

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

**A INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ATENDIMENTO
REALIZADO PELO CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO ADMINISTRATIVA
DO JACAREZINHO, RIO DE JANEIRO**

PATRICIA DOS SANTOS DA COSTA

Orientadora: Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues

Coorientadora: Mônica Kramer de Noronha Andrade

Rio de Janeiro, RJ

Março, 2019

Patricia dos Santos da Costa

A INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ATENDIMENTO
REALIZADO PELO CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO
JACAREZINHO, RIO DE JANEIRO

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

Orientadora: Nádya Cristina Pinheiro Rodrigues
Coorientadora: Mônica Kramer de Noronha Andrade

Rio de Janeiro

Março/2019

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

C837i Costa, Patricia dos Santos da.
A integralidade da rede de atenção à saúde no atendimento realizado pelo consultório na rua na região administrativa do Jacarezinho, Rio de Janeiro / Patricia dos Santos da Costa. -- 2019.
91 f. : il. color ; graf. ; tab.

Orientadora: Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues
Coorientadora: Mônica Kramer de Noronha Andrade.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Redes de Atenção à Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1098153

Patricia dos Santos da Costa

A INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ATENDIMENTO
REALIZADO PELO CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO
JACAREZINHO, RIO DE JANEIRO

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

Aprovada em 28/03/2019

Banca Examinadora:

Profa. Dra Maria Paula Cerqueira Gomes

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal/UFRJ

Profa. Dra. Roberta Gondim de Oliveira

Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz

Profª Dra. Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues (Orientadora)

Centro de Saúde Germano Sinval Farias/ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

Março/2019

Aos meus antepassados (*in memoriam*), mulheres e homens sobre os quais tão pouco conheço, mas que tenho certeza de que lutaram muito para que eu tivesse a honra e a liberdade de chegar até aqui.

*“...E a gente chegou muito bem
Sem desmerecer a ninguém
Enfrentando no peito um certo preconceito
e muito desdém...
...por isso vê lá onde pisa
Respeite a camisa que a gente suou
Respeite quem pode chegar onde a gente chegou”
Jorge Aragão*

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fonte de vida e inspiração;

Aos meus pais, Carlos Alberto e Carmen Regina, por todo amor, incentivo e apoio incondicional, fundamentais durante toda a minha vida e trajetória, e por não me deixarem esquecer que sou forte o suficiente para vencer cada um dos meus obstáculos;

Aos meus irmãos Junior e Karla, minha cunhada Danielle e meu cunhado Danilo, e meus sobrinhos Catarina e Guilherme, por se fazerem tão presentes, mesmo com as minhas constantes ausências;

Ao Zeri, meu amigo, meu companheiro, e meu amor, por sua força e presença diárias, por sua cumplicidade e paciência, por suas orações e por não me deixar desistir nem um minuto sequer;

As minhas amadas amigas, em especial Fernanda Andrade e a doce Amanda, Sylvia Tristão, Roberta Westenberger e Daniella Faus por estarem ao meu lado em todos os momentos e por não desistirem de mim!! A Líbera Soldatelli e Adriana Fernandes, um agradecimento especial pelo “resgate” na reta final;

A querida Dra Adriana Lipiani, pelo suporte emocional e profissional durante esses últimos anos;

Aos queridos Edson Borga, Rosani Sales, Fernanda Afonso, Alessandro Peçanha, Jacqueline Carvalho, Raphael Costa e Ana Paula Morato, parceiros de trabalho e de luta por um SUS real, que vai além da letra da lei;

A Amanda Vargas, Breno Oliveira, Lucilia Lopes, Lucieni Cinti, Marcelo Pedra, Rosana Ballestero, e a todos os meus alunos do Curso Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua, com ênfase nas Equipes de Consultório na Rua do EAD/ENSP/FIOCRUZ, por todo compartilhar de conhecimentos e experiências que temos vivido;

A Profa. Dra. Nádia Cristina Rodrigues, minha orientadora, pela confiança, paciência e parceria;

A Profa. Dra. Mônica Kramer pelas importantes contribuições;

Aos colegas da minha turma de mestrado, por tornarem essa etapa da minha trajetória acadêmica mais acolhedora, afetuosa e humana. Ju Brito, amiga, parceira, companheira nessa luta, obrigada por tudo!

Aos profissionais da equipe CnaR Jacarezinho – Césio, Vinícius, Norma, Raquel, Paola, Zezé, Cicinho, Raíssa e Cyntia, cujo trabalho incansável e dedicado foi a minha inspiração para desenvolver esse trabalho. Obrigada pelo apoio, disponibilidade, pela ajuda e por confiarem e acreditarem em mim. Sem vocês, nada disso seria possível.

HOMELESS

“Quero um sobretudo invisível,
que proteja-me do frio e
da indiferença alheia.
Sobretudo da indiferença alheia.”

Fernanda Andrade

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo analisar como se deu o acesso ao cuidado em saúde para a população em situação de rua atendida pela equipe de Consultório na Rua (CnaR) do Jacarezinho – RJ nos anos de 2016 e 2017; e, quando foi necessário a articulação com outros níveis de atenção à saúde, tendo em vista a integralidade do cuidado. A Constituição Cidadã, promulgada em 1988, propunha avançar na construção de um país mais justo, legitimando a Saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor, classe social e demais formas de discriminação. Sendo assim, as diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, em tese, não deveriam representar mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde. No entanto ainda existe uma parcela considerável da população brasileira, para a qual o SUS continua pouco acessível; dentre esta, merece destaque a população em situação de rua. Os Consultórios na Rua (CnaR) vieram com o objetivo de ampliar o acesso desta população aos serviços de saúde e oferecer atenção integral à saúde para esse grupo populacional, funcionando como uma porta de entrada para o sistema enquanto um dispositivo da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, existe ainda grande fragilidade na garantia do cuidado integral a essa população, em especial quando é necessária a articulação com os demais níveis de atenção para a continuidade do cuidado. A proposta metodológica do estudo em tela (ou do presente estudo, do estudo em questão, etc) foi baseada na realização de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com uma abordagem qualiquantitativa, onde realizou-se a análise de 494 prontuários de usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho nos anos investigados e entrevista semiestruturada aos profissionais da equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho. Os resultados revelaram dados importantes sobre o perfil sociodemográfico dessa população atendida, principais agravos em saúde, características do processo de trabalho dessa equipe, bem como fluxos e caminhos da rede de atenção à saúde, em especial na área programática de saúde 3.2 (AP 3.2), na busca do cuidado integral à população em situação de rua. Foi possível concluir que o uso de tecnologia leve e relacional, através de abordagens mais flexíveis no atendimento e cuidado, baseadas nos princípios e diretrizes da atenção primária à saúde, associado à um forte investimento na articulação entre os diversos equipamentos da rede intra e intersetorial são fundamentais na busca de um cuidado contínuo e integral a essa população, tendo em vista todas as suas diversas especificidades.

Palavras Chaves: População em Situação de Rua, Consultório na Rua, Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Integralidade.

