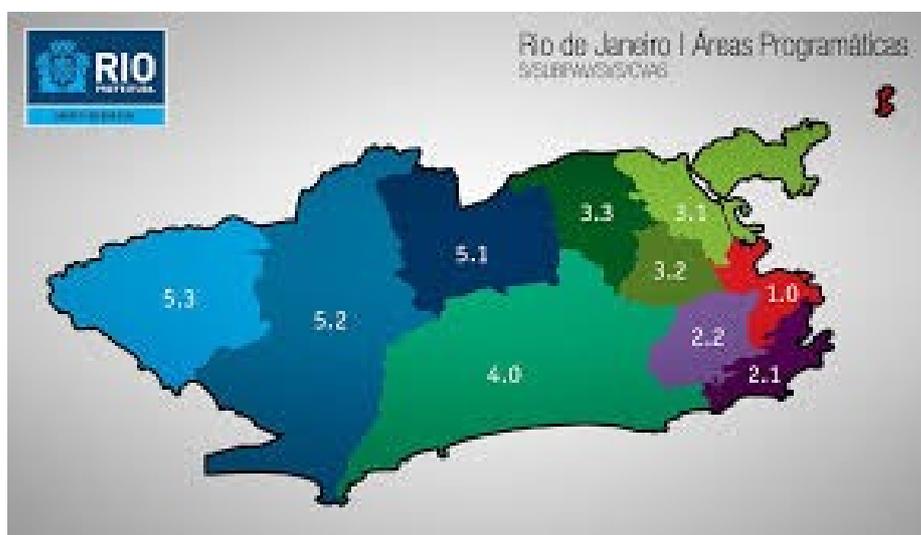
5. RESULTADOS

Conforme referido no capítulo anterior, os resultados abaixo foram sistematizados de acordo com os eixos das entrevistas e possuem relação com as práticas das equipes de CnaR.

5.1 Caracterização dos territórios e das equipes

Conforme referido anteriormente, o Município do Rio de Janeiro está político-administrativamente dividido em dez áreas programáticas: 1.0 (correspondente à área do centro da cidade do Rio de Janeiro), 2.1 (equivalente à zona sul da cidade), 2.2 (parte da zona norte, incluindo a grande Tijuca e Vila Isabel), 3.1 (região da Leopoldina, incluindo parte da zona norte e a Ilha do Governador), 3.2 (correspondente à região do grande Méier), 3.3 (parte da Zona Norte, incluindo Madureira, Marechal Hermes e grande Pavuna), 4.0 (região da Barra da Tijuca, Jacarepaguá e Recreio dos Bandeirantes), 5.1 (corresponde à área de Realengo, Bangu e adjacências), 5.2 (correspondente a Campo Grande e adjacências) e 5.3 (área de Santa Cruz e Paciência), conforme apresenta o mapa abaixo:

Imagem I. Mapa das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro.



Fonte: Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014 - 2017

Cada uma destas áreas possui uma Coordenadoria de Área Programática (CAP), responsável pela coordenação e organização dos serviços de saúde de seu território de abrangência.

Os territórios de abrangência de cada CAP são definidos mediante um planejamento político-administrativo, e apresentam singularidades em relação aos contextos de vida e necessidades em saúde de acordo com cada território. Vale ressaltar que a cidade do Rio de Janeiro apresenta considerável nível de desigualdade social, com importante diferença entre os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), dependendo do bairro e da região. Pode-se citar os bairros da Gávea, Lagoa e Leblon com alto IDH (maiores que a média nacional), e os bairros de Acari, Costa Barros e Complexo do Alemão, como localidades de baixo IDH (menor que a média nacional e que o próprio município).

Dentre as dez áreas programáticas, seis possuem equipes de Consultório na Rua, quais sejam: AP 1.0, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 5.1 e AP 5.3. Abaixo há uma breve descrição de cada uma destas áreas a fim de contextualizar estes resultados. É essencial dizer que dentro de cada AP há importantes diferenças entre os bairros que a compõe, no entanto, tais diferenças não foram registradas, nem ressaltadas pelos profissionais em suas entrevistas.

A. Área Programática 1.0

A AP 1.0 corresponde ao centro da cidade do Rio de Janeiro e à Ilha de Paquetá. É composta por 15 bairros: Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.

Trata-se, portanto, da região central, com a presença de diversos dispositivos da rede de saúde em todas as suas complexidades (unidades de atenção básica, de atenção terciária e unidades hospitalares e de urgência e emergência), no entanto, algo a que vale dar destaque é a falta de CAPS na área, e a presença de um dos hospitais psiquiátricos do município (Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPRJ).

Há a presença de diversos meios de transporte, incluindo transporte rodoviário, ferroviário, metroviário, portos e aeroporto. Há também a primeira favela do município do Rio de Janeiro (antes conhecida como “Morro da Favela”, e agora conhecida como “Morro da Providência”), de outras comunidades e de diversos prédios e terrenos abandonados. É uma área onde concentram-se muitas ocupações.

Há presença forte da cultura, de comércio e da rede educacional (com a presença de Universidades públicas e privadas).

Nesta área existem duas equipes de Consultório na Rua: uma localizada no Centro, próximo à praça da Cruz Vermelha e outra no bairro da Gamboa. Esta foi a primeira área a ter

equipe de Consultório na Rua, mesmo antes da legislação nomear como “consultório na rua”, antes era conhecida como “equipe pop rua”.

A equipe do Centro é composta por um médico, uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e três agentes sociais de saúde. Tem sua base no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz.

A equipe da Gamboa é composta por uma médica, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e três agentes sociais de saúde. Fica localizada na Clínica da Família Nélio de Oliveira.

Até o primeiro semestre de 2016 as duas equipes permaneciam na mesma unidade física, mas cobriam territórios distintos dentro da área programática.

Nesta área foram entrevistados seis profissionais: assistente social, médica, psicóloga, enfermeira e dois agentes sociais. Os entrevistados relataram ser a AP 1.0 um território com muita movimentação de pessoas, com muitos usuários andarilhos, com presença de violência, área com diversas ocupações, presença do projeto “Centro Presente”⁶, que gera conflitos entre usuários e agentes do Centro Presente, segundo denúncia dos próprios usuários. Ainda segundo os entrevistados, é um território onde prevalece o uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

Dentre as singularidades do território, pode-se destacar o fato de ser uma área onde muitas pessoas permanecem em situação de rua durante a semana para se manterem próximos aos seus locais de trabalho, e durante o final de semana, retornam para suas casas.

B. Área Programática 3.1

Esta área programática é composta por 14 bairros: Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.

Há a presença de diversos dispositivos da saúde, em todos os seus níveis de complexidade. Presença de diversas instituições de ensino e pesquisa, dentre elas, a Cidade Universitária (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), além de outras instituições privadas.

6

O Centro Presente integra o projeto Segurança Presente que tem por objetivo reforçar a segurança de transeuntes e comerciantes na localidade onde se encontram, por meio de patrulhamento e monitoramento das ruas. Trata-se de uma parceria entre o poder público e iniciativa privada, como associações de comerciantes.

Há facilidade no acesso ao transporte público, pois a área conta com diversas linhas de ônibus e transporte ferroviário. Há também a presença do aeroporto internacional do Rio de Janeiro (Aeroporto Internacional Tom Jobim).

É também uma área com várias comunidades, incluindo quatro grandes complexos: complexo do Alemão, complexo de Manguinhos, complexo da Penha e complexo da Maré, onde existem inúmeros conflitos armados e denúncias de violência estatal.

Há nesta área a presença da única Unidade de Acolhimento de Adultos nos territórios onde há equipe de Consultório na Rua (a outra unidade presente na cidade é no território da AP 4.0, onde não há equipe de CnaR). Este serviço é fundamental para acolher as dificuldades de quem faz uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas e necessita estar em um espaço mais protegido, de forma temporária. Não se trata de uma internação, nem de abrigo, mas de um acolhimento residencial transitório, onde as dificuldades que perpassam o sujeito e o uso abusivo de drogas podem ser cuidadas por profissionais de saúde junto com o usuário, sendo portanto, um dispositivo da rede de saúde, que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

A equipe de Consultório na Rua localiza-se no bairro de Manguinhos, na Clínica da Família Vitor Valla e é composta por uma médica, um enfermeiro, uma assistente social, uma psicóloga, um técnico de enfermagem, um dentista (que compartilha o trabalho com outra equipe de saúde da família da unidade), um articulador de rede e três agentes sociais de saúde. Esta foi a segunda equipe de CnaR do município do Rio de Janeiro.

Segundo o relato dos profissionais entrevistados, este território é marcado pela presença do tráfico de drogas, pela violência, pela exclusão social, pelo uso abusivo de diferentes drogas, com poucos atrativos culturais e poucas possibilidades de emprego.

C. Área Programática 3.2

Esta é uma área que conta com 23 bairros: Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.

A maioria dos bairros são residenciais e típicos do subúrbio carioca, onde as relações entre as pessoas se estabelecem no cotidiano. Há a presença de pequenos comércios e zonas de grande comércio, com destaque para o bairro do Méier. Possui diversas linhas de ônibus e transporte ferroviário, e alguns bairros com linha de metrô.

Estão presentes diversos estabelecimentos de saúde, em todos os níveis de complexidade. É importante marcar também a presença de um dos grandes hospitais psiquiátricos existentes na cidade do Rio de Janeiro (Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira).

Na área existem diversas comunidades e alguns bairros com alto grau de violência.

A equipe de Consultório na Rua é composta por um médico, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um técnico de enfermagem, uma assistente social e dois agentes sociais de saúde. É baseada na Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, no bairro do Jacarezinho.

Esta equipe de Consultório na Rua foi a terceira equipe do município e surgiu decorrente de um projeto de redução de danos, nomeado como “Tá ligado”, elaborado pela equipe do CAPSad do território (CAPSad Raul Seixas) e desenvolvido nas cenas de usos do território do Jacarezinho.

Segundo os profissionais entrevistados, neste território são frequentes as cenas de usos de drogas, trata-se de um território epidemiologicamente vulnerável, com falta de saneamento básico, presença de ocupações, de confrontos policiais, o que faz com que a violência seja constante no território. Área com poucos investimentos sociais.

D. Área Programática 3.3

Este território constitui-se como um dos maiores do município, agregando 29 bairros. São eles: Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Colúmbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.

Algo que se destaca neste território é a presença de diversas comunidades vulneráveis e bairros com os menores IDHs da cidade. Há a presença forte do tráfico armado e de constantes conflitos policiais, além dos conflitos entre as diferentes organizações criminosas presentes no território. É também uma área com um vazio de investimento social, com moradias precárias, algumas áreas de ocupações e com falta de saneamento básico.

Ainda sobre a violência, pode-se destacar as inúmeras denúncias de violência estatal, sobretudo nas comunidades de Acari, complexo da Pedreira e complexo do Chapadão.

Existem diversas áreas de comércio e diferentes meios de transportes públicos, como: linhas de ônibus, trem e transporte metroviário.

Há também a presença de diferentes serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade e serviços de saúde mental.

A equipe de Consultório na Rua desta AP é a mais recente da cidade, tendo o início de seu trabalho no ano de 2015. Composta por uma assistente social, uma psicóloga, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes sociais de saúde. Localiza-se na Clínica da Família Enfermeiro Marcos Valadão, no bairro de Acari.

Segundo os profissionais entrevistados, trata-se de um território violento, com constantes conflitos armados e pouco acesso a atividades culturais. Ao mesmo tempo em que há ausência do Estado, no sentido de investimento em políticas públicas, há forte presença do “braço” armado do Estado, por meio de intervenção dos agentes de segurança. Trata-se de um território pouco cuidado, onde a coleta de lixo é precária e insuficiente, sobretudo dentro das comunidades, e também há falta de saneamento básico.

E. Área Programática 5.1

Este território é formado por nove bairros: Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

Trata-se de uma área afastada do centro da cidade, mas que conta com certo recurso em transporte público, como linhas de ônibus e transporte ferroviário.

Possui grande comércio e habitações populares. Apresenta alto índice de violência com conflitos armados, sobretudo com a disputa de poder territorial entre a milícia e o tráfico de drogas.

Apresenta também a maior área militar do município e o maior complexo de segurança pública (Complexo de Gericinó, localizado no bairro de Bangu).

Sobre os dispositivos de saúde, a área conta com diversos serviços em todos os níveis de complexidade.

A equipe de Consultório na Rua localiza-se na Clínica da Família Faim Pedro, no bairro de Realengo. É composta por um médico, uma enfermeira, um psicólogo, uma assistente social, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e três agentes sociais de saúde.

Segundo relatos coletados, o território de abrangência da equipe é bastante hostil, com diversas formas de violência, e marcado pela presença de diversas instituições religiosas, com pouco investimento público. Há também a presença de muitas áreas de ocupação e cenas de usos de drogas.

F. Área Programática 5.3

Esta área da Zona Oeste da cidade abrange três bairros: Paciência, Santa Cruz e Sepetiba. É a área mais distante do centro da cidade e apresenta muitas dificuldades para a locomoção até o centro, apesar de contar com linhas de ônibus e transporte ferroviário.

Constitui-se como um território com pouco investimento público e alto grau de violência, com forte presença de conflitos armados entre a milícia e o tráfico de drogas, sobretudo.

Possui diferentes dispositivos de saúde em todos os níveis de complexidade.

A equipe de Consultório na Rua é composta por um médico, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, um técnico de enfermagem e três agentes sociais de saúde. Tem sua base no Centro Municipal de Saúde Sávio Antunes, em Antares.

Possui a particularidade de estar localizada ao lado de um importante dispositivo da assistência social, o maior abrigo público da prefeitura na cidade do Rio de Janeiro: Unidade de Reinserção Social Rio Acolhedor.

Segundo o relato dos entrevistados, é um território muito violento, o que fragiliza o trabalho, e é também uma área muito carente de recursos públicos. Possui diversas cenas de usos de drogas.

Outra particularidade desta equipe que merece destaque é que o serviço não possui carro próprio, portanto, seu território de atuação é reduzido, além da falta de veículo comprometer o trabalho territorial, segundo o relato dos entrevistados.