ABSTRACT

Brazil Federal Constitution, promulgated in 1988, has proposed the advance in constructing a fairer country, legitimating Health as State's duty and every citizen's right, making no distinction of gender, creed, social class, skin color, religion and no other discrimination possibility. Therefore, individual, economic and social differences, among others, should not represent, at least theoretically, an obstacle accessing health goods and services. However, there is still a considerable amount of the population who continues having low access to *Sistema Único de Saúde* (SUS – Brazilian's Unified Health System), and among these, homeless persons should be highlighted. The *Consultórios na Rua* (CnaR – Office on the Street Team) were constructed aiming to amplify health services access to this population, offering integral healthcare, working as an entrance door to health system, qua a Primary Health Care service. Though, ensuring integral healthcare to these citizens is yet a hindrance, especially when integrating different healthcare levels is necessary. The present study aimed to analyze how healthcare access occurred to people living on the street cared by the CnaR unit of Jacarezinho, a neighborhood of Rio de Janeiro city, between 2016 and 2017s, and when the articulation between different levels of healthcare was made necessary, in view to an integral health care. The methodological proposal was based on a descriptive research, in an exploratory manner, with a quali-quantitative approach. Thereby, 494 medical records registered by Jacarezinho's CnaR unit were analyzed, as well as semistructured interviews with Jacarezinho's CnaR unit professionals. The results revealed the socialdemographic profile of the studied population, main health problems, professionals work process particulars, also health care network structure and flow, especially in *Área Programática* (AP - Programmatic Area) 3.2, in search of integral health care to homeless persons. It possible to conclude as well that soft and relational technology, per more flexible care approaches based in Primary Health Care guidelines and principles, also associated with considerable investment on articulating different kinds of intra and intersectoral networks equipment were fundamental to construct a continuum and integral care to the studied population, whereas all their diverse specificities.

Key Words: Homeless Persons, Office on the Street Team, Primary Health Care, Health care networks, Integrality in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição dos usuários, segundo o uso de drogas ilícitas, 2016/2017-----	41
Figura 2. Distribuição dos usuários segundo relato de internação, 2016/2017-----	42
Figura 3. Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial na AP 3.2-----	64
Figura 4. Fluxo de Encaminhamento para a atenção secundária -----	67
Figura 5. Leitos Clínicos de Saúde Mental cadastrados no Município do Rio de Janeiro ---	71

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Ações propostas na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua para a área da saúde -----	20
Quadro 2. Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde -	22
Quadro 3. Perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua -----	35
Quadro 4. Situação de saúde referida nos prontuários -----	35
Quadro 5. Perfil geral dos profissionais entrevistados -----	45
Quadro 6. Categorização da análise qualitativa -----	47
Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo -----	39
Tabela 2. Principais condições da saúde referidas em prontuário eletrônico pelos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo -----	40
Tabela 3. Principais condições de saúde diagnosticadas referentes aos usuários cadastrados nos anos de 2016/2017, segundo sexo -----	42
Tabela 4. Análise de encaminhamentos com base nos prontuários eletrônicos dos usuários que tiveram ao menos uma consulta com a equipe eCnaR nos anos de 2016/2017-----	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP: Área Programática de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
AD: Álcool e outras Drogas
BDTD: Banco de Teses e Dissertações
BVS: Biblioteca Virtual de Saúde
CAP: Coordenação de Área Programática de Atenção Primária à Saúde
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
CAPS III: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes
CAPS/AD: Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas
CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CASDH: Coordenadoria de Assistência Social e Direitos Humanos
CF: Clínica da Família
CnaR: Consultório na Rua
CEP: Comitê de Ética e Pesquisa
CID: Código internacional de doenças
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPF: Cadastro de Pessoa Física
CR: Consultório de Rua
CR: Central de Recepção
CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DECS: Descritores em Ciência da Saúde
DST: Doença Sexualmente Transmissível
eCR: Equipe de Consultório na Rua
EDI: Espaço de Desenvolvimento Infantil
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF: Equipe Saúde da Família
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEST: Instituto de Desenvolvimento Sustentável
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPP: Instituto Pereira Passos
MDS: Ministério do Desenvolvimento Social
MNPR: Movimento Nacional da População de Rua
NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNCT: Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PROADESS: Projeto de Avaliação e Desempenho do Sistema de Saúde
PSF: Programa Saúde da Família
PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente
RA: Região Administrativa
RAS: Rede de Atenção à Saúde
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SDH: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SENAD: Secretaria Nacional Sobre Drogas
SMASDH: Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SUAS: Sistema Único de Assistência Social
SUBPAV: Subsecretaria de Promoção, Atenção e Vigilância à Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TEIAS: Territórios Integrados de Atenção à Saúde
UAA: Unidade de Acolhimento de Adulto
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
URS: Unidade de Reinserção Social

SUMÁRIO

1) Introdução -----	14
2) Questão norteadora -----	16
3) Objetivos -----	16
3.1) Objetivo Geral -----	16
3.2) Objetivos Específicos -----	16
4) Referencial Teórico -----	16
4.1) População em Situação de Rua: quem são eles? -----	16
4.2) Políticas públicas voltadas para população em situação de rua -----	19
4.3) Acesso e Equidade: A questão dos Consultórios na Rua -----	25
4.4) O Consultório na Rua e as Redes de Atenção à Saúde -----	28
4.5) Integralidade na Rede de Atenção à Saúde -----	30
5) Metodologia -----	32
5.1) Universo do estudo -----	32
5.2) População do estudo -----	33
5.3) Desenho do estudo -----	33
5.4) Técnicas de pesquisa -----	34
5.5) Percurso metodológico -----	34
6) Resultados -----	37
6.1) Dados quantitativos -----	37
6.2) Dados qualitativos -----	44
7) Discussão -----	48
7.1) Caracterização da População em Situação de Rua do Jacarezinho -----	48
7.2) O Consultório na Rua: princípios, diretrizes e processo de trabalho -----	55
7.3) A Rede de Atenção à Saúde: um olhar sobre acesso e integralidade -----	60
7.4) Fluxos e formas de encaminhamento: os caminhos da rede -----	75
8) Considerações Finais -----	79
9) Referências bibliográficas -----	82
ANEXO I - Roteiro da entrevista semiestruturada -----	89
ANEXO II – Termo de consentimento livre e esclarecido -----	90
ANEXO III - Ficha de Cadastro População em Situação de Rua -----	91

APRESENTAÇÃO

Essa dissertação foi dividida nos seguintes capítulos: Introdução, Questão Norteadora, Objetivos, Referencial Teórico, Metodologia, Resultados, Discussão e Considerações Finais. Na Introdução é apresentada uma visão geral do objeto de estudo e uma breve justificativa da importância do estudo. A questão norteadora apresenta a pergunta propulsora para o desenvolvimento do estudo. Os objetivos geral e específicos estão descritos na seção Objetivos. Os elementos contextuais e teóricos que fundamentam o problema de pesquisa e os principais estudos relacionados ao tema são apresentados no Referencial Teórico. Na Metodologia são detalhados os procedimentos realizados nesse estudo, bem como as características das populações estudadas, território da pesquisa, fontes de dados e aplicativos utilizados. A seção de Resultados é composta pela apresentação dos dados da análise quantitativa e uma sistematização da análise qualitativa, cujo resultado das entrevistas foi contextualizado em conjunto com os resultados da análise quantitativa, à luz da literatura existente no capítulo Discussão. A síntese dos principais achados e demais considerações está descrita na seção Considerações Finais. A escolha do tema dessa dissertação se deu ao perceber que, apesar do dispositivo Consultório na Rua mostrar-se potencial para introduzir a população em situação de rua no Sistema Único de Saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica, ele por si só não é suficiente para resolução de todos os problemas de saúde desses usuários. Não se deve ignorar a necessidade de uma maior articulação de diversos setores para ampliação do acesso da população em situação de rua não só nas unidades básicas de saúde, mas também nos demais dispositivos componentes da rede de atenção. Sendo assim, a proposta do estudo foi avaliar como efetivamente ocorre o acesso a outros níveis de atenção à saúde da população em situação de rua atendida pela equipe de Consultório na Rua que atua no bairro do Jacarezinho (região metropolitana do RJ) nos anos de 2016 e 2017, tendo em vista a integralidade do cuidado prestado à essa população.