5.2 Caracterização dos entrevistados

O material analisado é composto por entrevistas semi-estruturadas de 33 profissionais das sete equipes de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro. Destes 33 profissionais, 26 possuem ensino superior, são eles: cinco assistentes sociais, seis psicólogos, seis médicos, dois cirurgiões dentistas, seis enfermeiros e uma terapeuta ocupacional. Além destes, foram entrevistados sete profissionais que possuem nível médio, todos agentes sociais

de saúde. Dos profissionais de nível superior, 22 possuem pós-graduação (21 delas na área da saúde, e uma na área de políticas públicas) (Quadro II)

Quadro II. Profissionais entrevistados por área programática, profissão, tempo de trabalho e presença de pós graduação

Área Programática	Profissional	Tempo de trabalho	Pós-graduação
1.0	Assistente social	1 ano e 5 meses	Sim
1.0	Médica	5 anos	Sim
1.0	Psicóloga	1 ano	Sim
1.0	Enfermeira	1 ano e 10 meses	Sim
1.0	Agente Social de Saúde	3 anos	Não
1.0	Agente social de Saúde	3 anos e 6 meses	Não
3.1	Assistente Social	6 anos	Sim
3.1	Psicóloga	3 anos	Sim
3.1	Médica	5 anos	Sim
3.1	Dentista	5 anos	Sim
3.1	Enfermeiro	6 anos	Sim
3.1	Agente Social de Saúde	5 anos	Não
3.2	Assistente Social	3 anos e 6 meses	Sim
3.2	Psicóloga	4 anos	Não
3.2	Terapeuta Ocupacional	2 anos	Sim
3.2	Médico	6 anos e 6 meses	Sim
3.2	Enfermeiro	3 anos	Sim
3.2	Agente Social de Saúde	5 anos	Não
3.3	Psicóloga	1 ano e 11 meses	Sim
3.3	Dentista	2 anos	Sim
3.3	Enfermeira	6 meses	Não
3.3	Médico	1 ano e 1 mês	Não
3.3	Agente Social de Saúde	1 ano e 11 meses	Não
5.1	Assistente Social	9 meses	Não
5.1	Médico	2 anos	Sim
5.1	Enfermeira	8 meses	Sim
5.1	Psicólogo	9 meses	Sim
5.1	Agente Social de Saúde	2 anos	Não
5.3	Assistente Social	1 ano	Sim

5.3	Enfermeira	4 anos	Sim
5.3	Psicóloga	1 ano e 4 meses	Sim
5.3	Médico	4 anos	Sim
5.3	Agente Social de Saúde	4 anos	Não

Fonte: Elaboração própria

A maior parte dos profissionais (21 no total) estão neste trabalho há mais de dois anos. Quatro profissionais possuem menos de um ano de trabalho nas equipes⁷. A questão do tempo de trabalho é fator importante para pensar os serviços de atenção básica em saúde, que tem por objetivo o acompanhamento longitudinal e a construção de vínculo com os usuários, ou seja, quanto menos rotatividade de profissionais na equipe, maior a chance deste acompanhamento longitudinal ocorrer de forma efetiva.

No entanto, é preciso considerar que o modelo privatizante que predomina no município do Rio de Janeiro (conforme referido anteriormente, os profissionais da atenção básica, independente de categoria profissional, são contratados via Organizações Sociais de Saúde, em regime CLT) favorece que haja rotatividade nas equipes, visto que há precarização do trabalho, falta de estabilidade profissional e salários mais baixos (sobretudo para médicos e enfermeiros), quando comparamos a carga horária exigida na iniciativa privada.

Assim sendo, é possível afirmar que a permanência no trabalho no CnaR demonstra que os profissionais são afetados pelo seu fazer cotidiano e veem sentido no trabalho que realizam na equipe.

O exame das entrevistas nos permite afirmar que todos os profissionais valorizam a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a formação da equipe multiprofissional e a singularidade que o cuidado à população em situação de rua demanda.

5.3 Acolhimento e demandas em saúde

De acordo com a análise das entrevistas, é possível apontar que as equipes funcionam de acordo com o preconizado pelas legislações sobre Consultório na Rua, ou seja, atuando de forma itinerante, in loco e também na unidade de saúde (Clínica da Família ou CMS onde estão baseadas).

7

É importante destacar que as perguntas relacionadas ao tempo de trabalho foram realizadas no período em que foram feitas as entrevistas, ou seja, nos anos de 2016 e 2017.

Algumas equipes trabalham mais com atendimentos programados, ou seja, agendam e programam seus atendimentos junto aos usuários, enquanto as outras equipes trabalham com demandas livres e atendimentos sem prévio agendamento.

Não foi possível identificar nas entrevistas se existe alguma razão para esta diferença, mas há que se ressaltar que existe diferença nestas conformações, sobretudo no que diz respeito ao acesso dos usuários ao serviço.

O atendimento por meio de demanda livre é importante pois muitas vezes os usuários apresentam demandas urgentes de saúde, visto que é comum só procurarem o serviço de saúde quando há uma agudização de seu quadro clínico. Diversos entrevistados relatam que os usuários costumam demandar atendimento clínico a partir de uma dor incapacitante, ou de alguma outra questão de saúde que esteja interferindo em outros aspectos de sua vida (como por exemplo, o impedimento ao trabalho devido a uma ferida na perna).

Isto também é apontado na literatura por Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010) quando estes afirmam que é comum que as pessoas em situação de rua tenham uma concepção de adoecimento e do processo de cuidado que não favorece a prevenção da saúde e tão somente buscam as unidades de saúde em situações mais graves.

Quando se restringe o atendimento ao que é programado, corre-se o risco de criar barreiras para os usuários. Além disto, muitas vezes os usuários apresentam dificuldade de se situar no tempo e/ou dificuldade em comparecer nos horários marcados. Por exemplo, muitos usuários optam por permanecerem acordados durante a noite e dormirem durante o dia por sentirem-se mais seguros, o que dificulta a ida na unidade de saúde. Ainda de acordo com os entrevistados, é comum que os usuários circulem pelo território, o que também pode dificultar o atendimento quando este é programado.

O acolhimento aos usuários pode ser realizado tanto no território quanto na unidade de saúde. É um momento de escuta qualificada, que significa acolher a história do sujeito, produzindo oferta de serviços para as demandas trazidas pelos usuários.

Existe diferença entre o acolhimento realizado na unidade de saúde e o acolhimento realizado no território. Este momento de escuta pode ter um espaço mais protegido quando ocorre na unidade de saúde, então é possível que o usuário possa sentir-se mais à vontade para falar sobre suas questões e angústias quando está numa sala. Ao mesmo tempo, estar na rua e realizar o acolhimento no território do usuário é de extrema importância tanto para o cuidado do usuário, como para o cuidado com o território, conforme nos aponta Louzada (2015), quando os profissionais de saúde vão ao encontro do sujeito em seu território de permanência, é possível captar as movimentações do território, ver as redes que se estabelecem no local, os

pontos de apoio e as dificuldades que se configuram no espaço. Fato é que tanto o acolhimento na unidade, quanto no território constituem-se como momentos importantes para o processo de cuidado.

É preciso destacar que há também diferenças entre o acolhimento realizado pelas equipes de CnaR e o modelo de acolhimento proposto para as equipes tradicionais da Estratégia de Saúde da Família. De acordo com o modelo das equipes tradicionais, as unidades básicas de saúde possuem, próximos à entrada, guichês onde cada equipe da unidade realiza os acolhimentos. Trata-se também de um espaço onde são agendadas as consultas. Além de ser um local sem privacidade, não é disponibilizado muito tempo para a escuta, pois geralmente formam-se filas para o acolhimento, fazendo com que a escuta tenha de ser rápida.

Em relação às demandas, estas podem ser construídas ao longo do acompanhamento do sujeito, assim como a resposta a elas. Como dito anteriormente, muitas vezes os usuários apresentam demandas imediatistas, como dor ou alguma questão de saúde aguda. É no processo de cuidar, ao longo do acompanhamento que outras questões vão surgindo ou vão poder ser construídas, como por exemplo, a demanda por documentação, por abrigo, por exames preventivos, pelo resgate do vínculo familiar, entre outras.

As principais demandas clínicas apresentadas pelos usuários das equipes de Consultórios na Rua são queixas relacionadas a sintomas respiratórios, a dores em geral, curativos para feridas, testagem e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis.

Cada equipe dispõe de ofertas diferentes de cuidado, de acordo com a organização do seu processo de trabalho e das peculiaridades de cada território. Além das ações previstas pela carteira de serviços da Atenção Básica (documento que contém a relação dos serviços prestados pela atenção básica), realizam ações intersetoriais e socioculturais.

É possível perceber, de acordo com 88% (27) dos entrevistados, que a população usuária do Consultório na Rua, ou seja, a população em situação de rua é, em sua maioria, submetida às mais diversas situações de violações de direitos e à vulnerabilidade social, o que faz com que os casos atendidos sejam casos complexos que exigem respostas complexas. Este fato converge com a literatura, como nos aponta Louzada (2015), ao afirmar que o cuidado a esta população requer um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, devido a sua complexidade.

A publicação organizada pelo Ministério da Saúde intitulada “Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano” (BRASIL, 2014) discorre sobre o tema da violência contra a população em situação de rua e associa este fato aos mais variados preconceitos dirigidos a esta população. Além disso chamam atenção os diversos casos noticiados pela

mídia, dentre os quais podemos citar como exemplo, o caso de Fernanda Rodrigues, mulher que estava em situação de rua em Copacabana, bairro da zona sul do Rio de Janeiro, e foi assassinada a tiros por dois homens, um lutador de artes marciais e um estudante de medicina, em outubro de 2017⁸.

Também em 2017 foi efetuada uma denúncia à Organização das Nações Unidas (ONU) pelo Movimento Nacional da População em Situação de Rua e outras entidades, onde se afirma o aumento dos casos de violência contra a população em situação de rua e indica a necessidade do investimento em políticas públicas que tratem desta questão. De acordo com a organização de Direitos Humanos “Terra de Direitos”,

Segundo dados do Centro Nacional de Defesa de Direitos Humanos da População em Situação de Rua e Catadores de Material Reciclável (CNDDH), apenas entre março e agosto de 2017 foram registradas 419 denúncias de violência e 69 assassinatos de pessoas em situação de rua no país. Além desse número, foram registradas outras 25 mortes apenas em São Paulo, que resultaram da negligência e omissão do poder público – foram ao menos 10 pessoas mortas pela exposição ao frio. (Terra de Direitos, 27 de setembro de 2017)

Assim sendo, tanto as entrevistas, quanto a literatura nos permitem apontar que a população em situação de rua encontra-se em alto grau de vulnerabilidade social, deixando-a à margem da sociedade.

5.4 Processo de cadastro e registro dos atendimentos

Para o atendimento e acompanhamento dos casos, é necessário que seja realizado um cadastro do usuário. Em toda atenção básica do município do Rio de Janeiro, este cadastro é feito por meio de prontuário eletrônico, em documento denominado Ficha A. O cadastro dos usuários nas equipes de Consultório na Rua é efetuado, prioritariamente, pelo agente social de saúde. É realizado de duas formas: por meio de prontuário eletrônico e de ficha de papel, que ficam arquivadas com as equipes. Os cadastros podem ser feitos tanto na unidade de saúde quanto na rua. São solicitadas informações de identificação pessoal (nome, data de nascimento, filiação, município de nascimento, ocupação, escolaridade) e outras, como: se possui documentação, tempo de permanência em situação de rua, se recebe algum benefício, se possui alguma doença, se já fez tratamento em algum local, se faz uso de drogas, se este

8

Reportagem do Jornal O Globo em 16 de novembro de 2017.

uso prejudica, se já foi internado. Além disto, é perguntado também se a pessoa tem apresentado tosse, se possui alguma mancha ou ferida no corpo, que podem ser indícios de agravos como tuberculose ou hanseníase.

Vale dizer que todas estas informações fazem parte do cadastro completo, no entanto, não é necessário obtê-las para cadastrar um usuário, podendo ser feito um cadastro mais breve caso o usuário não queira ou não possa fornecer mais informações. Conforme o vínculo for sendo estabelecido entre usuário e profissional, o cadastro poder ser alterado e novas informações podem ser incluídas.

É essencial dizer também que, tanto para realizar o cadastro, quanto para o acesso aos serviços de saúde, não é necessário que o usuário possua qualquer tipo de documentação, nem comprovante de residência. A única exigência é que o usuário possua o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que constitui-se como uma identificação do usuário no SUS (cada pessoa possui uma identificação própria por meio de um número), e para obter o CNS são exigidas três informações, como nome, data de nascimento e nome da mãe ou pai (ou seja, também não é necessário possuir documentação para tal). Qualquer unidade de atenção básica pode realizar o CNS por meio de uma plataforma, o “Cadsus”.

Além do cadastro, é necessário fazer o registro do acompanhamento dos usuários. Ou seja, todas as atividades realizadas com os usuários devem ser registradas em seu prontuário, sejam elas consultas, acompanhamento em outros serviços, encaminhamentos, visitas territoriais, atendimentos familiares, atividades coletivas, dentre outras, para melhor acompanhamento dos casos. Todos os profissionais devem fazer estes registros. O registro do acompanhamento dos usuários do Consultório na Rua é realizado por meio de prontuário eletrônico.

Tais prontuários eletrônicos se diferenciam entre as equipes, dependendo da área programática a que estão vinculadas. Há de se destacar que não ter um prontuário eletrônico integrado acarreta dificuldades no acompanhamento da população em situação de rua, que é uma população que costuma circular por diversos territórios. Esta dificuldade diz respeito à população em situação de rua, mas não se restringe a ela, pois para cumprir os atributos de coordenação, integralidade do cuidado e longitudinalidade indicados por Starfield (2002), os serviços de atenção básica deveriam poder contar com um prontuário que integrasse as informações de saúde de todos os serviços do SUS de seus usuários.

Além desta queixa presente na entrevista de mais da metade dos profissionais, há também o apontamento de que o prontuário eletrônico não corresponde às necessidades das equipes em relação ao acompanhamento dos usuários, tanto no que diz respeito ao

acompanhamento epidemiológico, quanto no registro das singularidades do cuidado à população em situação de rua, pois não é possível extrair dados precisos sobre os usuários cadastrados (como por exemplo, número de usuário que fazem uso de drogas, número de usuários que recebem benefícios, entre outros). Obter estes dados é de extrema importância tanto para o planejamento de ações, quanto para o monitoramento do território.

5.5 Articulação intersetorial

Para responder às demandas desta população com questões tão complexas, a intersetorialidade, como referido nos capítulos anteriores, aparece como um importante imperativo. Conforme sinalizam as entrevistas, há o reconhecimento da importância da intersetorialidade e as práticas intersetoriais estão presentes em todas as equipes de Consultório na Rua, bem como o escopo de ações desenvolvidas pelas equipes pressupõe ações intersetoriais.