1) Introdução

A Constituição Cidadã, promulgada em 1988, propunha avançar na construção de um país mais justo, legitimando a Saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor, classe social e demais formas de discriminação. O Sistema Único de Saúde, lei 8080/90, dispõe que:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1988).

Sendo assim, as diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, em tese, não deveriam representar mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde. No entanto, essa não é a realidade para uma parcela considerável da população brasileira, para os quais o SUS continua praticamente inacessível (COSTA, 2012).

Para Varanda (2004), os serviços de saúde devem considerar os diferentes grupos que integram uma mesma população. Estes grupos apresentam problemas específicos e diferentes formas de viver e adoecer. Além disso, as oportunidades disponíveis para satisfazer suas necessidades de vida também são distintas de acordo com o grupo. Desta forma, os serviços de saúde devem se apropriar destas diferenças e trabalhar para atender as especificidades de cada grupo (VARANDA e ADORNO, 2004).

Partindo desse pressuposto, o Ministério da Saúde identificou alguns grupos populacionais considerados vulneráveis, criando comitês de saúde específicos para cada um deles. Encontram-se entre os grupos selecionados a população em situação de rua com todas as suas particularidades, que incluem a dificuldade de acesso aos diversos bens e serviços, entre eles os de saúde.

Conceituar o que entendemos como população em situação de rua não é tarefa fácil. Segundo Rosa et al (2005), “a multiplicidade de condições pessoais, a diversidade de soluções dadas à subsistência e à moradia são fatores que dificultam a formulação de conceitos livres de ambiguidades”

De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, trata-se de grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. (BRASIL, 2009)

Essa política coloca ainda que essa população se caracteriza pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas

(prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (BRASIL, 2009).

Compreendendo as condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados da população em situação de rua, em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), institui os Consultórios na Rua (CnaR), com o objetivo de ampliar o acesso desta população aos serviços de saúde e oferecer atenção integral à saúde para esse grupo populacional (BRASIL, 2011).

As Equipes dos CnaR são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Entretanto, existe grande fragilidade na garantia do cuidado integral a essa população. Apesar do dispositivo Consultório na Rua mostrar-se potencial para introduzir essa população no Sistema Único de Saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica, ele por si só não deve ser encarado como a única alternativa na resolução de todos os problemas de saúde desses usuários. Não se deve ignorar a necessidade de uma maior articulação de diversos setores para ampliação do acesso da população em situação de rua nas unidades básicas de saúde, bem como o fortalecimento das redes de atenção e garantia de continuidade do cuidado, além de uma melhor qualificação dos profissionais e de seus processos de trabalho. Tendo em vista a complexidade dos agravos e o acentuado grau de demanda dessa população, garantir o cuidado compartilhado e o investimento na intersetorialidade é fundamental (COSTA, 2012).

O presente trabalho pretende como foco analisar como se deu o acesso ao cuidado em saúde para a população em situação de rua atendida pela equipe de Consultório na Rua do Jacarezinho – RJ, nos anos de 2016 e 2017, quando foi necessário a articulação com outros níveis de atenção à saúde, tendo em vista a integralidade do cuidado.

Esse estudo se justifica uma vez que os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, e têm problemas específicos, diferenças no modo de viver, de adoecer, de ter oportunidades, de satisfazer suas necessidades de vida. A população em situação de rua constitui um desses grupos específicos. Sendo assim, para uma população que requer um cuidado tão complexo e específico, existe a necessidade de uma efetiva articulação de diversos setores não só para ampliação do acesso dessa população nas unidades básicas de saúde, bem como o fortalecimento das redes de atenção e garantia de continuidade do cuidado integral.

2) Questão norteadora

Como se deu o acesso aos demais níveis de atenção à saúde desta população em situação de rua atendida pela equipe de CnaR do Jacarezinho – RJ, nos anos de 2016 e 2017, tendo em vista a integralidade do cuidado?

3) Objetivos

3.1) Objetivo Geral

- Analisar o acesso a outros níveis de atenção à saúde da população em situação de rua atendida pela equipe de CnaR que atua no bairro do Jacarezinho (região metropolitana do RJ) nos anos de 2016 e 2017, tendo em vista a integralidade do cuidado.

3.2) Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e principais agravos da população atendida pela equipe CnaR do Jacarezinho nos anos de 2016 e 2017.
- Fazer o diagnóstico situacional do acesso da população atendida aos demais níveis de atenção à saúde nesse território, com vistas à integralidade do cuidado.
- Identificar a percepção dos profissionais da eCR e gestor da equipe sobre as principais dificuldades/facilidades para uma efetiva articulação com outros níveis de atenção à saúde.

4) Referencial Teórico

4.1) População em Situação de Rua: Quem são eles?

Como já dissemos anteriormente, conceituar o que entendemos como população em situação de rua não é tarefa fácil. Retomamos aqui o conceito adotado pela Política Nacional para a População em Situação de Rua, trata-se de grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular (BRASIL, 2009). Essa política coloca ainda que essa população se caracteriza pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros,

marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória (BRASIL, 2009).

Não sabemos ao certo o contingente dessa parcela populacional que se encontra nas ruas de todo o país. Isso porque os mesmos não são contabilizados pelos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma vez que não possuem uma referência formal de moradia (ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005). Esta ausência prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e reproduz a invisibilidade social da população de rua no âmbito das políticas sociais. Dados do IPEA estimam que existiam em 2015, 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (NATALINO, 2016).

No intuito de dar alguma visibilidade a essa população, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no período de agosto de 2007 a março de 2008, realizou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, e definiu como “população em situação de rua” todo indivíduo encontrado vivendo em logradouros públicos ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem, casas de apoio e igrejas). Nos 71 municípios pesquisados, com exclusão dos municípios de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, foram identificados um contingente de 31.922 adultos em situação de rua (BRASIL, 2008).

Quando falamos de crianças e adolescentes em situação de rua, os dados diferem um pouco. A primeira Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, realizada a partir de um convênio entre a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) e o Instituto de Desenvolvimento Sustentável (IDEST), no ano de 2010, identificou 23.973 crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil. O levantamento foi realizado em 75 cidades de todo o país, abrangendo todas as capitais e cidades com população superior a 300 mil habitantes. Segundo a pesquisa, mais de 50% desse contingente concentra-se nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia (BRASIL, 2012).

Algumas especificidades inerentes a esta população específica referem-se às condições de saúde e acesso aos serviços de saúde, tais como, dificuldade de acesso a certos locais: 18,4% são impedidas de entrar em unidades de saúde e 13,9%, nos locais destinados à retirada de documentação (BRASIL, 2008). Uma pesquisa realizada em Salvador no ano de 2009 revelou um amplo leque de problemas de saúde que aflige a população em situação de rua. Entre os principais problemas relatados pelas pessoas entrevistadas encontram-se o abuso de substâncias

psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais (AGUIAR e IRIART, 2012). Sabemos também que a incidência de tuberculose na população em situação de rua chega a ser até 67 vezes maior do que na população em geral, tornando essa população mais vulnerável a essa enfermidade que os indígenas, as pessoas privadas de liberdade e as pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo relata o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (BRASIL, 2011).

Diante disso, ao concebermos saúde numa perspectiva mais ampla, resultante de condições de habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores, vemos que as condições vivenciadas pela população em situação de rua tornam esse grupo extremamente vulnerável à doenças e agravos. Segundo Aguiar (2012), “abordar os significados de saúde para as pessoas em situação de rua é, também, possibilitar um espaço de vocalização para os mesmos e suas questões; já que no contexto em que vivem, tendem a permanecer numa posição de invisibilidade, destituídos da condição de cidadãos” (AGUIAR e IRIART, 2012).

Como evidenciado na pesquisa do MDS percebemos que há uma heterogeneidade entre as pessoas que vivem na rua, no entanto, algumas características marcantes devem ser consideradas. A população de rua é constituída em geral por pessoas que, ao longo da vida, sofreram rupturas fundamentais para a construção de sua identidade (família, trabalho, afetos, cultura e a dimensão de cidadania). Não se vêem e não são considerados por grande parte da população geral sujeitos de direito e como fizeram da rua sua casa, é ali que refazem suas relações familiares e onde procuram seu sustento. Ainda nesta dinâmica por vezes são refratários a relatar suas vidas para aqueles que não conhecem e com os quais não foram criados vínculos de confiança e amizade. São pessoas em constante migração, com percepção diferenciada de tempo, frequentemente organizando o dia com base nos horários das instituições que lhes garantem a sobrevivência, que valorizam a liberdade de fazer seus horários, enfrentando dificuldades com a rigidez e a disciplina. Assim como o passar dos dias, também tem caráter especial a capacidade desenvolvida para o enfrentamento das adversidades e da dor.

Diante da complexidade da situação que envolve em especial o cuidado à saúde desta população, torna-se necessário que modelos específicos sejam formulados para suprir esta lacuna, acolhendo esta classe de usuário (CARNEIRO JUNIOR, NOGUEIRA, *et al.*, 1998).

4.2) Políticas públicas voltadas para população em situação de rua

É importante que conheçamos as políticas relacionadas com a saúde e bem estar social dessa população aqui no Brasil. No entanto, vale ressaltar, antes de tudo, que a formação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) foi fruto da crescente indignação com a violência e a negação de direitos a que esse público está submetido. Seu surgimento ocorreu no início dos anos 2000 como resposta a diversos episódios de violência contra a População em Situação de Rua. Dentre eles, destaca-se o “Massacre da Sé” que aconteceu nos dias 19 a 22 de agosto de 2004 quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e sete foram assassinadas na cidade de São Paulo. Esses episódios geraram diversas manifestações na busca de justiça. Dentre essas manifestações, resalta-se o “1º Ato pela Vida” que ocorreu no centro da cidade de São Paulo no dia 22 de agosto de 2004, e o “III Festival Lixo e Cidadania” que aconteceu em Belo Horizonte em setembro de 2004. Esses acontecimentos fizeram a População em Situação de Rua se unir e lançar as sementes do MNPR. Foi criada a bandeira e definidos os seus princípios (BRASIL, 2014). Sendo assim, o Movimento Nacional da População de Rua surge oficialmente em 2005, como um movimento político e de cunho reivindicatório, tendo uma atuação fundamental no I Encontro Nacional Sobre Pessoas em Situação de Rua, ocorrido no ano seguinte, e que contou com a adesão e apoio político institucional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Desse encontro surgem inúmeras iniciativas, entre elas a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a formulação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (MELO, 2016; OLIVEIRA, 2016). Esse é o primeiro documento que traduz parte de um esforço interministerial de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re) integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. Sua principal proposta é orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos. A política propõe como uma de suas principais diretrizes a implementação de políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, estruturando as políticas de saúde, educação, assistência social entre outras, de forma intersetorial e transversal, garantindo a estruturação de rede de proteção às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008).

Por tratar-se de uma política interministerial, foi definida uma agenda mínima de ações para cada área envolvida nesse processo. Vejamos no Quadro 1 algumas das ações propostas para a saúde:

Quadro 1. Ações propostas na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua para a área da saúde

- Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
- Fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras;
- Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I, II, III e AD);
- Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua;
- Incentivo à produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação;
- Na seleção de agentes comunitários de saúde, considerar como um dos critérios a participação de moradores de rua e ex-moradores de rua. 13

Como um avanço desse documento, em dezembro de 2009, o decreto nº 7053 institui a Política Nacional para População em Situação de Rua. Esse documento prevê, em seu artigo 2º, que “a Política Nacional para a População em Situação de Rua será implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem”.

No seu artigo 9º, a Política Nacional para População em Situação de Rua propõe a criação do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, integrado por representantes da sociedade civil e por representantes de diversos órgãos governamentais, entre eles o Ministério da Saúde. Sendo assim, fica estabelecido na Portaria nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009 o Comitê Técnico de Saúde para População em Situação de Rua, que tem como principais atribuições propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela

população em situação de rua, aos serviços do SUS, além de colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde dessa população (BRASIL, 2009).

Como parte do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, o Ministério da Saúde, considerando que as comunidades empobrecidas e populações em situação de rua encontram-se muito mais expostas à essa patologia (cerca de 67 vezes mais que a população em geral), estabelece por meio da Resolução 444 de 6 de julho de 2011 que a realização de ações e estratégias a fim de aperfeiçoar o controle da tuberculose junto a essas populações se faz fundamental (BRASIL, 2011). A Política Nacional de DST/AIDS também reconhece um risco maior dessa população apresentar AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, por adotarem práticas e comportamentos que os colocam sob situação de maior risco à infecção e pelo uso indevido de drogas. Sendo assim, essa política estabelece que ações específicas e focalizadas para essa população sejam realizadas (BRASIL, 1999).

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde também propõem estratégias voltadas a essa população. O Projeto Consultório de Rua (CR) constitui um importante dispositivo público, componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, que busca reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. A estratégia tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Encontra-se alinhado às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no *próprio espaço da rua*, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população. Seu propósito principal é oferecer ao segmento de usuários de substâncias psicoativas em situação de maior vulnerabilidade a disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo-os em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, uma das suas funções é atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede (BRASIL, 2010).

Em dezembro de 2011 é lançada a Portaria 3088 do Ministério da Saúde que traça as novas bases de organização da 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). Como seu primeiro objetivo específico, essa portaria prevê em seu artigo 4º, a promoção de cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis, e inclui entre essas pessoas em situação de rua. A portaria descreve também em seu artigo 5º os novos componentes da rede de atenção psicossocial, entre eles um componente de atenção básica em saúde, descrito no artigo 6º (Quadro 2) que tem como um dos pontos principais equipes de atenção básica para populações específicas, entre elas as chamadas EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (BRASIL, 2011).

Quadro 2. Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde

Art. 6º: São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com Equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (Brasil, 2011).

Em janeiro de 2012, as Portarias 122 e 123 do Ministério da Saúde, baseadas entre outras coisas nas Portarias nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e na nº 3088, que redefine a rede de Saúde Mental e Psicossocial, definem as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (BRASIL, 2012).

Compreendendo as condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados da população em situação de rua, em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), institui os Consultórios na Rua (CnaR), com o objetivo de ampliar

o acesso desta população aos serviços de saúde e oferecer atenção integral à saúde para esse grupo populacional (Brasil, 2011).

As Equipes dos CnaR são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Segundo a política, as equipes devem realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil. Dentro das atividades das Equipe de Consultório na Rua (eCR) estão incluídas a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, obedecendo a lógica da redução de danos. A Redução de danos pode ser entendida como um paradigma, uma forma de abordar questões de saúde, uma perspectiva que visa proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos. (BRASIL, 2012)

As equipes dos Consultórios na Rua podem ter três modalidades:

- MODALIDADE I – 4 Profissionais (2 Nível Superior + 2 Nível Médio)
- MODALIDADE II – 6 Profissionais (3 Nível Superior)+ (3 Nível Médio)
- MODALIDADE III – MODALIDADE II + Profissional Médico

Poderão compor os Consultórios na Rua as seguintes profissões: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão seja ele de nível superior ou médio. O Agente Social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio.