No entanto, é possível identificar que não existe um fluxo formal desenvolvido pela gestão do CnaR para a realização de práticas intersetoriais, embora a intersetorialidade seja uma das diretrizes do trabalho do Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro, conforme preconiza a publicação organizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, intitulada “Diretrizes Norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. (SMS, 2016)

Essa publicação afirma a intersetorialidade como parte do processo de trabalho das equipes de CnaR, pois necessariamente o trabalho deve estar direcionado à construção dos direitos e à inclusão social da população em situação de rua. O texto refere que uma das funções da gestão é *“promover a articulação intersetorial, em especial, com as demais políticas públicas da Prefeitura e com a Secretaria Municipal de Assistência Social, na construção de redes de apoio para o cuidado à população em situação de rua” (p.13)*. Todavia, a totalidade dos entrevistados afirma que a articulação intersetorial acontece no cotidiano do trabalho e a construção de fluxos intersetoriais é realizada pelos próprios profissionais, como relata o profissional:

(...) isso é um problema, porque não existe uma política centrada que traga essa articulação, a gente tem que contar com a articulação do dia a dia, mesmo com a SMDS, ainda é muito difícil em muitas coisas assim, e mesmo um abrigo, por exemplo, muitas vezes o paciente não recebe uma resposta positiva. (profissional 9)

Assim sendo, as práticas são realizadas entre pares, de acordo com o empenho individual dos trabalhadores e por meio de reuniões entre os serviços para construção das parcerias ou mediante contatos pessoais entre os profissionais, sobretudo entre os serviços de saúde e os da assistência social. Os profissionais vinculados aos serviços de assistência social aparecem como grandes parceiros do CnaR para o atendimento à população em situação de rua, porém, é preciso registrar que não é raro surgirem também questões e dificuldades, como relatadas na entrevista acima, entre os setores, principalmente sobre a compreensão de cuidado que está colocada para cada uma das instituições.

5.6. Demandas sociais

As demandas sociais colocadas para as equipes de Consultório na Rua são diversas. A que mais aparece nas entrevistas é a demanda por documentação, já que, conforme citado nas entrevistas, é comum que as pessoas em situação de rua percam ou tenham seus pertences roubados, inclusive por agentes públicos, o que inclui suas documentações.

Destaca-se neste contexto a importância do Posto Especializado de Identificação Civil para População em Situação de Rua. Trata-se de uma parceria firmada entre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e o Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro (responsável pela identificação civil da população), onde o atendimento é destinado à população em situação de rua e pessoas abrigadas de forma temporária ou permanente. Tendo seu funcionamento se iniciado em maio de 2014, o objetivo do Posto é garantir o acesso da população em situação de rua às documentações básicas, garantindo gratuidade para retirada da segunda via das documentações, além da busca cartorária para segunda via de certidão de nascimento e casamento.

Tal Posto localiza-se no bairro do Méier, situado na zona norte do Rio de Janeiro, é muito citado nas entrevistas como uma potência no cuidado intersetorial para população em situação de rua. Uma das facilidades que este Posto apresenta é poder solicitar ao mesmo tempo os documentos de identidade e certidão de nascimento, pois a certidão de nascimento é dispensável para fazer a segunda via de documento de identidade, caso a pessoa tenha tirado esse documento no estado do Rio de Janeiro há menos de dez anos, diferentemente do protocolo dos outros postos do DETRAN/RJ, onde há a necessidade de apresentar a certidão de nascimento para tirar a segunda via da identidade.

Vale ressaltar que, embora a questão do acesso à documentação seja tão importante para a população em situação de rua, existe apenas este Posto Especializado no município do Rio de Janeiro e sua localização não garante acesso de forma simples para a população que encontra-se em áreas mais distantes do Méier, por não se localizar numa região central.

Além da documentação, aparecem demandas por benefícios sociais (sobretudo, benefícios junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social, como auxílio-doença e Benefício de Prestação Continuada, e benefício do Programa Bolsa Família), acesso à renda, abrigo, inclusão em programas de habitação e moradia, gratuidade no transporte público⁹ alimentação, trabalho e outras.

A questão da alimentação aparece em várias entrevistas como algo importante para o cuidado em saúde, para sustentar o tratamento de diversas enfermidades, como a tuberculose. Nas entrevistas aparece o questionamento sobre como utilizar medicações que requerem alimentação prévia ao seu uso se o usuário não tem o que comer.

Diante do exposto, pode-se perceber que são inúmeras as demandas sociais, entretanto, é preciso compreender que não se trata de simplesmente incluir os sujeitos no campo dos direitos. É preciso incluí-los, mas isto precisa fazer sentido para os usuários, trata-se de uma mudança no lugar social que o sujeito ocupa na vida e isto está para além da garantia dos direitos. Um exemplo é quando o usuário não tem documento de identificação e passa a ter. Isto não é somente a garantia de uma pessoa ter um documento, trata-se de garantir o exercício de cidadania, da pessoa ter uma identificação e ter preservada sua história de vida. É frequente que os usuários associem o fato de possuir uma documentação de identificação ao fato de não serem enterrados como indigentes: esta é uma fala recorrente em meu cotidiano de trabalho. É preciso construir identidades, não só para a morte, mas prioritariamente para possibilitar produção de vida.

Outro ponto que merece destaque é a presença do articulador intersetorial como uma potência para a intersetorialidade e a construção de rede no território. Este é um recurso presente apenas em uma das equipes de Consultório na Rua (equipe da AP 3.1).

5.7. Práticas das equipes

9

De acordo com a Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro (art 400), as pessoas maiores de 65 anos, estudantes de escolas públicas e pessoas com deficiências ou portadoras de doenças crônicas terão acesso à gratuidade em transportes públicos.

Além das práticas intersetoriais, outras ações identificadas como importantes no acompanhamento de casos complexos são: reunião de equipe, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e as interconsultas. Tais recursos também são preconizados nas Diretrizes norteadoras do trabalho das equipes de Consultório na Rua como parte do processo de trabalho das equipes, com o objetivo de potencializar as possibilidades de cuidado e de acompanhamento aos usuários. (SMS, 2016)

Ao serem perguntados sobre a reunião de equipe, todos os entrevistados responderam que ocorre de forma semanal e que nela são discutidos casos mais graves, que demandem maior intervenção e atenção da equipe. Além disto, são discutidos os processos de trabalho e realizado o planejamento das atividades e a troca de informações sobre o cotidiano de trabalho e o acompanhamento dos usuários.

Nas reuniões de equipe do CnaR estão incluídas as construções de PTS, decorrentes da discussão de casos complexos. Trata-se de um recurso muito utilizado pelas equipes de saúde mental para o acompanhamento de casos que demandem maior compartilhamento de cuidados entre os profissionais da equipe. Segundo a publicação supracitada:

É um instrumento que organiza e qualifica o cuidado ampliado, abrangendo as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. São ações compartilhadas com a equipe com os parceiros intra e intersetoriais na identificação das necessidades de saúde, da discussão do diagnóstico e a definição do cuidado. (SMS, 2016, p. 12)

Uma das funções de todos os profissionais do Consultório na Rua, segundo o documento que aponta as diretrizes do trabalho (SMS, 2016) é contribuir na construção dos PTSs e funciona, na prática, como um importante instrumento na construção de um cuidado integral.

Outro recurso muito citado pelos entrevistados é a interconsulta. Trata-se do atendimento prestado ao usuário por dois ou mais profissionais ao mesmo tempo, como forma de compartilhar e potencializar o cuidado. Os profissionais podem ser da mesma equipe, de outras equipes, da mesma unidade de saúde, ou de instituições diferentes. Todos os profissionais entrevistados afirmam utilizar este recurso como forma de cuidado. Assim como os PTSs, as interconsultas podem proporcionar o cuidado integral. Segundo Farias & Farjado (2014),

A interconsulta, logo, surge como uma tecnologia leve, facilitadora e potencializadora para a integralidade do trabalho nos serviços de saúde. Esta ação de saúde, originária da saúde mental, ainda está muito limitada (conceitualmente) a este campo de atuação. Contudo, sendo um instrumento que facilita o diálogo e a educação permanente em equipes de saúde, entendese que os diferentes campos da saúde podem adotar esta ferramenta e implementá-la nos serviços, com vista à integralidade do cuidado. (p. 2)

A totalidade dos profissionais relata que o fato de existir uma equipe de saúde que atenda às especificidades da população em situação de rua faz com que haja maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e às políticas públicas.

No entanto, mesmo com a existência do Consultório na Rua, o acesso aos serviços de saúde (e a outras políticas sociais) ocorre ainda com barreiras, pois 85% (28) dos profissionais afirmam que para garantir o atendimento dos usuários é preciso que eles estejam acompanhados por algum profissional da equipe. Isto pode ocorrer por diversos motivos, sejam eles burocráticos (por falta de documentação, falta de comprovante de residência), ou por atitudes preconceituosas do profissional de saúde que recebe o usuário, o que converge com a literatura existente, como em Paiva et al (2016) e Rosa, Secco e Bretas (2006). Segundo uma profissional entrevistada:

(...) quando a gente regula uma vaga e a pessoa vai pra UPA ou algum hospital a gente faz o esforço de algum agente ou algum profissional que é mais vinculado aquele caso de estar indo junto do paciente, entendendo que muitas vezes ele vai sozinho e vai quase como se fosse um favor (...) a gente vai ver uma opressão que eles sofrem na sociedade, então chega na unidade e vê um médico, imagina, o máximo do poder na saúde, o médico diz que ele não vai ficar, ele não vai reivindicar que precisa internar porque é grave, então a gente entende também que o trabalho é produzir acesso nesses outros serviços, principalmente nesses níveis de atenção a gente precisa estar mais junto. (Profissional 19)

De acordo com as entrevistas, 72% (24) dos profissionais apontam que antes da existência do Consultório na Rua, o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde se dava por meio da emergência, ou não existia acesso. Este relato está de acordo com a literatura existente, conforme aponta o Manual Técnico desenvolvido pelo Ministério da Saúde sobre o cuidado da população em situação de rua. (BRASIL, 2012). Embora haja entrevistados (28% dos profissionais, 9 profissionais) que afirmam que até poderia existir acesso à atenção básica antes da existência do Consultório na Rua, é feita a ressalva de que este acesso dava-se de forma pontual, longe do que é proposto pela política de atenção básica sobre o cuidado longitudinal.

Faz-se necessário discutir esta questão, pois está diretamente relacionada à autonomia e à garantia de direitos da população em situação de rua, que por vezes tem seu direito ao SUS (e às outras políticas públicas) violado, o que impacta negativamente na inclusão social e não rompe com a marginalidade à que esta população está submetida.

Estes são elementos importantes para o trabalho do CnaR. Mais da metade dos entrevistados reconhece a importância do resgate da cidadania, da garantia dos direitos e da produção de autonomia dos usuários no processo de trabalho do Consultório na Rua. De acordo com o relato de uma entrevistada: *(...) nosso trabalho não é só colocar ali produzir acesso, a acessibilidade, mas também fazer eles entenderem que é direito deles acessarem o serviço de saúde, seja na UPA, no CnaR, no Hospital, CREAS, o que for, qualquer dispositivo público*” (profissional 19).

Todos os profissionais referem mudança no autocuidado dos usuários após o cuidado do Consultório na Rua, citando diversos exemplos. Um exemplo é de uma adolescente acompanhada desde os 13 anos por uma das equipes de Consultório na Rua. Ela engravidou na adolescência, enquanto ainda estava em situação de rua, e foi possível que realizasse o pré-natal com a equipe. No momento do nascimento de seu filho, a usuária foi morar com a irmã, mas depois de algum tempo voltou a ficar em situação de rua. Porém, continuou sendo acompanhada pela equipe e conseguiu se organizar, trabalhar e retomar seus estudos com o apoio da equipe: *“Ela vai voltar a estudar, está toda arrumadinha, toda bonitinha, largou o cara. Isso foi um trabalhos dos treze aos dezessete anos, não só meu, da equipe, durante o pré-natal, no pós-natal e outros também”*. (Profissional 2)

Uma questão que aparece junto com o autocuidado é a redução do consumo de drogas. Os usuários, em sua maioria, fazem usos de variadas drogas e a predominância de determinada droga varia de acordo com o território. Os entrevistados citam uso de álcool, cocaína, crack e loló como drogas predominantes em todos os territórios de abrangência das equipes. A redução de danos aparece como uma diretriz no trabalho do CnaR no entanto, os entrevistados possuem diversas compreensões sobre o que é o trabalho com a redução de danos, inclusive apontando as diversas práticas nesta direção.

Quando questionados, os profissionais apontam como práticas de redução de danos a orientação individual ou por meio de atividades coletivas sobre o consumo de drogas (por exemplo, a necessidade de se manter hidratado quando consumir álcool, ou o não compartilhamento de agulhas e seringas), a entrega de insumos, como preservativos femininos e masculinos e gel lubrificante, a ocupação do tempo do usuário, como por exemplo, quando o usuário busca por acolhimento ou atendimento na unidade de saúde pois enquanto está neste

atendimento não está fazendo uso de drogas. Os profissionais sinalizam a necessidade de serem disponibilizados outros insumos, como água e seringa para que possam ser distribuídas nas cenas de usos de seus territórios.

6. DISCUSSÃO

Com base nas entrevistas, quatro categorias de análise se destacaram, quais sejam: vulnerabilidade social; cuidado ampliado; acesso a políticas sociais; e, práticas intersetoriais.

6.1 Vulnerabilidade social

Nesta dissertação compreende-se o conceito de vulnerabilidade social a partir de duas vertentes: o risco a que determinado grupo populacional está submetido e à possibilidade de enfrentamento a estes riscos, de acordo com suas condições sociais. A vulnerabilidade é um fator que determina as desigualdades sociais em saúde. Segundo Trino, Machado e Rodrigues (2015):

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a determinantes de saúde e doença, em determinados contextos e condições sociossanitárias, podem produzir maior ou menor suscetibilidade às doenças. Concomitante, esse conceito também dialoga com as potencialidades e recursos dos indivíduos para o enfrentamento dos agravos e situações de risco. Dessa forma, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidades sociais, ela precede o risco e pode determinar os diferentes riscos que, no processo saúde doença, podem levar inclusive à morte. (p. 38)

Ayres et al (2003) indica que pensar a vulnerabilidade pressupõe refletir sobre questões relacionadas à “*exclusão social, relações de gênero, discriminação racial, violência estrutural, e assim por diante.*” (p. 131) e por isso requer respostas amplas que possam intervir em situações complexas, como é o caso da população em situação de rua.

De acordo com o material analisado, a população em situação de rua é frequentemente submetida às mais variadas situações de violações de direitos, além de terem suas vidas marcadas pela violência. Isto faz com que esta população esteja em situação de extrema vulnerabilidade social, na medida em que encontram-se fragilizadas em relação a garantia de seus direitos.

Somado a isto, o próprio modo de vida nas ruas reitera a situação de vulnerabilidade a que estas pessoas estão submetidas, visto que é constante a dificuldade de acesso às políticas sociais, ao acesso a higiene e alimentação adequadas, à água potável, entre outras dificuldades cotidianas desta população. Além disso, o estigma e o preconceito são fortes fatores que contribuem para um quadro de exclusão social. A associação das pessoas em situação de rua ao crime, à vadiagem, ao uso de drogas, à mendicância é frequentemente expressada, tanto no

senso comum quanto na mídia. No entanto, é possível captar nas entrevistas que existem diversas formas de estar nas ruas, e as políticas públicas devem compreender e contemplar todas elas.