As atribuições comuns aos diversos membros da equipe do Consultório na Rua para a atenção integral à saúde da população em situação de rua são as seguintes:

- Atendimento das demandas espontâneas ou identificadas pelo profissional/equipe;
- Ter boa capacidade de estabelecer contatos e vínculos;

- Visão sistêmica;
- Adequação da linguagem, utilizando discursos apropriados à realidade do usuário;
- Atuar sempre com disponibilidade para a escuta de forma ampliada e diferenciada;
- Articulação com as equipes das UBS referentes ao território de abordagem para encaminhamento e acompanhamento das demandas de saúde do usuário;
- Atuar de forma proativa, estimulando o usuário ao autocuidado;
- Articulação com a rede de saúde;
- Articulação com outras redes sociais;
- Desenvolver atividades de educação em saúde;
- Evitar julgamentos, críticas e/ou opiniões sobre a situação de vida do usuário;
- Observar o “comportamento” do usuário e do grupo, objetivando a garantia da sua segurança e da equipe;
- Observar o relato verbal e a comunicação não verbal do usuário;
- Registro com histórico do atendimento nos moldes da ESF;
- Atuar com estratégia de redução de danos;
- Fazer busca ativa de agravos prevalentes na rua, priorizando a tuberculose, DST, hepatites virais, dermatoses, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros;
- Realizar atividades em grupo.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo carga horária mínima semanal de 30 horas, tendo horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana (BRASIL, 2012).

Em setembro de 2012, o Ministério da Saúde lança o “Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua”. Esse manual é o primeiro documento técnico do ministério que visa instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população (BRASIL, 2012).

Em 2017 o município do Rio de Janeiro publica, através da Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), e sua gerência de Consultórios na Rua o documento “Diretrizes norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro”, que visa estabelecer condutas e critérios mínimos para implantação, composição, organização do processo de trabalho e ações a serem desenvolvidas pelas equipes

de Consultório na Rua (eCR) na cidade (SMSRJ, 2017). Outro documento importante formulado pelo município foi o ofício S/SUBPAV/SAP n°20/2014, que autoriza a realização de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos em âmbito municipal aos usuários em situação de rua que ainda não possuem CPF (SMS-RJ, 2014).

Mais recentemente, o decreto 44857 de agosto de 2018 institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua, bem como seu Comitê Gestor Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Destaco, nesse decreto, os artigos 6º - que estabelece a expressa proibição da retirada de documentos ou pertences pessoais da população em situação de rua, prática comum nas ações conjuntas de abordagem e “choque de ordem”, com finalidade puramente higienista; e o artigo 7º, que trata das condições de abrigo dessa população, propondo uma ampliação e reestruturação das unidades de abrigo temporário existentes na cidade, respeitando a lógica territorial dessa população (RIO DE JANEIRO, 2018).

4.3) Acesso e Equidade: A questão dos Consultórios na Rua

Segundo Rangel (2015), os Consultórios na Rua (CnaR) visam garantir os direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade social, que sofrem diretamente as consequências das desigualdades e dos determinantes sociais que influem de forma aguda e crônica na qualidade de vida, no bem-estar no processo saúde-doença dessas pessoas. Segundo ele, consiste numa proposta que procura ampliar o acesso da população de rua e ofertar atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da atenção básica (RANGEL, 2015). Mas de que desigualdades estamos falando? E o que consideramos acesso?

Para que possamos falar de desigualdades, em primeiro lugar precisamos falar sobre o que entendemos por igualdade. Amartya Sen (2001) nos aponta que não existe um conceito único para o que chamamos de igualdade. Sen relata que para Rawls, a igualdade está associada liberdade e à distribuição igualitária de “bens primários”; já Buchanan inclui tratamento político e legais iguais (SEN, 2001). Além da diversidade de conceitos, Sen alerta que é preciso considerar que as pessoas são desiguais, e dessa forma não é possível tornar as pessoas iguais simultaneamente em todas as dimensões. Dessa forma, podemos entender que se existe um conceito relacional de igualdade, existe também um conceito relacional para a pobreza e a desigualdade. Guiddens (2014) nos coloca que pobreza seria a falta de acesso ao que é considerado “básico” ou “normal” dentro de uma sociedade (GUIDDENS e SUTTON, 2014).

E como cada sociedade tem um padrão do que considera básico - e esse padrão é mutável ao longo do tempo, fica complicado pensarmos num conceito absoluto de pobreza.

Amartya Sen também nos diz que as questões da pobreza e da desigualdade remetem ao dilema da comparação entre diferentes vantagens, benefícios, e diferentes possibilidades de conquista do bem estar. Segundo o autor, somos diferentes não só em nossas características herdadas, mas também em nossas características pessoais. Sendo assim, mesmo que tenhamos o mesmo acesso aos bens primários isso não nos garante que os utilizaremos da mesma forma (SEN, 2001).

Sendo assim, mais importante que tentarmos conceituar o que seria igualdade ou desigualdade, precisamos avançar no entendimento do conceito de equidade. Segundo Escorel (2009), enquanto igualdade significaria a distribuição homogênea, isso é, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços, equidade por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Ao considerarmos saúde como um bem primário, e ampliando esse conceito para equidade em saúde, “se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades” (SCOREL, 2009).

Já quando falamos de acesso, o panorama também não é diferente no que tange a diversidade de conceitos. Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Em consulta ao site do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) encontramos diversos olhares sobre acesso em saúde. Para Vuori (1991), “no campo da saúde, o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento. Dito de outra forma, o acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos. O que está, portanto, em pauta é a possibilidade de obter serviços

necessários no momento e no local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável” (VUORI, 1991).

Donabedian (1973) nos diz que acessibilidade é o conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade real ou potencial de produzir serviços e a capacidade, também real e potencial, de consumo dos mesmos. Assim, acessibilidade passa a ser vista além da presença e da disponibilidade de recursos em um determinado lugar e num tempo dado, uma vez que sua definição engloba as características dos recursos que facilitam e obstruem o uso por clientes potenciais. Para esse autor, a acessibilidade está subdividida em acessibilidade sócio-organizacional e acessibilidade geográfica. Já Andersen (1995), que prioriza a utilização do termo acesso o apresenta como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. Para esse autor, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes (fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde), fatores capacitantes (os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde); e necessidades de saúde (condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde). Por fim, Andersen nos diz que “a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso”. (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Para a realização deste trabalho, adotaremos o conceito de acesso definido no Descritores em Ciência da Saúde (DECS) como a possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras entre outras (DECS, 2017). E também vem do DECS a definição que será adotada de equidade no acesso aos serviços de saúde, como a “possibilidade do sistema de saúde oferecer alternativas para os indivíduos que mais têm dificuldades de adentrarem e se utilizarem dos serviços de saúde oferecidos, numa região territorialmente delimitada. Cada grupo, estrato social ou região apresenta problemas específicos, diferenças no modo de viver, de adoecer, de acessar os serviços de atenção à saúde

e satisfazer suas necessidades de vida. Tais diferenças devem ser consideradas para oferecer mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.”

4.4) O Consultório na Rua e as Redes de Atenção à Saúde

Já vimos anteriormente que um dos principais objetivos das equipes de Consultório na Rua é ampliar o acesso da população em situação de rua e ofertar a eles atenção integral à saúde (RANGEL, 2015). Entretanto, existe ainda grande fragilidade na garantia do cuidado integral a essa população. Apesar do dispositivo Consultório na Rua mostrar-se potencial para introduzir essa população no Sistema Único de Saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica, ele por si só não deve ser encarado como a única alternativa na resolução de todos os problemas de saúde desses usuários. Não se deve ignorar a necessidade de uma maior articulação de diversos setores para ampliação do acesso da população em situação de rua nas unidades básicas de saúde, bem como o fortalecimento das redes de atenção e garantia de continuidade do cuidado, além de uma melhor qualificação dos profissionais e de seus processos de trabalho. Tendo em vista a complexidade dos agravos e o acentuado grau de demanda dessa população, garantir o cuidado compartilhado e o investimento na intersetorialidade é fundamental (COSTA, 2012).