Dentro deste grupo heterogêneo, é possível encontrar pessoas que trabalham como ambulantes, com a venda de mercadorias, profissionais do sexo, artistas que trabalham nas ruas, pessoas que possuem casa, mas que passam a maior parte do tempo nas ruas (como por exemplo, as pessoas que ficam durante a semana nas ruas dos grandes centros urbanos, enquanto estão trabalhando, mas que durante o final de semana retornam para suas casas, geralmente porque moram longe destes centros urbanos e não possuem dinheiro para o deslocamento). Desta forma, embora estas pessoas se aproximem e tenham características em comum, são também um grupo heterogêneo e diverso e esta singularidade deve ser compreendida na produção do cuidado.

Como referido anteriormente, o grande tempo de ausência da responsabilização do poder público no que diz respeito à população de rua fez com que esta população se mantivesse submetida à caridade, à benevolência e ao que é ofertado por instituições que realizavam estes tipos de trabalho caritativo. É importante lembrar que as políticas públicas para a população em situação de rua são recentes, datadas em torno dos anos 2000. Não se trata de extinguir as práticas caritativas, mas é preciso compreender que estas ações reforçam o lugar social que a população em situação de rua ocupa nesta sociedade, que é à margem dos direitos de cidadania, além de não favorecer o protagonismo desta população, que deve sempre estar sujeitada e submetida às vontades de quem oferta a ajuda.

As equipes de CnaR, assim como outras estratégias que buscam a equidade em saúde, de certa forma, buscam enfrentar a exclusão social que as pessoas em situação de rua vivenciam em seu cotidiano, ao mesmo tempo em que respondem ao princípio de equidade do SUS, ao ofertar serviços em atenção primária em saúde para este grupo populacional, compreendendo suas singularidades e suas dificuldades no acesso às políticas públicas. Porém, de acordo com as entrevistas, fica claro que ainda existem muitos entraves na garantia de direitos desta população e a situação de violência e de violação de direitos é constante.

Carneiro Júnior, Jesus e Crevelim (2010) reconhecem as barreiras existentes no acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde e nas demais políticas sociais, e afirmam que para garantir o acesso desta população é necessário intervir na situação de vulnerabilidade social. Desta forma, as Políticas de equidade em saúde devem ter como objetivo incidir sobre o processo de exclusão social.

Além da vida degradante nas ruas, há ainda muitas áreas com ocupações irregulares, ou seja, espaços abandonados e ocupados por pessoas em situação de rua, que tornam estes locais espaços de moradia. Por serem ocupações irregulares, na maioria das vezes não possuem luz, água ou esgoto. Este é um relato comum nas entrevistas dos profissionais das AP 1.0 e 3.2, o que demonstra que em alguns territórios existem mais ocupações que em outros.

Chama atenção o fato de que todas as equipes de CnaR estejam localizadas em territórios marcados pela violência. Seja relacionada ao crime organizado, à intervenção de agentes públicos, a milicianos ou outras. São áreas também onde há alto grau de vulnerabilidade social, não só para população em situação de rua, mas para a população em geral, com baixos Índices de Desenvolvimento Humano e com pouco investimento do poder público, o que gera impacto na saúde das pessoas.

Barata (2009) afirma que o processo saúde-doença deve ser compreendido de forma histórica, ou seja, não natural e biologicista. A condição de saúde e doença de determinada população está intrinsecamente relacionada ao modo estrutural da sociedade, o que reflete no modo como são organizados os sistemas de saúde. Ayres et al (2003) também discorre sobre a compreensão da vulnerabilidade social como algo processual, podendo, inclusive ser superado, e propõe que os sujeitos não devem ser tratados como “vulneráveis” (no sentido de ser vulnerável, como se esta fosse uma situação imutável), mas como pessoas que “estão em situação de vulnerabilidade”. Isto converge com o termo utilizado neste trabalho quando optamos pela expressão “situação de rua” em vez de “morador de rua”, pois a palavra “situação” remete ao que é transitório, passageiro e quando utilizamos “morador de rua” pode remeter a ideia de algo que é natural e que está fadado a continuar desta forma.

Ayres et al (2003) recorrem aos estudos de Garovitz (1994) para apontar três características sobre a vulnerabilidade: a vulnerabilidade é multidimensional, ou seja, dada uma situação, uma mesma pessoa pode estar vulnerável a alguns agravos e a outros não; a vulnerabilidade não é unitária, ou seja, cada pessoa, ainda que no mesmo contexto, está em grau diferente de vulnerabilidade; e a vulnerabilidade não é estável, portanto as dimensões da vulnerabilidade se modificam ao longo do tempo. Os autores chamam atenção para o risco que corremos quando naturalizamos situações de vulnerabilidade, podendo fazer com que os profissionais sintam-se impotentes diante do trabalho.

Em diversas entrevistas é possível reconhecer que os profissionais questionam a efetividade de suas práticas em ambientes tão adversos, marcados pela falta de recursos e pela extrema violência. Há de se destacar que a violência afeta diretamente o cuidado

desenvolvido com a população em situação de rua. Como já citado, é possível colher diversos relatos de denúncias de agressões físicas contra pessoas em situação de rua, assim como o roubo de seus pertences por agentes públicos: documentações, roupas, papelões, receitas e até mesmo medicamentos. Isto acontece em maior ou menor grau, dependendo da região da cidade, mas é um relato presente em todas as equipes, inclusive os profissionais informam que a documentação é a mais frequente demanda social dos usuários acompanhados pelas equipes exatamente por estas ocorrências.

Isto ocorre também devido a uma prática antiga de higienização na cidade do Rio de Janeiro. Essa prática visa “limpar” a cidade do que é indesejado, incluindo a população em situação de rua. É frequente que ocorra, sobretudo, em momento de grandes eventos, como nos anos de 2014 e 2016, durante a Copa do Mundo de Futebol e os Jogos Olímpicos, respectivamente. Nesta época eram comuns os relatos de retirada forçada da população em situação de rua dos seus espaços e de retirar suas formas de sustento na rua, assim como seus pertences. É comum também nos processos de revitalização dos espaços públicos, como ocorreu recentemente no centro da cidade do Rio de Janeiro.

Como exemplo destes dois momentos, podem ser apresentadas duas notícias de veículos de comunicações. A primeira, publicada pelo site UOL em setembro de 2015 que denuncia que a prefeitura do Rio de Janeiro estava realizando uma “maquiagem” na cidade, pois, conforme a notícia, a Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos estava inaugurando quatro novas unidades de acolhimento com o objetivo de abrigar pessoas em situação de rua que fossem tiradas de seus territórios em virtude dos jogos olímpicos na cidade do Rio de Janeiro. A segunda reportagem foi veiculada pelo jornal O Globo, em janeiro de 2012, que noticiava a revitalização do bairro da Lapa, no centro da cidade do Rio de Janeiro, e cobrava ações mais efetivas no que diz respeito à população em situação de rua, pois, conforme a reportagem, enquanto trabalhadores estavam fazendo as obras, “*quinze mendigos*” (trecho extraído literalmente da reportagem) dormiam em plena luz do dia no bairro.

No entanto, mesmo fora destes períodos de grandes eventos ou de revitalização dos espaços, a violação de direitos de agentes públicos contra a população em situação de rua continua existindo, ainda ocorre a retirada da população de rua das vias públicas, levando-as forçadamente aos abrigos da prefeitura ou conveniados. Além disso, como referido anteriormente, é recorrente a prática de retirada de seus pertences, o que fica claro em diversas entrevistas. Compreendemos que tais práticas, além de violarem direitos, não

contribuem para o cuidado, pois não consideram a complexidade das questões que envolvem a população em situação de rua. Trino, Machado e Rodrigues (2015) sugerem que:

(...) é preciso muito cuidado com a lógica que opera no afã de remover as pessoas das ruas a qualquer custo, com foco eminentemente voltado para uma ‘higienização’ dos logradouros públicos e sem entender todo o contexto pelo qual cada indivíduo se encontra e que o levou para estar em situação de rua. Entender esse contexto como processual e estabelecer políticas junto a essa população que se traduzam em reais e efetivas formas de inclusão a serem instituídas de forma contratualizada e em ato com os diversos atores em território, legitimam a integralidade das ações junto a esta população e mais do que isso, produzem vínculos importantes para a atenção e produção do cuidado junto a ela. (p. 31)

É importante registrar que a prática que ficou conhecida como “recolhimento compulsório”, iniciada em 2011 pelo secretário de Assistência Social do município do Rio de Janeiro, Rodrigo Bethlem, após diversas denúncias de violências e violações de direitos, foi extinta. No entanto, atualmente existe o Serviço de Abordagem Especializada de Assistência Social, vinculado à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do município do Rio de Janeiro, que objetiva identificar situações de risco social, como por exemplo, trabalho infantil e situação de rua. Dentre as ações que estas equipes desenvolvem, uma delas chama atenção pelo fato de ser abordagem noturna com a presença de equipes da segurança pública, como polícia militar e guarda municipal e também a presença da Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB). Muitos são os relatos de que nestas abordagens ocorre a retirada de pertences de pessoas em situação de rua, por vezes de forma violenta.

A lógica higienista é totalmente contraditória ao que preconiza o cuidado produzido pelas equipes de CnaR, segundo a qual compreende-se prioritariamente que a pessoa em situação de rua é portadora de direitos e tem a liberdade de escolher permanecer onde desejar na rua, que é espaço público. A rua é entendida como espaço legítimo de produção de vida, e o cuidado deve se dar dentro deste contexto. As falas dos profissionais a seguir deixam claras as práticas incoerentes existentes no município:

Um grande entrave e nó é porque em relação aos moradores de rua no nosso município, é muito contraditória: ao mesmo tempo em que existem esforços e equipamentos para cuidar dessa população, existem dessa mesma prefeitura esforços de ações de higienização humana. (profissional 9)

Muitas vezes por estar nas ruas tem as operações e às vezes querendo entender como essas operações, truculências, não sei qual a Secretaria que

vai e faz e entra com aquela lógica da higienização. Tirar aquela população que está na calçada e não dá importância na questão da medicação do paciente. Acaba pegando a medicação do paciente, roupa e joga tudo fora. No outro dia o paciente vem aqui machucado e a gente tem que fazer o curativo, dispensar mais medicação. Então assim, o que vem acontecendo desde o início do serviço foi isso, essa questão das operações truculentas e nem fazem escuta. (...) É um dos grandes problemas da gente, trabalhar em um espaço onde um cuida e o outro ignora todo cuidado e não respeita o cidadão que está ali. (profissional 6)

Com o objetivo de minimizar os efeitos deste tipo de violação para os usuários e reduzir os impactos para o próprio serviço (no sentido de evitar gastos com a dispensa de mais medicações, por exemplo, sendo que muitas são de alto custo, como as que tratam HIV), o entrevistado supracitado (profissional 6) mencionou uma iniciativa de sua equipe. Esta criou um crachá que identificava que o usuário que estava fazendo acompanhamento em saúde, incluindo a necessidade da tomada de medicações. No entanto, segundo o profissional, a identificação não surtiu o efeito desejado e este tipo de violação continua ocorrendo.

Em razão destes relatos, em 2015 foi criada no estado do Rio de Janeiro a Ronda de Direitos Humanos, parceria entre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e a Defensoria Pública da União, com o objetivo de colher denúncias de violações de direitos sofridas por pessoas em situação de rua. É uma importante iniciativa, visto que os próprios defensores públicos e pessoas vinculadas aos movimentos sociais em defesa dos direitos da população em situação de rua participam desta atividade, indo as ruas para fazer contato direto com as pessoas que sofrem as violências e dar visibilidade aos seus relatos e denúncias.

Outra questão destacada pelos entrevistados é que os profissionais acabam sendo também submetidos à violência, sobretudo no atendimento nas ruas:

A questão da violência no território deixa a gente um pouco 'cabreiro' quando a gente está atendendo, eu pelo menos não consigo ficar focada só no atendimento, você tem que estar olhando mil coisas, porque a gente não pode se expor, passar por uma situação que vá expor muito a gente ao risco (...) a violência no território é um fator que dificulta muito. (profissional 4)

A fala do profissional acima revela mais um impacto que a violência apresenta no cuidado a esta população. O trabalho em territórios violentos requer que a equipe se esforce em criar estratégias de cuidado para a própria equipe, como por exemplo, estar no território sempre junto com mais profissionais (nunca ir sozinho para um trabalho de campo) - estratégia criada pela equipe da AP 3.3- ou estar sempre bem identificado no território, usando

jalecos, roupas que identifiquem que é um profissional da saúde, e utilizando crachá de forma visível.

6.2 Cuidado ampliado

O escopo de ofertas de serviços de todas as equipes de CnaR estudadas prevê o cuidado ampliado, que compreende os determinantes sociais, culturais, econômicos e biológicos que incidem sobre o processo saúde-doença. No caso da população em situação de rua, muitos são os fatores que incidem neste processo, pois conforme referido no item anterior, são pessoas que encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade social.

Ao ampliar o conceito de cuidado, o foco é retirado da atenção à doença e centrado na atenção ao sujeito. Há um deslocamento importante nesta dimensão, e para isso, é necessário repensar as práticas em saúde, desenvolvendo práticas que favoreçam a inclusão social dos sujeitos. Curvo, Matos, Sousa e Paz (2018) sinalizam a importância de uma abordagem integral das questões envolvendo a população em situação de rua com o objetivo de ampliar as ofertas de cuidado a esta população.

De acordo com o material analisado, os profissionais entrevistados compreendem a importância da construção de uma rede de suporte a estes usuários como forma de responder às suas demandas. Compreendem ainda, que se o setor saúde trabalhar de forma isolada, o cuidado fica precário e a situação de vulnerabilidade tende a permanecer. Ayres et al (2003) aponta que:

Uma tal ampliação de objetos e estratégias torna claro que as ações de redução de vulnerabilidade não podem se tornar efetivas e operacionais se as mantivermos restritas à esfera institucional da saúde. A ação intersetorial é fundamental. No mínimo saúde e educação, mas, quando conseguirmos articular também as áreas do trabalho, bem estar social, jurídica e cultural, as chances de melhores resultados se expandem proporcionalmente. (p. 136)

No entanto, a construção de rede ainda apresenta muitas dificuldades, assim como pensar a saúde de forma integral representa um desafio constante. Muitas vezes os dispositivos existem no território, mas não dialogam entre si. Este tema será aprofundado no eixo sobre articulação intersetorial.

Um dos profissionais entrevistados faz a análise de que é preciso desconstruir junto à rede a ideia de que o CnaR é um serviço especializado em população em situação de rua e existe para totalizar o cuidado a esta população. Até porque muitas demandas colocadas pela

população em situação de rua não podem ser respondidas pelas equipes de consultório na Rua, como por exemplo, as demandas por alimentação, habitação, emprego, acesso à renda, entre outras, pois extrapolam o setor saúde.