Louzada (2015) salienta que a oferta de serviços especializados ainda é insuficiente para atender as necessidades da população, o que prejudica a resolutividade e o cuidado integral. A autora destaca também que a continuidade da atenção e até mesmo o estabelecimento de vínculo com o usuário, exige muitas vezes o acompanhamento do profissional de saúde em outros serviços de saúde e de outros setores. Dessa maneira, a construção da rede de atenção à saúde (RAS) no território se constitui por mecanismos diversos que ampliem a comunicação e compartilhamento de informação, a identificação dos equipamentos e serviços de referência no território, bem como o estabelecimento de acordos e fluxos. Essa abordagem aparece também no documento “Diretrizes norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro” ratifica que o eixo estruturante do trabalho do Consultório na Rua é composto pela atenção integral à saúde, articulação inter e intrasetorial incluindo a redução de danos e abordagem biopsicossocial à população em situação de rua, além de esclarecer que o atendimento realizado a estas pessoas não é um atendimento exclusivo das equipes de Consultório na Rua, podendo e devendo também ser o mesmo realizado e compartilhado com

as demais equipes e serviços de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SMSRJ, 2017).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) considera que “as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde **equitativos e integrais** a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (KUSCHNIR, 2014).

Para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva é necessária, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolutividade e qualidade da atenção na provisão do cuidado. No entanto, embora esta seja uma condição sine qua non, não é suficiente. É necessário também que o conjunto opere de forma articulada, de modo a tornar a passagem do usuário de um serviço ou de um nível a outro, a mais suave possível (KUSCHNIR, 2014).

Teixeira nos lembra que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem custos menores e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social. No entanto, no cotidiano das ações voltadas à atenção à saúde, observa-se que não se constitui em um processo simples a efetivação de um novo modelo de atenção primária, no qual seus atributos básicos – primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade da atenção e coordenação do cuidado, sejam implementados. Soma-se a esse desafio da APS, a dificuldade de os serviços de atenção básica atuarem no cuidado à população em situação de rua e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas (TEIXEIRA e FONSECA, 2015).

Uma outra questão essencial é a articulação da APS na rede, o estabelecimento de relações institucionais e institucionalizadas – ou seja, não baseadas apenas no contato entre os profissionais, mas determinadas pela gestão do sistema – com os demais pontos de atenção, garantindo o acesso aos demais níveis. Isto só acontece quando os caminhos a serem percorridos estão previamente estabelecidos, de acordo com grandes grupos de risco/patologias. Sem isto, o profissional da APS dedicará seu tempo a tentar resolver o trajeto de cada paciente, em função de relações não institucionalizadas e das condições específicas em cada momento. “Não existe rede sem uma atenção primária que cumpra o seu papel e não é possível uma atenção primária que cumpra seu papel sem estar inserida numa rede de atenção.” (KUSCHNIR, 2014).

Sendo assim, Teixeira e colaboradores nos alertam que a rede de uma equipe de Consultório na Rua, não deve estar restrita a uma região: os usuários se afastaram de sua moradia e deixaram para trás vínculos com as suas famílias, familiares distribuídos em inúmeros bairros, municípios e até mesmo em outros estados. Os usuários atendidos pela equipe do Consultório na Rua são oriundos de vários locais, e quando em alguns casos se reintegram à família ou escolhem novos locais de moradia, eles contam com a ajuda dessa equipe para se reinserirem numa nova rede social e de atenção à saúde num novo território. O trabalho com as pessoas em situação de rua exige que esses serviços, que não são abstrações sociológicas, mas são formados por pessoas, sejam como os nós de uma rede de pesca, e que possam interligar-se, integrando as ações focadas nas necessidades peculiares do usuário — a unidade básica de saúde, o centro de atenção psicossocial, o hospital geral, a unidade de pronto atendimento, o conselho distrital de saúde, o centro de referência de assistência social, dentre outros. Entretanto, a construção de uma rede na saúde e assistência social sugere mais que a disponibilidade de um serviço, e implica levarmos em consideração como esses serviços se comunicam e quais modelos de cuidado ele produz. A construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de ações que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de melhora na comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes para os usuários (TEIXEIRA e FONSECA, 2015).

4.5) Integralidade na rede de atenção à saúde

O último conceito que será apresentado nesse capítulo é o da integralidade. Na verdade, diversos autores alertam que a integralidade não pode nem ao menos ser chamada de conceito, dada à sua polissemia e aplicabilidade. Trata-se de uma idéia, composta por diversos sentidos (IMS-UERJ, 2018; MATTOS, 2004; CARNUT, 2017).

Schemes (2004) nos diz que a integralidade pode ser analisada a partir de diferentes dimensões: a integralidade como articulação entre prevenção e assistência à saúde, a integralidade como prática profissional não fragmentada, a integralidade como trabalho em equipe, a integralidade em práticas alternativas, a integralidade na formação profissional, e por fim, a integralidade como a articulação dos serviços de saúde - intersetorialidade. E é sobre essa última dimensão que abordaremos a integralidade nesse trabalho.

Como ponto de partida, é importante entendermos como o conceito de integralidade, enquanto pilar do SUS, se apresenta na forma da lei. Segundo a lei 8080, a integralidade é entendida “como um 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” (BRASIL, 1988). Sua definição no DECS corrobora com essa ideia, ao dizer que trata-se de um princípio fundamental de sistemas públicos de saúde, que garante aos cidadãos o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o tratamento mais difícil de uma doença, sem excluir nenhum tipo, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais (DECS, 2017).

Kalichman e Ayres (2016) nos dizem também que, enquanto princípio doutrinário do SUS, a integralidade diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, o que envolve os saberes dos profissionais, dos usuários e da comunidade, buscando numa ação combinada entre gestão e assistência, oferecer qualidade técnica ao trabalho e sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde.

Sendo assim, a ideia de integralidade que queremos destacar subsiste na idéia de que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. No âmbito mais geral, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população (KUSCHNIR, 2014).

O conceito de integralidade que será adotado aqui remete, portanto, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, com a certeza de que de que nenhum serviço dispõe, em si mesmo, a totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Nesse sentido, estaremos considerando nesse trabalho os conceitos tanto do acesso em saúde, quanto o da integralidade na dimensão da continuidade e sustentação do cuidado aos indivíduos, considerando-os assim operadores desse mesmo cuidado.

5) Metodologia

5.1) Universo do estudo:

A comunidade do Jacaré/Jacarezinho é um grande bairro que reúne cerca de 50.000 habitantes e ocupa uma extensa dimensão geográfica (SIMAS e SOUZA, 2015). Na região existia uma chácara entre o rio Jacaré e a antiga fábrica Cruzeiro (depois substituída pela empresa General Eletric), ocupada por casebres, cujos moradores eram considerados invasores. A partir da década de 1920, a população foi aumentando, devido à instalação de indústrias no Jacaré e na avenida Suburbana (atual avenida Dom Helder Câmara). Com as migrações dos anos de 1950 a área sofreu adensamento considerável, com conseqüente valorização da terra, o que levou um de seus donos à justiça pela remoção dos moradores, provocando reação da população residente, que conseguiu que o terreno fosse repassado para o governo e permanecer no local. Em 1980, o programa mutirão efetuou algumas obras de infra-estrutura e melhoramentos na comunidade do Jacarezinho, implementando algumas obras de esgotamento sanitário, drenagem e pavimentação de vias. Em 1986, foi criada a XXVIII Região Administrativa-Jacarezinho, desvinculando o Jacarezinho do bairro do Jacaré. Em 2000, a comunidade foi incluída no “Programa Grandes Favelas”, intervenção urbanística baseada no “Programa Favela Bairro”. Seus acessos principais são pelas ruas Esperança, Atiba, Galileu, José Maria Belo e Comandante Oracindo de Sá. Na linha auxiliar, que passa dentro do bairro, fica a antiga estação ferroviária de Vieira Fazenda, atual Jacarezinho. Há duas praças dentro da comunidade: o Largo do Cruzeiro e a Praça Concórdia (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2017). A comunidade é subdividida em áreas que são espécies de microbairros, com perfis distintos. Entre eles: Concórdia, Azul, Pistão (GE), Picapau, Comunidade Drummond, entre outros (SIMAS e SOUZA, 2015).

De acordo com o índice de Progressão Social, que consiste numa abordagem de mensuração direta do desenvolvimento humano a partir de indicadores selecionados em três dimensões e doze componentes definidos globalmente, através da combinação de variáveis sociais comumente usadas em avaliações do desenvolvimento humano e bem-estar — indicadores de saúde, nível de acesso e qualidade dos serviços básicos e da educação básica e superior — com variáveis ambientais, acesso à comunicação, direitos humanos, liberdade de escolha, tolerância e inclusão, a XXVIII RA Jacarezinho encontra-se como uma das áreas menos desenvolvidas e

portanto mais vulneráveis da cidade, estando a frente apenas do Complexo do Alemão e Pavuna (PULICI e al., 2016).

A unidade básica de saúde que abriga a equipe do Consultório na Rua em estudo é a Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, inaugurada em junho de 2011 e localiza-se no terreno da antiga “Cracolândia”. Hoje a maior aglomeração de usuários de drogas e moradores em situação de rua do Jacarezinho deslocou-se para os “trilhos do trem”, a menos de cem metros da Clínica da Família. Segundo dados do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade conta com sete equipes de saúde da família e três de saúde bucal, além da equipe do CnaR.

A equipe de CnaR da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira é composta no momento pelos seguintes profissionais: um médico clínico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um psicólogo clínico, um assistente social, um terapeuta ocupacional, dois agentes sociais. A clínica da família conta também com uma gerente, que coordena todas as equipes.

5.2) População do estudo:

A pesquisa foi realizada tendo por base os prontuários eletrônicos da população adulta (acima de 18 anos) em situação de rua cadastrada pela equipe de CnaR que atua no bairro do Jacarezinho (região metropolitana do RJ) nos anos de 2016 e 2017. Também foram entrevistados os oito profissionais da equipe de CnaR (1 médico, 1 enfermeiro, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnico de enfermagem, 2 agentes sociais), além da gestora da unidade.

5.3) Desenho do estudo:

O estudo realizado foi pesquisa descritiva, de caráter exploratório. Para tal, optamos por escolher uma abordagem tanto quantitativa quanto qualitativa, por entender que esses dois diferentes tipos de abordagens serão complementares e fundamentais para uma análise mais detalhada (DESLANDES e ASSIS, 2002; LANDIM *et al.*, 2006).

Segundo Tanaka e Melo (2004), esse é o tipo de desenho mais adequado na avaliação de serviços de saúde, considerando a heterogeneidade e complexidade dos mesmos. Segundo os autores, essas diferentes abordagens ao mesmo tempo que se complementam, permitem avaliar

diferentes facetas de um mesmo fenômeno, e, dessa maneira, possibilita uma resposta mais adequada à questão de pesquisa. Vale ressaltar que o uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa possibilita compreender em maior profundidade a dinâmica interna do fenômeno, e conseqüentemente facilita a compreensão dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados. Enquanto a avaliação quantitativa permite uma visão geral do fenômeno, a avaliação qualitativa possibilita encontrar explicações e aprofundar alguns dos aspectos gerais identificados quantitativamente (TANAKA e MELO, 2004).

5.4) Técnicas de pesquisa:

- 1) Revisão bibliográfica: principais bases de dados (Google Scholar, Scielo, Bireme, BVS, BDTD, Portal CAPES)
- 2) Análise documental: pesquisa aos documentos oficiais, normas, atas, relatórios, entre outros documentos.
- 3) Análise de dados secundários: coleta de dados dos prontuários eletrônicos VITAHISCARE dos pacientes alvos desse estudo. Os dados a serem coletados serão melhor detalhados no item 5.5.
- 4) Entrevista semi-estruturada: aplicada aos profissionais que compõe a equipe do Consultório na Rua e com o gestor da unidade. Essa técnica de entrevista foi escolhida por conter estruturação flexível, e por poder ser feita a partir de questões abertas que definem a área a ser explorada (FIUZA e BARROS, 2011).

5.5) Percurso metodológico e aspectos éticos:

Para tal, realizamos os passos metodológicos descritos a seguir:

Etapa 1 - Levantamento de dados secundários, baseado na análise dos prontuários eletrônicos dos usuários atendidos pela eCR do Jacarezinho durante os anos de 2016 e 2017, de onde foram retiradas as informações para análise.

Foram coletados os seguintes dados:

Quadro 3: Perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua

✓ Idade	✓ Escolaridade
✓ Sexo	✓ Ocupação
✓ CPF	✓ Tempo em situação de rua
✓ Cartão SUS	✓ Beneficiário de programa social
✓ Raça/cor	✓ Referência e/ou vínculo familiar
✓ Município de Nascimento	✓ Alimentação diária
✓ Local de permanência	✓ Higiene pessoal

Quadro 4: Situação de saúde referida nos prontuários

✓ Tratamento de saúde	✓ Feridas no corpo
✓ Alguma doença	✓ Medicação em uso
✓ Tosse	✓ Uso de drogas
✓ Manchas no corpo	✓ Internação prévia

Etapa 2 - Categorização dos atendimentos da eCR segundo causa base: doença crônica, doença infectocontagiosa e outros agravos a serem definidos, com base no CID informado em prontuário.

Etapa 3 - Categorização de casos quanto à necessidade de articulação com a rede de atenção à saúde para suprir os atendimentos realizados pela eCR, considerando os seguintes eixos:

- 3.1) Média complexidade (consultas e exames especializados e/ou laboratoriais);
- 3.2) Urgência e Emergência;
- 3.3) Maternidades,
- 3.4) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e
- 3.5) Rede Intersetorial

Etapa 4 - Categorização dos encaminhamentos realizados pela eCR, e do possíveis seguimento dos pacientes, buscando identificar o cumprimento dos fluxos e/ou as possíveis barreiras que possibilitaram ou inviabilizaram a continuidade do tratamento. Nessa etapa, utilizamos a seguinte categorização:

- ✓ Grau 0: Sem registro de encaminhamento no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);

- ✓ Grau 1: Com registro de encaminhamento no PEP, mas sem registro de continuidade;
- ✓ Grau 2: Com registro de encaminhamento no PEP e registro de continuidade.

Vale ressaltar que nas etapas 3 e 4 apenas foram analisados os prontuários que apontavam alguma indicação de articulação com os demais níveis de atenção à saúde.

Todos esses dados foram coletados das fichas de cadastro dos usuários, e de informações contidas em “campo livre” nesses mesmos prontuários. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e agosto de 2018, sendo tabuladas pelo programa Excel 2010, e analisadas estatisticamente através do programa R Project - versão 3.5.1.