As pessoas se sentem muito despreparadas para atender a população em situação de rua e acabam nos vendo como grandes especialistas. E a gente tem um trabalho diário que nós não somos especialistas, não temos nenhuma formação específica para poder trabalhar com a população em situação de rua, mas a gente tem disponibilidade clínica, desejo com essa população, que a gente tem uma capacidade de escutar as pessoas, se conectar ao universo delas. (profissional 13)

Quando o trabalho ocorre de forma isolada, os profissionais encontram um limite claro em suas atuações profissionais, o que torna o trabalho desgastante e angustiante, além de comprometer seriamente a integralidade do cuidado.

Trabalhar com essa população é trabalhar com a falta, com tudo que falta. Falta de um suporte familiar. É trabalhar com violações de direitos. São populações que tem os direitos violados. Por mais que a gente saiba que mesmo que se o poder público desse uma casa para cada um, isso não garantiria que eles conseguissem dar conta de viver nessa lógica (...) são muitas violações de direitos que eles tem. De acesso a alimentação, de acesso a saúde, que por mais que a gente exista, eles tentam acessar outros serviços e não conseguem o atendimento. (...) Então é lidar com esses limites todos que são da política, lidar com o sofrimento humano, o sofrimento psíquico, porque o que o levou àquela situação, a chegar naquele ponto? Muitas das vezes são questões macro sociais e questões subjetivas, questão de vida, ali daquela singularidade da pessoa. (profissional 13)

Historicamente o trabalho com a pessoa em situação de rua vem muito da igreja, eles convocam essa coisa da caridade, da benevolência, querendo ou não, por mais que a gente seja pessoa esclarecida, mas isso convoca a gente a querer resolver os problemas do outro de forma muito onipotente que só a religião é assim, e aí às vezes perde um pouco a dimensão de articular e produzir autonomia e ampliar a rede daquela pessoa. E às vezes o serviço de saúde, não só o consultório na rua, fica querendo dar conta de tudo e aí não dá. Ou a gente adoece ou o paciente vai se frustrar, é um ou outro. É o que acontece, a gente não vai dar conta de resolver habitação, documentação, moradia, benefício (...) mas acho que o que precisa é de um trabalho intersetorial, de envolver outras secretarias. (profissional 19)

De acordo com as entrevistas, e refletindo sobre as barreiras de acesso às políticas sociais encontradas pela população em situação de rua, é possível compreender que o foco do trabalho das equipes de CnaR deve ser a produção de autonomia, visando o exercício de cidadania. Esta é uma questão apontada por diversos profissionais. Ser recebido nos

equipamentos públicos, sem a necessidade de acompanhamento e/ou encaminhamento de profissionais das equipes de Consultório na Rua deve ser um dos objetivos do trabalho.

É comum que o usuário não se reconheça como sujeito portador de direitos por estar na condição de situação de rua, muito porque concretamente estão colocadas barreiras de acesso aos direitos, mas também porque em seu imaginário, ele não pode ter acesso aos direitos. Os profissionais identificam que é urgente esta questão e reconhecem a necessidade de construir um trabalho com os usuários que visem o reconhecimento de suas cidadanias e na direção de construção de autonomia.

Este fato converge com diversas literaturas, no sentido de que não é possível construir políticas de equidade que visem intervir na situação de vulnerabilidade sem o debate sobre autonomia. Ayres et al (2003) apontam o papel essencial do sujeito que se encontra em situação de vulnerabilidade na construção de sua saúde. Não se trata de dispensar o papel do profissional de saúde, mas de ser uma construção conjunta, na medida em que o profissional também terá papel relevante na disseminação de insumos e informações que possibilitem que os sujeitos que se encontram em vulnerabilidade possam se apropriar e serem autores de suas próprias estratégias de cuidado.

Para além disso, Trino, Machado e Rodrigues (2015) indicam a necessidade de se construir um trabalho também direcionado à afirmação dos deveres enquanto cidadãos, afirmando que há um risco em compreender a população em situação de rua apenas como sujeitos de direitos, desta forma desenvolvendo ações de cunho assistencialista e paternalista. Ao contrário disto, há de se afirmar seus direitos, deveres e a construção de um cuidado de responsabilidades compartilhadas entre usuários e profissionais, e deste modo direcionando o trabalho à construção de autonomia.

Os profissionais entrevistados apontam que o cuidado produzido pelas equipes de CnaR favorece o desenvolvimento de autoestima nos usuários, o que tende a impactar sobre como os sujeitos olham para si mesmos, como se reconhecem. Uma profissional relatou o caso de um usuário que, no início do acompanhamento encontrava-se muito desorganizado, sem conseguir construir perspectivas de vida, mas que ao longo do acompanhamento foi retomando algumas questões importantes para ele e reconstruindo laços sociais. Atualmente encontra-se trabalhando formalmente e desfila numa escola de samba carioca, processo que a profissional sinaliza como motivo de orgulho do trabalho da equipe.

Este é um relato muito comum. Conforme apontado anteriormente, é frequente que os usuários busquem atendimento em saúde a partir de uma demanda urgente, mas o

acompanhamento permite que outras questões apareçam, permitindo que o cuidado seja produzido a partir da vida do sujeito, de forma a acolher sua singularidade.

Todas as equipes compreendem as atividades socioculturais como atividades que integram seu escopo de ações. Identificam o lazer como parte da produção de saúde. Todos os profissionais demonstram desejo em realizar tais atividades, no entanto, as equipes que afirmam que não conseguem realizá-las, e associam este fato à falta de recursos para as mesmas.

Compreende-se que ocupar os espaços da cidade de outra forma também tende a favorecer um deslocamento sobre suas percepções de si mesmo, o que pode impactar nas suas percepções sobre cidadania. Apresento um exemplo de minha prática profissional a este respeito: certa vez durante um passeio a um parque da zona norte do Rio de Janeiro, onde os usuários puderam se banhar num chafariz, fazer piquenique, andar de bicicleta e jogar bola, um dos usuários relatou que sempre frequenta o referido parque para garimpar, e que nunca tinha cogitado a hipótese de banhar-se no chafariz, como os outros frequentadores fazem, por acreditar que seria expulso do local. Esta fala provocou uma reflexão nos outros usuários, que avaliaram a atividade como a possibilidade de estar no mesmo local onde frequentam, mas de outra forma, como uma pessoa comum, e acrescento, exercendo um direito que para a população em geral pode parecer corriqueiro, mas que para a população em situação de rua, muitas vezes sequer existe.

O lazer, a cultura, a saúde, a assistência social e os diversos pontos da rede intersetorial são importantes apoios no que diz respeito às garantias dos direitos da população em situação de rua e à abordagem da saúde de forma ampliada e abrangente. Albuquerque (2006) afirma que a ampliação da rede de suporte do usuário significa também a possibilidade de construção de sua autonomia. Campos e Amaral (2007) concordam com esta afirmação e apontam que a autonomia pressupõe que o indivíduo possa contar com uma rede de suportes, segundo os autores:

Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante (...), o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida. (...) A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo

saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros. (p. 852)

Outra questão importante que permeia a discussão sobre o cuidado ampliado é a diretriz da redução de danos, compreendendo-a como a ampliação da vida, conforme apontado por Lancetti (2013).

O trabalho norteado pela redução de danos significa a construção de um trabalho que visa ampliar as possibilidades de vida do sujeito, considerando este sujeito em sua singularidade. Pressupõe a troca entre profissionais e usuários e privilegia o diálogo, a escuta e a reflexão e objetiva reduzir danos de práticas que possam causar riscos à vida do sujeito em questão. Conforme discorrem Trino, Machado e Rodrigues (2015):

A redução de danos contribui, entre outras coisas, para possibilitar informações adequadas sobre riscos, danos, práticas seguras, saúde, cidadania e direitos, criando dessa forma melhores condições para que as pessoas possam tomar suas decisões, buscar atendimento de saúde (se necessários) e estarem inseridas socialmente em um contexto de garantias de direitos e cidadania. (p. 40)

Os autores destacam a importância de se construir cuidado de acordo com as possibilidades do sujeito e com a corresponsabilização deste sujeito em seu processo de cuidado para não causar sentimento de impotência e frustração na equipe.

Embora este estudo compreenda a redução de danos de forma ampla, como uma perspectiva de defesa da vida e não restrita ao uso de drogas, é possível concluir que muitos profissionais entrevistados associam a redução de danos ao uso abusivo de drogas, referindo práticas de redução de danos tão somente como a troca e distribuição de insumos, orientação sobre a necessidade do uso de preservativos nas relações sexuais como forma de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, e orientação sobre o uso de drogas, objetivando a diminuição deste uso, e não dos danos causados por práticas que podem expor ao risco.

Além disso, vale ressaltar que ao pensar na ampliação do conceito de cuidado, conforme referido anteriormente, é essencial pensar na construção do trabalho em saúde para além do prescritivo, que inclua novas formas de cuidado. Campos e Amaral (2007) ressaltam que a clínica ampliada exige a reorganização do processo de trabalho, pois compreende não apenas as questões biológicas, mas também as questões subjetivas e a dimensão social. Além disso, para a compreensão do problema de saúde, será necessário compreender a história de

vida do sujeito, identificando sua rede de apoio e proteção e os fatores de risco que incidem sobre sua vida.

Desta forma, os recursos terapêuticos tendem a se ampliar também. Segundo os autores, na clínica ampliada há a valorização da escuta e da palavra, da educação em saúde e da rede psicossocial.

Fica evidente no material analisado que os profissionais das equipes valorizam o uso de outras tecnologias de cuidado, para além das tradicionalmente utilizadas na saúde. Reconhecem a importância dos momentos de escuta, a palavra do sujeito, incluem no processo de cuidado a história de cada usuário, além da educação em saúde e do trabalho em rede.

Ademais, outro ponto que deve ser enaltecido no cuidado ampliado é o diálogo entre os diferentes saberes. Campos e Amaral (2007) sugerem que a clínica ampliada deve recorrer a conhecimentos de outras áreas para melhor compreensão do “funcionamento do sujeito”: saúde coletiva, psicologia, ciências sociais e políticas, antropologia, pedagogia, entre outros.

Assim sendo, a reorganização dos serviços ocorre em todos os níveis, e também exige a desconstrução de um saber hegemônico, ou seja, é preciso considerar os diversos saberes profissionais para a construção de um trabalho coletivo e interdisciplinar. Os autores indicam que haja nos serviços a organização de práticas que favoreçam a reconstrução do conhecimento, como educação continuada e a construção de PTS. No caso das equipes de CnaR analisadas, é possível identificar a valorização da equipe multiprofissional e a compreensão de que o trabalho só é possível se compartilhado entre os diferentes profissionais. Fica evidente que não há um saber hegemônico, e que há a valorização também dos agentes sociais de saúde, trabalhadores que não possuem especialização na área da saúde, mas que possuem experiências sobre o território e sobre população em situação de rua, portanto, essencial para a concretização do trabalho.

Isto posto, para a construção de um cuidado ampliado é fundamental pensar práticas que ampliem o olhar sobre as questões da população em situação de rua e, desta forma, desenvolver um trabalho que objetive construir autonomia, na direção da afirmação dos direitos e deveres das pessoas em situação de rua. Imperativo se faz, portanto, que o cuidado seja compartilhado em rede, entre os diversos setores.

6.3 Acesso a políticas sociais

Um dos maiores objetivos das equipes de CnaR é promover o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. Compreendendo a saúde em seu conceito ampliado, podemos considerar que é função das equipes de CnaR promover o acesso à saúde e às demais políticas sociais. Como discutido anteriormente, a população em situação de rua encontra diversas barreiras no acesso às políticas públicas mantendo um quadro grave de exclusão social.

Discutir a questão do acesso da população em situação de rua às políticas sociais é extremamente importante, conforme apontam Carneiro Júnior, Jesus e Crevelim (2010), visto que o acesso ou o não acesso revela o caráter político e social da formulação das políticas, que podem ressaltar o caráter excludente da sociedade. Sinalizam ainda que a existência dos serviços não garante o acesso a eles.

Fica evidente nas entrevistas que as barreiras encontradas pela população em situação de rua no que diz respeito ao acesso às políticas públicas ainda são constantes, e o próprio acesso à saúde ainda está muito aquém do ideal. Em todo material analisado é possível identificar diversos exemplos de situações em que a falta de acesso produziu efeitos muito ruins para os usuários e para os profissionais.

Garantir o acesso aos demais níveis de atenção (atenção secundária, terciária e emergências) não é simples, seja devido aos trâmites burocráticos, como solicitação de documentação e comprovante de residência para o atendimento, ou pelo preconceito e estigma que estas pessoas sofrem.

Vale contextualizar aqui as formas de encaminhamento para outros níveis de atenção à saúde, realizado por todas as equipes de Consultório na Rua. A maior parte das questões clínicas dos usuários são passíveis de serem atendidas na própria unidade de saúde onde está baseado o CnaR. No entanto, quando há a necessidade de consultas ambulatoriais especializadas, ou quando há a necessidade de solicitação de exames mais complexos (que não são realizados pela APS, como por exemplo, tomografias, ressonâncias magnéticas, dentre outros), é preciso buscar vaga para a consulta ou exame por meio de um sistema de regulação de vagas, o SISREG. Trata-se de um software desenvolvido nacionalmente pelo Departamento de Informática do SUS (DataSUS) objetivando qualificar e aprimorar a regulação de vagas.

O SISREG aparece nas entrevistas como um grande obstáculo para o sistema de saúde, sobretudo para as pessoas em situação de rua. Diversos exemplos foram dados por profissionais sobre as dificuldades com os encaminhamentos, tanto no que diz respeito ao

tempo de espera para uma consulta, quanto nos vários outros empecilhos encontrados quando a vaga está regulada.

Sobre o tempo de espera pela vaga, um exemplo dado por um profissional médico é de um usuário homem, com cerca de 30 anos, em situação de rua, com sintomas de grande perda de peso e diarreia com sangue. Após seu atendimento foram solicitados exame (colonoscopia) e consulta em proctologia via SISREG, no entanto, a consulta e o exame foram marcados cinco meses após o atendimento. O profissional mostrou-se angustiado e indignado com o tempo de espera para uma situação que avaliava ser grave.

Há consenso de que o tempo de espera é grande para qualquer pessoa, domiciliada ou não, no entanto, vale frisar que as barreiras de acesso que se colocam para a população em situação de rua são inúmeras e limitantes. Além de ser uma população com poucos recursos sociais e materiais, detém poucos recursos de autocuidado em relação a saúde, o que pode agravar seu quadro de saúde ainda mais. Utilizando como exemplo a situação supracitada do usuário com perda de peso e diarreia, é possível que este usuário não tenha acesso à alimentação adequada, à possibilidade de repouso (estes usuários, em geral, trabalham, e por vezes em atividades que exigem esforço, como o garimpo ou carga e descarga). Ademais, a própria situação de exclusão social pode fazer com que ele encontre diversas barreiras caso precise de um atendimento de emergência, como veremos adiante.

Além disso, como trata-se de uma população andarilha, é possível que o grande tempo de espera pela vaga faça com que a pessoa não esteja mais sendo acompanhada pela equipe, por ter ido para outros lugares e portanto, deve-se levar em consideração a dificuldade em localizar tais pessoas, sobretudo em espaços de tempo longos.

Outras questões aparecem quando a vaga já está regulada, como por exemplo profissionais que negaram-se a atender o usuário porque este não havia tomado banho, ou porque não conseguiu chegar no horário agendado, ou por não estar com documentações. Um profissional relata que um usuário necessitava fazer um exame específico para o joelho e tinha que tirar a calça jeans para a realização do exame, mas o usuário estava sem cueca. Por esta razão o profissional que ia executar o exame negou-se a realizá-lo. O usuário só pôde realizar o exame porque estava acompanhado por um profissional da equipe de CnaR, que foi até o setor de serviço social da unidade e conseguiu uma peça de roupa para que ele fizesse o exame.

Outros obstáculos ainda se apresentam, como a distância do local da consulta ou exame e a falta de dinheiro para o deslocamento do usuário. Como o SISREG não é um sistema regionalizado, a vaga para consulta ou exame pode ser regulada para qualquer

unidade de saúde do município onde haja oferta, sem levar em consideração o território geográfico do usuário em questão.

No entanto, apesar das adversidades encontradas, é preciso registrar que muitas são as estratégias criadas pelas equipes de Consultório na Rua para lidar com estas dificuldades. Uma delas é o usuário ir às consultas e exames acompanhados por profissionais das equipes, como nos casos relatados acima. Objetivando mediar as situações de entraves, todas as equipes referem este acompanhamento, sobretudo para usuários que se encontram mais desorganizados. Este acompanhamento não é realizado sem crítica pelos profissionais, que mostram-se angustiados com as dificuldades ainda encontradas, visto que existem legislações que garantem o atendimento em saúde para população em situação de rua, mesmo sem documentos de identificação e comprovante de residência.

Além disto, este acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde remete a uma discussão recorrente quando tratamos da população em situação de rua, que é o limite entre tutela e cuidado. Trino, Machado e Rodrigues (2015) afirmam que existem expressões de ações tutelares meramente assistencialistas que reforçam o vitimismo dos sujeitos, colocando-os no lugar de quem não é capaz de responder por si próprio, ocultando seus desejos e vontades. Ao mesmo tempo, para populações em grande vulnerabilidade social é possível considerar a necessidade de ações tutelares que expressem um grau maior de cuidado e acesso aos direitos, podendo promover a construção de autonomia, como é o caso do acompanhamento aos serviços de saúde para garantir o acesso.

Merhy (1998) apresenta esta importante discussão sobre casos nos quais a tutela por parte do Estado faz-se necessária como forma de garantir direitos. Expõe sobre dois tipos de tutela: as que tem efeito castrador, como referido em seu artigo, e as que tem efeito positivo na construção da autonomia. O autor refere que a tutela castradora é aquela que “*expropria o auto-caminhar*” do indivíduo, ou seja, ela faz com que o indivíduo não seja mais o sujeito de sua própria vida, impedindo que a pessoa faça escolhas e possa agenciar a própria vida. Compreender os indivíduos como vítimas de determinado processo e como alvos de ações caritativas pode torná-los indivíduos tutelados de forma a coibir seus desejos e escolhas.

Já a tutela que propõe-se a produzir autonomia é aquela que precisa ser utilizada em casos nos quais os indivíduos não conseguem por si próprios garantir seus direitos. Assim sendo, faz-se necessário que o Estado atue assumindo a corresponsabilidade de garantir o acesso destes indivíduos ao campo dos direitos. Segundo Merhy, “*a tutela automatizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar libertação.*” (p. 2)

Dificuldades adicionais apresentam-se no acesso às emergências. Quando uma situação de emergência é detectada em atendimento nas unidades bases das equipes de CnaR, onde há a necessidade de maior suporte clínico, é preciso regular vaga de urgência e emergência por meio de uma plataforma denominada “Vaga Zero”, que conta com um regulador médico, que avalia a situação e determina, dependendo da complexidade do caso, para qual unidade de urgência ou emergência o usuário será transferido. O transporte do usuário é feito em ambulâncias da rede municipal. Nestas situações, os profissionais das equipes também se organizam para acompanhar os usuários para garantir que o atendimento seja realizado. Em caso de internação hospitalar, a equipe continua acompanhando, sobretudo no momento da alta, para garantir a continuidade do cuidado do usuário.

É preciso destacar que a alta hospitalar, dependendo da situação em que o usuário se encontra, é um momento bastante delicado, pois a alta pode ser dada em momento inoportuno, sem levar em consideração as singularidades do sujeito em questão. Muitas vezes, o usuário já não apresenta um quadro que justifique sua hospitalização, no entanto, devido às condições de vida do sujeito (que pode incluir falta de alimentação adequada, local de permanência insalubre, uso prejudicial de drogas, entre outras situações), este deveria permanecer por mais tempo na internação até atingir um quadro clínico que lhe permitisse voltar à rua. A profissional a seguir faz um relato sobre estas situações, demonstrando as dificuldades: *“Quantos pacientes meus já morreram assim, no dia seguinte o paciente estava na rua. Dois, três dias depois morre.” (profissional 2)*

Esta situação é reforçada por minha prática profissional, onde cotidianamente há a necessidade de discutir o caso dos usuários antes de sua alta hospitalar. Em minha equipe acompanhamos um caso emblemático, no qual o usuário necessitava de um local para permanecer enquanto tomava medicação para trombose, conforme diagnosticado. Havia esta necessidade, visto que para se alimentar, o usuário trabalhava como “chapa”, conforme ele mesmo se identificava, ou seja, trabalhava realizando carga e descarga de caminhão. Foi orientado a não realizar tal atividade, visto que o risco que corria em machucar-se era grande, o que poderia causar uma hemorragia devido à medicação que tomava. Objetivando o acesso do usuário a serviços da rede de cuidados, foi solicitada vaga em abrigo municipal. No entanto, apesar dos esforços do serviço responsável pela solicitação desta vaga, a resposta afirmativa sobre o abrigamento demorou cerca de duas semanas, o que comprometeu o cuidado ao usuário.

Por estas razões as equipes compreendem a necessidade de acompanhar o usuário no momento da alta, o que lhes permite discutir a situação clínica com os profissionais

responsáveis, podendo explicitar todas estas questões, visto que as equipes de CnaR acompanham os usuários em seus territórios e tem maior propriedade para falar de seus modos de vida.

Conforme apontado anteriormente, não existe ainda um sistema de prontuários integrados, onde ações de diversos equipamentos de saúde pudessem ser registradas. Caso existisse esta integração no prontuário haveria um importante instrumento de informação sobre o processo de saúde de um usuário, o que seria muito eficiente para o acompanhamento longitudinal dos usuários do SUS. Embora não ocorra ainda, há a proposta de que as informações de saúde dos usuários do SUS fiquem registradas em seu CNS, o que funcionaria no modelo de prontuário integrado, no entanto, muitas são as dificuldades para que isto seja implantado no Brasil todo.

Além disso, é preciso considerar que a situação de pós-alta hospitalar requer cuidados que estão para além do alcance das equipes de CnaR. Nestas situações, os profissionais compreendem que se faz necessário que se amplie a rede de atenção ao usuário para que ele possa ter seu cuidado potencializado.

Além dos encaminhamentos, o usuário também pode buscar atendimento sozinho, em UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) ou emergências, em outras unidades de atenção primária ou nos serviços de portas abertas, como os CAPS. Uma profissional relata sobre um caso acompanhado por sua equipe que a deixou indignada: um senhor que ficava em situação de rua e foi a uma UPA queixando-se de muita dor no ouvido. Em avaliação realizada pelo médico da unidade, foi constatado que o usuário encontrava-se com um inseto (barata) no ouvido, no entanto, o médico não retirou o inseto e não passou nenhuma medicação para a situação de dor. A condução do caso foi modificada apenas quando a equipe do CnaR foi até a UPA junto com o usuário para discutir a situação de negligência vivenciada por ele com a coordenação da unidade, e assim o senhor foi prontamente atendido e duas baratas foram retiradas de seu ouvido.

Pode-se avaliar que houve, além de omissão de socorro, a banalização de uma situação que exigia cuidado, a qual poderia ter sido conduzida de forma diferente, com respeito e ética. No entanto, a conduta do profissional médico não atendeu a estes preceitos.

É possível compreender, de acordo com as entrevistas, que o acesso às Unidades Básicas de Saúde tem ocorrido de forma gradual. Os profissionais relatam que apesar das dificuldades ainda existentes, os usuários têm conseguido acesso, sobretudo nas unidades básicas onde já existe um trabalho compartilhado entre equipes de Saúde da Família e CnaR.

Avaliando-se sob a perspectiva intrasetorial é possível concluir que existe boa parceria com o CAPS e outros serviços da RAPS, como as unidades de acolhimento. Com exceção das equipes da AP 1.0, que não possuem CAPS em seu território, todas as outras equipes demonstram boa aproximação com os CAPS, incluindo fluxo semanal de acompanhamento dos usuários nos serviços e discussão e atendimento conjunto dos casos.

Sobre o acesso às políticas públicas da rede intersetorial, a política de assistência social é a política que está mais próxima das equipes de CnaR. Por esta política ter serviços destinados à população em situação de rua, como os CREAS e os Centros Pop, estabelecer parceria com este setor, assim como encaminhar os usuários, é menos difícil. No entanto, existem dificuldades, sobretudo no entendimento sobre o que é cuidado para a população em situação de rua. A profissional a seguir faz uma avaliação:

(...) A questão toda é que são paradigmas de cuidados distintos, e isso interfere completamente. A gente tem um paradigma e eles tem outro, então na maior parte das vezes gera um certo conflito. Então isso demanda de nós profissionais estar muito de perto até matriciando estes profissionais para eles entenderem qual a nossa referência de cuidado, qual a direção de trabalho que a gente tem com aquele sujeito para que eles possam somar forças com o nosso trabalho. (profissional 13)

Podem existir divergências na compreensão de que estar em situação de rua pode significar tão somente a violação do direito à moradia, ou podem ter outros diversos significados; ou ainda, sobre o uso de drogas de um usuário: pode-se haver o entendimento de que o usuário deve manter-se em abstinência para acessar o serviço (como por exemplo, os abrigos municipais), ou pode-se haver a compreensão de que isto não deve ser uma exigência, posta a dificuldade do usuário manter-se abstêmico. Para superar estes impasses é necessário ter diálogo constante entre os setores e alinhamento dos conceitos norteadores do trabalho.

Contudo, segundo os profissionais, existe uma grande falta de comunicação entre os setores, o que compromete a direção de trabalho construída com o usuário, e faz com que haja sobreposição de trabalho. Outras parcerias também são citadas pelos entrevistados, como: Secretaria de Trabalho e Renda e Defensoria Pública, principalmente.

A criação de espaços de diálogo entre os setores é um desafio da Política para a população em situação de rua, conforme reconhece o Ministério da Saúde em cartilha sobre o cuidado de pessoas em situação de rua (BRASIL, 2015).

Trino, Machado e Rodrigues (2015) também discorrem sobre o desafio e a importância da construção destes espaços de diálogo entre os setores, compreendendo que existe a

necessidade de se buscar um alinhamento conceitual para sustentar a criação de uma rede potente.

Todas as equipes enfatizam a necessidade de garantir o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde, assim como em outros dispositivos da rede intersetorial como forma de responder às necessidades da população em situação de rua.

6.4 Práticas intersetoriais

Como dito anteriormente, ainda que existam dispositivos compondo a rede de cuidados à população em situação de rua, fica evidente a falta de diálogo entre os setores, bem como, a falta de um planejamento instituído entre as Secretarias.

Curvo, Matos, Sousa e Paz (2018) referem que o diálogo intersetorial é fundamental para a construção do cuidado integral. Além disto, conforme nos aponta Monnerat e Souza (2014), a intersetorialidade constitui-se como um ferramental importante para incidir nas situações de exclusão social e na insuficiência resposta produzidas por políticas setorializadas.

Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010) indicam a necessidade de se construir um trabalho intersetorial a fim de enfrentar os determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença. A intersetorialidade, portanto, constitui-se como uma condição intrínseca para garantir o cuidado integral à população em situação de rua. Para garantir a integralidade é necessária a parceria entre diversas secretarias de forma a garantir direitos de moradia, educação, trabalho, lazer, assistência social, entre outros.

Pode-se constatar que o trabalho intersetorial é construído, muitas vezes, pelos próprios profissionais, a partir dos casos acompanhados pelas equipes, para os quais os setores, individualmente, buscam responder às demandas dos usuários. Ou seja, pode-se afirmar que existe o encaminhamento para os serviços, mas falta a articulação entre os serviços da rede.

Profissionais se esforçam para construir um fluxo de trabalho com outros setores, pois compreendem a importância desta articulação intersetorial. No entanto, quando o fluxo é construído por profissionais e não pela gestão, tal articulação pode tornar-se frágil por diversos motivos, como o desligamento dos profissionais que organizam o fluxo, a falta de recursos para a construção do fluxo intersetorial, a falta de fomento da gestão, entre outros. Junqueira (2000) afirma que para a construção de um trabalho intersetorial que seja sustentável é necessário que a gestão se responsabilize por alterar a organização e estrutura de sua política objetivando superar a lógica da fragmentação das políticas.

Um bom exemplo foi trazido por uma entrevistada. Em dois momentos durante o trabalho numa das equipes de CnaR ela tentou construir uma parceria mais próxima com serviços do território que atendem pessoas que sofrem violência de gênero. Foram marcadas reuniões e representantes dos serviços compareceram, porém, houve apenas a apresentação dos serviços e não a construção de fluxos, como a entrevistada gostaria que acontecesse.

Apesar disto, considera-se que seja muito importante que os serviços se conheçam, que saibam as práticas de trabalho uns dos outros. Uma profissional sinaliza esta importância, referindo que sua equipe sempre era acionada pelo Ministério Público para fazer “recolhimentos” - tirar pessoas da rua - como se esta fosse uma função do CnaR. Tiveram uma boa experiência quando se aproximaram deste órgão e puderam explicar as atribuições das equipes de CnaR e como se dá o trabalho no cotidiano, e a compreensão de que as pessoas em situação de rua tem o direito de escolher estar onde elas desejarem.

Além disso, outro obstáculo da articulação intersetorial é a falta de comunicação entre os setores. Muitas vezes os profissionais disponibilizam os contatos pessoais para discussão de caso e para o diálogo com os profissionais das demais instituições. Uma das profissionais entrevistadas vê a necessidade de ser criada uma ferramenta institucional para melhorar a comunicação entre os serviços e sugere que poderia ser criado um grande prontuário, onde pudessem ser sistematizadas as ações conduzidas por serviços públicos.

Apesar de muitas dificuldades, é possível colher no material analisado que algumas experiências de reunião de rede têm sido potentes para a construção de um trabalho intersetorial, ainda que estas experiências não estejam sendo promovidas pela gestão.

Em duas áreas (AP 5.1 e AP 5.3) ocorrem reuniões de rede, nas quais diversos serviços se reúnem para discutir o cuidado da população em situação de rua, especificamente. Estas reuniões incluem discussão de caso e a construção de fluxos para o compartilhamento do cuidado. Um profissional faz uma avaliação de tais encontros:

Então você consegue transcender bastante dificuldade quando os serviços se unem, então acho que a resposta para casos complexos é a junção desses serviços, mas não é só se juntar para discutir, mas é se potencializar. Um potencializar o outro. (profissional 25)

Para além das reuniões nas áreas, outras experiências podem ser citadas. Um exemplo de reunião de construção de fluxo que tem sido exitosa é o Grupo de trabalho Drogas, Maternidade e Convivência Familiar, apontado por uma profissional. Este grupo surgiu em 2013, formado por profissionais que integravam as equipes de CnaR, profissionais da justiça,

sobretudo do Ministério Público e Defensoria Pública, e profissionais que atuam nas maternidades, para discutir sobre a maternidade, a situação de rua e o uso de drogas. Era, e ainda é, muito comum que gestantes em situação de rua, quando vão ter seus bebês nas maternidades, sejam separadas de seus filhos pelo fato de estarem em situação de rua e/ou serem usuárias de drogas, em uma atitude que desconsidera o trabalho anterior realizado pelas equipes. Este grupo de trabalho (GT) foi então criado como um espaço de reflexão desta problemática, no qual foram criados fluxos de discussão de casos e juízes e promotores foram sensibilizados para a temática.

Além disto, merece destaque algo que foi fruto deste GT: a criação de um projeto denominado “Espaço Eloos”, criado em 2016 e inaugurado em 2017, constituiu-se como um espaço destinado a acompanhar e acolher gestantes e puérperas em situação de rua que possuíam relação abusiva e prejudicial com as drogas. Tinha como diretriz a redução de danos e o fortalecimento da rede de cuidados da usuária e de seus filhos. Funcionava em regime de co-gestão da prefeitura do Rio de Janeiro e de uma organização social (Organização Social Viva Rio) e era custeado pelo governo federal, por meio do “Plano Crack, é possível vencer”. Apesar de alguns indícios de ser um projeto relevante e de já ter tido mulheres e bebês em acolhimento, por falta de verba e questões burocráticas, o projeto acabou menos de um ano após sua inauguração.

Outro fruto do supracitado Grupo de Trabalho apresentado por profissionais da AP 1.0 são reuniões sistemáticas entre a equipe de CnaR, os profissionais que atuam na maternidade do território de atuação da equipe, e os profissionais da assistência social. Nestas reuniões são discutidos os casos das gestantes atendidas pelo CnaR, assim, a equipe da maternidade já conhece o caso antes mesmo da gestante dar entrada na maternidade, o que tende a facilitar o acesso da gestante e potencializar seu cuidado.

Outros quatro espaços que possuem proposta intersetorial e que são considerados importantes em minha prática profissional são: Fórum Estadual de População Adulta em Situação de Rua do Rio de Janeiro; Fórum Intersetorial de Consultórios na Rua do Estado do Rio de Janeiro, Reunião da Rede de Apoio de Egressos do Sistema Penitenciário e Grupo de Trabalho Documentação, População em Situação de Rua e Saúde Mental.

O Fórum Estadual de População Adulta em Situação de Rua teve início em 2001 e é organizado pelos movimentos sociais que defendem os direitos da população em situação de rua. Tem como objetivo discutir temas relacionados à população em situação de rua do Estado do Rio de Janeiro, bem como ser um espaço para acolher denúncias de violações contra esta população. Além disso, constitui-se como um espaço de articulação política, organização e

apoio dos movimentos sociais e construção de cursos, seminários e eventos sobre temas relacionados à população em situação de rua. Ocorre mensalmente e é um espaço aberto para a participação de todas as instituições e movimentos sociais.

O Fórum Intersetorial de Consultórios na Rua do Estado do Rio de Janeiro teve início em 2014 e é organizado pela Secretaria Estadual de Saúde e ocorre de forma bimestral. Trata-se de um espaço destinado a discutir questões que perpassam o cuidado produzido pelas equipes de CnaR do Estado do Rio de Janeiro. Como muitas questões são intersetoriais, o fórum convida diversas instituições a participar. No entanto, a participação de outros setores é insuficiente (em geral, comparecem apenas alguns profissionais vinculados a serviços da política de assistência social). É importante ressaltar que esta atividade pode ser muito potente, na medida que a gestão convoca outros setores das políticas públicas para discutir questões relacionadas ao CnaR, no entanto, embora tenha baixa participação dos setores e estes encontros tenham iniciado em 2014, a regularidade dos encontros teve início no ano de 2018, ou seja, trata-se de uma proposta ainda em fase de implementação e fortalecimento.

A Rede de Apoio de Egressos do Sistema Penitenciário (RAESP) teve início em 2006 e constitui-se como uma rede que objetiva a inserção social de egressos do sistema penitenciário. As reuniões ocorrem mensalmente e significa um importante espaço de discussão, pois muitos usuários do CnaR são egressos do sistema penitenciário, o que aumenta o grau de vulnerabilidade que vivenciam por estarem em situação de rua.

O Grupo de Trabalho Documentação, População em Situação de Rua e Saúde Mental é um espaço organizado pelo Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de discutir temas relacionados à população em situação de rua e usuários com transtornos mentais e ao acesso a documentações básicas. Trata-se de uma reunião aberta e bimestral.

Todas estas reuniões constituem-se como espaços privilegiados de trocas de saberes e possibilidade de discussão de questões relacionadas a população em situação de rua. É de suma importância que tanto a gestão quanto os trabalhadores das políticas públicas possam participar e fortalecer estes espaços para dar sustentabilidade a estas ações intersetoriais.

Um exemplo de articulação bastante potente, mas que por falta de recursos não se sustentou, foi a articulação com os restaurantes populares¹⁰. Três equipes de CnaR (as duas equipes da AP 1.0 e da AP 3.3) tinham uma articulação com estes restaurantes e conseguiam

10

Faziam parte do Programa de Segurança Alimentar do Estado do Rio de Janeiro. Criados a partir do ano 2000, os restaurantes populares forneciam alimentação por preço acessível para a população. Tiveram suas atividades encerradas a partir de 2016 por falta de verba.

com que os usuários que realizavam tratamento para tuberculose ou HIV obtivessem alimentação gratuita, mediante encaminhamento da própria equipe. Com o passar do tempo, usuários com outras enfermidades e agravos puderam acessar este fluxo, como pacientes que faziam curativo diariamente para feridas crônicas. Era de suma importância esta articulação, pois garantia alguma alimentação para quem estava em condição de saúde mais delicada.

É importante registrar que a articulação intersetorial entre secretarias, promovidas pela gestão é essencial para este trabalho. A partir do conceito de equidade, é preciso que as secretarias se impliquem em construir uma política pública intersetorial, que compreenda as singularidades da população em situação de rua e que seja capaz de responder às demandas desta população.

Reiteramos a necessidade da criação de espaços de trocas entre os setores, conforme discutido anteriormente, objetivando a criação de uma rede que tenha sustentabilidade, o que será construído na medida em que os setores puderem cooperar e potencializar esta rede. Conforme discorrem Trino, Machado e Rodrigues (2015)

Dada a complexidade de situações, de demandas e de necessidades que esta população tem, é imprescindível o investimento focado no cuidado compartilhado e implicado em rede. Para isso, é fundamental aos gestores e trabalhadores o investimento em processos de gestão e trabalho que garantam a sustentabilidade das redes. Não se pode construir redes apenas para se servir delas. Redes que não são cooperativas, que não compartilham, que não tem implicação e responsabilização, são insustentáveis. (p.32)

Outra questão importante é apontada por Onofre, Prado e Silva (2016) sobre a dificuldade do diálogo entre os parceiros da rede. Em seus estudos, os autores apresentam um caso complexo acompanhado por diversos serviços da rede de saúde e intersetorial. Na situação em questão foi preciso criar espaços de discussão do caso para então compartilharem o cuidado ao usuário. No entanto, a cada encontro entre os setores existia um sentimento de baixa resolutividade devido à necessidade de reuniões constantes para discussão. Os autores chamam atenção que para a construção de um cuidado de fato compartilhado é necessário que se ampliem os diálogos, os prazos, os fluxos, em nome da possibilidade de se produzir um trabalho eficaz. Ou seja, na construção do trabalho intersetorial é preciso superar a ansiedade pela resolutividade em virtude de construir um trabalho que seja potencialmente qualificado e que responda a complexidade dos casos acompanhados.

Além disto, concorda-se com Louzada (2015) quando a autora sugere que é preciso superar a hierarquização dos saberes entre profissionais e serviços, possibilitando a troca e o

compartilhamento de saberes, assim como, a construção de novos paradigmas de cuidado que favoreçam a construção de autonomia da população em situação de rua.

Vale registrar que embora perguntado aos profissionais sobre a articulação com outros setores (como educação e justiça), esta articulação aparece pouco nas entrevistas. A maioria dos entrevistados ressalta a articulação entre os serviços de saúde e os serviços da política de assistência social. É importante apontar que esta ausência dos outros setores reflete um quadro de distanciamento entre a saúde e outras políticas sociais (para além da Assistência social).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para estudar as equipes de CnaR se fez necessário, ao longo deste trabalho, refletir sobre as práticas de cuidado ampliado em saúde, os conceitos de vulnerabilidade, autonomia e tutela, violações de direitos, temas intimamente relacionados à população em situação de rua, sobretudo para discussão sobre a intersetorialidade.

Além disto, foi preciso realizar um breve resgate histórico e normativo sobre a APS e sistematizar o atual panorama do Município do Rio de Janeiro em relação às equipes de CnaR, bem como caracterizar seus territórios de abrangência, a fim de contextualizar este estudo.

Ao final deste texto, e diante de todo o exposto, constata-se que a intersetorialidade constitui-se como uma estratégia essencial para intervir em situações de vulnerabilidade social, em expressões da questão social.

Ficou claro no decorrer deste estudo que muitas são as situações de violação de direitos a que a população em situação de rua está submetida. Foram encontrados inúmeros relatos no material analisado, sobretudo no que diz respeito ao acesso às políticas sociais, para o qual esta população ainda encontra diversas barreiras.

Alguns pontos exigiram maiores discussões, como: cuidado ampliado, dificuldade na construção de rede intra e intersetorial, dificuldade na articulação intersetorial e necessidade de se pensar novas formas de cuidar.

Deve-se ressaltar que o cuidado em saúde deve ser direcionado à vida do sujeito, e não à doença. Isto é um preceito fundamental para as equipes de CnaR. A clínica ampliada discutida por Campos e Amaral (2007) propõe a produção de cuidado por meio do diálogo e da corresponsabilização entre usuário e profissional de saúde, no lugar da clínica puramente prescritiva.

Desta forma, compreende-se que esta horizontalização dos saberes é fundamental para a construção do cuidado a população em situação de rua, visto que trata-se de uma população com um saber próprio e peculiar sobre suas vivências. Este saber deve ser respeitado e legitimado. Assim sendo, é só por meio de uma construção conjunta entre usuários, profissionais de saúde e território que o cuidado se dará.

Muitos são os desafios colocados para o trabalho do CnaR. Um deles é o cuidado longitudinal. Como vimos, é comum que a população em situação de rua circule por diversos territórios e isto impacta diretamente no cuidado prestado pelas equipes. Um bom exemplo é quando o usuário está realizando tratamento para o qual necessita receber medicação

diariamente (como é o tratamento para tuberculose). Se, por ventura, o usuário circular por diversos territórios há chance de ficar sem buscar a medicação, interrompendo o tratamento, o que pode agravar seu quadro de saúde. Nestas situações é importante que se fortaleça e amplie a rede de suporte ao usuário e que todos os serviços possam se responsabilizar junto com o usuário pelo seu tratamento. Outro ponto importante é a falta de integração dos prontuários. É urgente a implementação de um modelo que proporcione esta integração onde as informações sobre o cuidado prestado aos usuários possam estar todas reunidas em um único documento.

Desta forma, compreendemos que o CnaR é um serviço articulador da rede por percorrer todos os níveis de complexidade no acompanhamento de seus usuários. Conforme indicado por Starfield (2002), os serviços de APS devem possuir o atributo de coordenar o cuidado, garantindo o cuidado longitudinal.

Outra questão emblemática neste trabalho é o acolhimento. Faz-se necessário que o acolhimento aos usuários seja um momento de troca, de escuta e de respeito. Não se trata de responder prontamente as questões demandadas pelo usuário, mas trata-se de questioná-las e compreendê-las, dando lugar a cada uma delas.

Como foi possível observar, muitas vezes os usuários chegam nos serviços de saúde queixando-se de condições clínicas agudas, como dor. No entanto, outras demandas vão aparecendo na medida em que o usuário vai sendo acompanhado e o vínculo entre profissional de saúde e usuário vai se estabelecendo.

Minha experiência neste trabalho, assim como a análise do material, permitem que eu apresente diversos exemplos de pessoas que buscam atendimento com a equipe de CnaR por alguma dor, alguma ferida, alguma questão mais imediata. No entanto, são os encontros que ocorrem ao longo do acompanhamento que vão trazendo à tona outras questões da vida do sujeito. Pensar o cuidado para além da doença é construir junto com o usuário as possibilidades para a produção de outras histórias de vida. Nesse sentido, tecnologias como a escuta e o vínculo são essenciais.

É importante destacar, ainda sobre o acesso aos serviços, algo que apareceu em diversas entrevistas e que se constitui como mais um obstáculo neste trabalho: o processo de alta hospitalar dos usuários. Conforme foi abordado, em muitas situações, o usuário não possui condições clínicas que justifiquem a internação, mas também não apresenta condições de permanecer em situação de rua. Um bom exemplo é quando um usuário fez uma cirurgia e necessita de diversos cuidados, como: alimentação e higienização adequados, além de trocas de curativos, que muitas vezes não podem ser realizados na rua.

Nestas situações há sempre uma impasse na condução do caso. O fluxo estabelecido para solicitação de vaga para um abrigo municipal no momento pós alta é mais criterioso que outras solicitações realizadas quando o usuário não está internado. Quando o usuário está internado, é necessário que um técnico do abrigo vá até o local da internação para verificar as condições clínicas do usuário e discutir o caso com a equipe do hospital para que esta forneça as recomendações e orientações do pós-alta (como por exemplo, trocas de curativo, encaminhamento para atendimento na atenção básica, orientação a respeito da terapêutica medicamentosa, entre outras), para então ver a disponibilidade do abrigo acolhê-lo, já que o abrigo precisa ter condições estruturais para tal. Este fluxo gera um longo tempo de espera.

Isto posto, é importante que município proponha espaços apropriados para acolher estas situações e que funcionasse como uma “casa de passagem”, onde o usuário pudesse se recuperar e decidir voltar para seu território ou construir outras possibilidades como a ida para abrigos ou o retorno para o ambiente familiar.

Estas casas de passagem também seriam importantes ferramentas para o sujeito que quer apenas descansar o corpo. Conforme aponta Lancetti (2015), as pessoas em situação de rua muitas vezes não conseguem ter acesso a locais onde possam descansar, tomar banho, alimentar-se adequadamente. Ter um espaço onde as barreiras de acesso sejam minimizadas (o que não é frequente nos abrigos públicos) é essencial.

O programa De Braços Abertos mostrou-se efetivo neste sentido, pois conseguiu acolher diversas pessoas que faziam uso abusivo de drogas em cenas de usos de São Paulo, construindo outras possibilidades de vida. Tinha em seu cardápio de ofertas um hotel, onde as pessoas podiam descansar, serviços de saúde e assistência social e a Secretaria de trabalho e renda. O trabalho acontecia em rede, por meio de articulação intersetorial. Apesar de ser um programa com gestão intersetorial, não foi possível sustentá-lo devido a mudanças na gestão da prefeitura de São Paulo.

No entanto, cabe afirmar que a sustentabilidade do trabalho intersetorial está relacionada justamente à gestão e a força política dos trabalhadores e movimentos sociais. Além disso, há uma diferença importante em relação a organização do CnaR. Como vimos anteriormente, o programa De Braços Abertos é concebido de forma intersetorial, enquanto o CnaR compõe a política de saúde, isto impacta na forma de convocação aos outros setores: quando construído de forma intersetorial o planejamento das ações do programa já inclui outros setores, enquanto para o CnaR esta convocação para as outras políticas encontra limites.

Diversas práticas intersetoriais puderam ser identificadas, mas a maioria é construída no cotidiano do trabalho, na medida em que os trabalhadores compreendem a necessidade de construí-las e se esforçam para tal. É necessário que a gestão assuma este compromisso junto com os trabalhadores e deem institucionalidade aos fluxos criados pelos serviços. É necessário que outros espaços possam ser criados e que os espaços coletivos já existentes possam ser fortalecidos tanto pela gestão, quanto pelos trabalhadores.

Destaca-se como uma potência para o trabalho intersetorial a presença do articulador intersetorial. Como referido, embora possa compor a equipe (SMS, 2016), apenas a equipe de CnaR da AP 3.1 possui este profissional. A presença do articulador pode fomentar e incentivar a intersetorialidade, e ser um importante ator na construção de fluxos e da rede local, como referido pelos profissionais da AP 3.1.

É preciso registrar que este estudo compreende que a rede é quente, constituindo-se por meio de pessoas, e que exigir organogramas da gestão não é suficiente para a construção da intersetorialidade. Entretanto, é preciso considerar que a gestão tem um importante papel para garantir e fomentar que a intersetorialidade ocorra. Fato é que o termo “intersetorialidade” é comumente utilizado e, no entanto, operacionalizar a intersetorialidade não é algo simples. Para isso a gestão necessita pensar e propor diretrizes para nortear as práticas intersetoriais.

Além do planejamento integrado das políticas, o financiamento também deveria ser discutido de forma intersetorial, o que garantiria maior sustentabilidade da política.

É necessário enfatizar ainda que o trabalhador da equipe de CnaR é obrigado a lidar com diversas situações de violações de direitos, violência, sofrimento e impotências diante deste trabalho. Foi possível perceber que os espaços coletivos, como as reuniões de equipe, constituem-se como momentos de cuidado entre os profissionais. No entanto, os achados indicam que a presença de um supervisor clínico-institucional pode ajudar no cuidado com a própria equipe, além de auxiliá-la a pensar o processo de trabalho e a identificar as potencialidades do seu próprio trabalho nas pequenas ações, que no cotidiano passam despercebidas.

Um exemplo da minha prática profissional é de uma usuária que dormia bem próximo à unidade de saúde onde está baseado o CnaR. No entanto, apesar da proximidade, a usuária negava-se a entrar na unidade e não costumava aceitar a presença dos profissionais. Ao longo do acompanhamento, com a construção do vínculo entre equipe e usuária, a usuária passou a ir à clínica apenas para tomar banho. Atualmente, após três anos de trabalho, a usuária procura a equipe para solicitar cuidados em saúde além do banho. Se tomarmos o exemplo de forma

pragmática, pode parecer que o acompanhamento deu-se de forma lenta, no entanto, muito já se avançou na produção de saúde da usuária, pois ela saber que pode entrar na unidade de saúde e ter uma equipe a quem pode dirigir suas demandas é algo muito importante para uma pessoa que estava totalmente invisibilizada para o campo da garantia dos direitos.

Destaca-se que o trabalho do CnaR, em consonância ao preconizado pelo SUS, deve estar direcionado à justiça social. Diante do desmonte das políticas sociais que estamos vivenciando desde o momento da destituição da presidente eleita Dilma Roussef, em 2016, fica mais evidente que o trabalho no SUS deve ser compreendido como uma bandeira de luta pelos direitos sociais.

Como reiteradamente afirmado neste trabalho, é urgente que o cuidado prestado à população em situação de rua seja planejado de forma intersetorial, buscando ampliar a rede de suporte desta população, a construção de sua autonomia e o exercício de sua cidadania. Políticas setorializadas, como é o modelo de políticas sociais do Estado brasileiro, não intervêm de forma efetiva na situação de vulnerabilidade, nem são eficientes para mudar o quadro de exclusão social.

Vale destacar que esta dissertação compreende que o lugar social ocupado pela população em situação de rua é funcional à sociedade capitalista, na medida em que a base deste modo de produção societária é sustentada pela desigualdade social. Assim sendo, afirmamos a necessidade de superação deste modelo societário para a construção de uma sociedade justa e democrática, tal como foi defendido pelos movimentos sociais em defesa do SUS, onde diversos modos de viver sejam possíveis e as pessoas possam de fato fazer escolhas que dignifiquem os mais variados modos de vida.

Além disso, é necessário refletir sobre esta temática incluindo a discussão sobre racismo, machismo, homofobia e outras diversas formas de preconceito e segregação.

Por fim, faz-se necessário registrar que este trabalho encontrou limites, pois embora o material proveniente das entrevistas do projeto-fonte fosse bastante rico e compusesse o bloco temático sobre intersetorialidade, as questões não foram formuladas para atender aos objetivos desta pesquisa. Assim, é possível que aspectos que seriam pertinentes não tenham sido abordados.

A presente dissertação é um convite à reflexão sobre as formas de produzir cuidado junto à população em situação de rua e sobre a intersetorialidade. É preciso romper com o trabalho prescritivo e construir o cuidado de forma compartilhada, permitindo que o encontro entre usuário e profissional de saúde seja transformador e potente, possibilitando a reconstrução de histórias de vidas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Z.N. Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) – breve história da política de saúde no Brasil. In AGUIAR, Z.N. (org) **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J. & SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2003.

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

Borysow, I.C, FURTADO, J.P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. In **Physis** 23(1), 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/03.pdf>

BORYSOW, I.C.; CONILL, E.M. & FURTAVO, J.F. Atenção à saúde das pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. In **Ciência e Saúde Coletiva**, 22 (3), pp 879-890, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

_____. **Decreto Presidencial 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. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em

_____. Ministério da Saúde. Políticas de Promoção da Equidade em Saúde. 2013

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203**, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Diário Oficial da União, DF, 6 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692**, de 25 de março de 1994. Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de dezembro de 2011. Disponível em: .

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, nº 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DR, 8 de dezembro de 1993. Disponível em

_____. **Política Nacional de Assistência Social**. MDS/PNAS, Brasília, 2004.

_____. **Sistema Único de Assistência Social**. Brasília, 2005.

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

Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. In **Saúde e Sociedade**. 2010. Disponível em:

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. & CONTANDRIPOULOS, A.P. Modelizar as intervenções. In BROUSSELLE, A (org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

COSTA, M.A.; SANTOS, M.P.G.S.; MARGUTI, B.; PIRANI, N.; PINTO, C.V.S.; CURT, R.L. C.; RIBEIRO, C.C. & ALBUQUERQUE, C.G. Vulnerabilidade social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. IPEA. 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32296

CURVO, D.R.; MATOS, A.C.V.; SOUSA, W.L. & PAZ, A.C.A. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. In **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.25, p.58-82, 2018.

ENGSTROM, E.M. & TEIXEIRA, M.B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: prática de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. In **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 21, nº 6, pp 1839-1848, 2016.

FARIAS, G.B. & FAJADO, A.P. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. Comvibra. 2014

FAUSTO, M.C.R & MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In MOROSINI, MVGC & CORBO, AA. **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ: 2007, p. 69-107

FIORATI, R.C.; CARRETTA, R.Y.D.; PANÚNICO-PINTO, M.P.; LOBATO, B.C. & KEBBE, L.M. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. In **Saúde e Sociedade**, vol 23, nº 4, p. 1458 – 1470. São Paulo, 2014.

GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545. (Cap. 16)

_____ et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (3): 783-794, 2009.

JORGE, J.S. & MOREIRA, R.D. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas (Org. TEIXEIRA, M. & FONSECA, Z.). Hucitec Editora. São Paulo. 2015

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIMA, I.F.S; LOBO, F.S. & ACIOLI, K.L.B.O. Pacto pela Saúde. In AGUIAR, Z.N. (org) **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

LOUZADA, L.O. **Análise das práticas das primeiras equipes de consultório na rua do Município do Rio de Janeiro: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais**. Dissertação de Mestrado Profissional. ENSP/FIOCRUZ. 2015

MAGALHÃES, R; COELHO, A.V.; NOGUEIRA, M.F. & BOCCA, C. Intersetorialidade, Convergência e Sustentabilidade: Desafios do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. In **Ciência e Saúde Coletiva**, vol 16, nº 11. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2011.

MERHY, E.E. **O desafio da tutela e da autonomia**. Nescon Biblioteca Virtual. Disponível em:

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

MONNERAT, G.L. e SOUZA, R.G. **Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. R. Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

MONNERAT, G.L. & SOUZA, R.G. **Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual**. In: **A Intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MORAES, R. **Análise de Conteúdo**. Revista Educação. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7 – 32. 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**. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v. 42, n. 116, p. 11-24. 2018.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2016.

ONOFRE, A.; PRADO, J. & SILVA, M.A.B. **A construção de um trabalho intersectorial**. In: **Entre Pedras e Fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. SOUZA, A.C.; SOUZA, L.F; SOUZA, E.O. & ABRAHÃO, A.L. (orgs). 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Primários de Saúde**. Declaração de Alma-Ata. 1979. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf

ORNELAS, A.L. & TEIXEIRA, M.G.C. **Intersectorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos**. Rio de Janeiro. 2015

PAIVA, I.K.S.; LIRA, C.D.G.; JUSTINO, J.M.R.; MIRANDA, M.G.O. & SARAIVA, A.K.M. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática**. In **Ciência e Saúde Coletiva**, vol 21, nº 8. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2016.

PASSOS, E. **A clínica ampliada**. In **Clínica Política: a experiência do Centro de Estudos em Reparação Psíquica lá em Acari**. Instituto de Estudos da Religião (ISER). 2018

PEREIRA, P.A. **A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética**. **Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual**. In: **A Intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade. Circular S/SUBPAV/SPA nº 12/2013, de 08 de maio de 2013. **Equipes de Consultório na Rua**. Plataforma SUBPAV.

_____. Prefeitura da Cidade. Lei 6350 de 04 de maio de 2018 (Lei Maria Lúcia Pereira). **Institui a Política Municipal para População em Situação de Rua do Rio de Janeiro**. 2018.

_____. Prefeitura da Cidade. Decreto nº 44857 de 07 de agosto de 2018. **Institui a Política Municipal para População em Situação de Rua e seu Comitê Gestor Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. 2018

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços**. 2016a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Diretrizes Norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro**. 2016b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2014 – 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: 2018 – 2021.

RODRIGUES, C.R. F. Do Programa Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In AGUIAR, Z.N. (org) **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ROSA, A.S.; SECCO, M.G. & BRETAS, A.C.P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. In **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v 3, n 59, 2006.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. In **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2014, p. 1798-1800.

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

SIQUEIRA, S.A.V.; HOLLANDA, E. & MOTTA, J.I.J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. In **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1397-1406, 2017.

TEIXEIRA, C.F. & PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 34 (6): 63-80, 2000.

TEIXEIRA, M.B. **Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial**. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

TEIXEIRA, M.B. & FONSECA, Z. (org) **Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

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, crack e outras drogas** (Org. TEIXEIRA, M. & FONSECA, Z.). Hucitec Editora. São Paulo. 2015

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

YASBEK, M.C. Sistemas de proteção social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. In: **A Intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

Reportagens em meios eletrônicos:

1. Violência contra população em situação de rua no Brasil é denunciada à ONU. **Terra de Direitos**. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/violencia-contrapopulacao-em-situacao-de-rua-no-brasil-e-denunciada-a-onu/22629>
2. Posto de Atendimento auxiliará na Identificação Civil da população de rua. **Tribunal de Justiça do rio de Janeiro**. Disponível em: <http://cgj.tjrj.jus.br/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/1017893/5206800>
3. Polícia vai investigar ligação de assassinos de moradora de rua com grupos de justiceiros de Copacabana. **O Globo**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/policia-vai-investigar-ligacao-de-assassinos-de-moradora-de-rua-com-grupos-de-justiceiros-de-copacabana-22075060>
4. As duas realidades da Lapa: a revitalização e o abandono. **O Globo**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/as-duas-realidades-da-lapa-revitalizacao-o-abandono-3657760>
5. Rio vai realizar "maquiagem" para as Olimpíadas; população de rua deve ir para albergues. **Uol**. Disponível em: <https://noticias.ne10.uol.com.br/brasil/noticia/2015/09/04/rio-vai-realizar-maquiagem-para-as-olimpiadas-populacao-de-rua-deve-ir-para-albergues-566633.php>
6. Polícia faz megaoperação de combate ao tráfico na cracolândia. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1886022-policia-faz-megaoperacao-de-combate-ao-trafico-na-cracolandia.shtml>
7. A noite, o chão e mais nada: um perfil da crescente população de rua do Rio. **O Globo**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/a-noite-chao-mais-nada-um-perfil-da-crescente-populacao-de-rua-do-rio-21369108>