Para acesso ao prontuário foi solicitada autorização da gerente da unidade de saúde estudada, garantindo o sigilo das informações coletadas, incluindo a identificação dos usuários, sendo o uso apenas para alcance dos objetivos desta pesquisa, conforme consta no Termo de Coleta e Utilização de Dados (TCUD).

Etapa 5 - Aplicação de entrevista semiestruturada aos oito membros da eCnaR do Jacarezinho, além da gestora da unidade de saúde sede dessa equipe. As entrevistas, realizadas individualmente mediante roteiro que consta no anexo II, tinham como objetivos conhecer o perfil geral dos entrevistados e saber quais eram suas percepções sobre como se dava o acesso e integralidade do cuidado em saúde para as pessoas em situação de rua atendidas pela equipe e que necessitavam ser referenciadas para a rede de saúde, através de perguntas norteadoras sobre formas de encaminhamento, organização da rede de atenção em seus diversos níveis, e principais facilidades e dificuldades encontradas. As entrevistas foram previamente agendadas de acordo com o estabelecido pelos participantes, realizadas em ambiente reservado na própria CF Anthídio Dias da Silveira - todas pela pesquisadora responsável - tiveram duração entre 15 a 40 minutos, sendo gravadas em mídia digital. Com relação ao sigilo, o nome do participante foi preservado, e para identificação utilizamos um número código para cada entrevistado. Todos os participantes das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização das mesmas. Na etapa seguinte, as mesmas foram integralmente transcritas, mantendo-se a linguagem utilizada pelo participante, e inseridas no programa WebQDA, específico para análises qualitativas. O uso desse software foi escolhido por tornar mais rápida e eficiente a gestão dos dados e das ideias, permitindo, através de uma modelagem gráfica, a redução da complexidade do processo de análise, potencializando assim o rigor metodológico, a consistência e a transparência analítica (MINAYO E COSTA, 2019). Em seguida, o material produzido foi submetido à análise de conteúdo, modalidade temática

(BARDIN, 1977) seguindo as três etapas propostas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados com as inferências e as interpretações. Desse modo, após transcrito e organizado todo material empírico, foi iniciado o processo de leitura, primeiro fluante e depois minuciosamente, para identificação dos elementos gerais que compunham cada conjunto de dados (entrevista). Após isso, os dados foram agrupados por similaridade, dando origem a quatro categorias temáticas (População em Situação de Rua, Consultório na Rua, Redes de Atenção à Saúde e Fluxos e Encaminhamentos), divididas em subcategorias. A formação das categorias analíticas temáticas representaram os sentidos mais frequentemente presentes nas falas dos profissionais, assim como aqueles ímpares, singulares, e que tiveram relevância devido a sua importância para o tema em questão.

Essa pesquisa foi realizada em conformidade com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à banca de qualificação em janeiro de 2018, na ENSP, com posterior submissão aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), sendo aprovado com o número do parecer 2.668.607, em 05/06/2018.

6) Resultados

6.1. Dados quantitativos

Serão apresentados os resultados obtidos nas quatro primeiras etapas desse estudo, realizadas através da coleta de dados dos prontuários analisados. Foram analisados um total de 494 prontuários eletrônicos, de pacientes adultos cadastrados pela equipe do CnaR do Jacarezinho nos anos de 2016 e 2017.

Na tabela 1, descreve-se o perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo e as diversas variáveis colhidas na ficha de cadastro.

Verifica-se que a população é majoritariamente masculina (70%), formada principalmente por pretos e pardos (82%) (Tabela 1).

Com relação à faixa etária, mais da metade das pessoas se encontra na faixa etária de 20-40 anos (64%). A distribuição por sexo e faixa etária indica que o percentual de homens na faixa etária de 40-60 é mais que o dobro das mulheres nesta faixa etária (Tabela 1).

Com relação ao nível de escolaridade, a maioria dos usuários relataram ter Ensino Fundamental incompleto, chegando a 51% dos usuários. Apenas 5% relataram analfabetismo (Tabela 1). Nos dados relativos ao CPF e cartão SUS dos prontuários analisados verificamos que em apenas 32% dos prontuários analisados havia registro de CPF, e só 27% dos prontuários sinalizavam registro de que o usuário possuía cartão SUS. Tanto o percentual de pessoas com CPF, quanto com cartão SUS, foi superior no sexo feminino (p-valor <0.05).

Quanto o acesso à benefícios sociais, os dados coletados nos prontuários eletrônicos indicaram que apenas 10% dos usuários cadastrados declararam ter acesso à benefícios sociais (Bolsa Família, LOAS, entre outros) (Tabela 1).

Sobre o tempo de vida nas ruas, verificamos que a maior parte dos usuários cadastrados pela equipe do CnaR Jacarezinho nos anos de 2016 e 2017 encontram-se nas ruas a menos de 1 ano (38%), enquanto 35% dos usuários estavam nas ruas de 1 a 5 anos e 27% há mais de 5 anos (Tabela 1).

Ainda sobre a vida nas ruas, verificamos que 85% dos usuários em situação de rua cadastrados nos anos em análise relataram possuir um local de permanência, diurno ou noturno. Desses, 28% relatou permanecer na área de Del Castilho e arredores e 23% na área do Jacarezinho e arredores, áreas geográficas próximas da CF Anthídio Dias da Silveira, onde fica a base do CnaR do Jacarezinho (Tabela 1).

Ao avaliarmos a procedência desses usuários, verificamos que 67% dos usuários declararam ser naturais da cidade do Rio de Janeiro, 14% oriundos de outros municípios da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) e 17% são oriundos de outros estados (Tabela 1).

Sobre o modo de vida nas ruas, 67% dos usuários relataram ter acesso à itens e locais para higiene pessoal, que incluía acesso ao sanitário, banho e insumos para higiene bucal. No que diz respeito ao acesso à alimentação, cerca de 83% dos usuários relataram realizar duas ou mais refeições diárias (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	MASCULINO (N = 350) (70%)	FEMININO (N = 144) (30%)	P-VALOR
Possui CFP	157 (32%)	71 (20%)	62 (44%)	0,01
Possui cartão sus	133 (27%)	71 (21%)	62 (44%)	0,0001
Faixa etária				
17-20	20 (4%)	8 (2%)	12 (8%)	0,0001
20-40	316 (64%)	213 (61%)	103 (72%)	
40-60	135 (27%)	114 (33%)	21 (15%)	
60-80	23 (5%)	15 (4%)	8 (5%)	
Etnia				
Pretos/Pardos	404 (82%)	287 (82%)	117 (81%)	0,95
Branco/Amarelos/Indíg.	90 (18%)	63 (18%)	27 (19%)	
Naturalidade				
Rio de Janeiro (capital)	284 (67%)	196 (65%)	88 (72%)	0,57
Outras cidades - reg. metr.	61 (14%)	47 (15%)	14 (11%)	
Demais regiões do ERJ	10 (2%)	8 (3%)	2 (2%)	
Outros estados	72 (17%)	53 (17%)	19 (15%)	
Escolaridade				
Analfabeto	24 (5%)	16 (5%)	8 (7%)	0,46
E. Fund. incompleto	250 (51%)	178 (58%)	72 (61%)	
E. Fund. completo	139 (28%)	63 (21%)	26 (22%)	
E. Médio	11 (2%)	49 (16%)	12 (10%)	
Tempo de rua				
< 6 meses	106 (22%)	75 (22%)	31 (22%)	0,24
6 a 12 meses	76 (16%)	56 (17%)	20 (14%)	
1 a 5 anos	170 (35%)	126 (37%)	44 (31%)	
> 5 anos	130 (27%)	83 (24%)	47 (33%)	
Acesso à higiene pessoal	223 (67%)	152 (64%)	71 (74%)	0,11
Recebe benefício social	50 (13%)	30 (11%)	20 (16%)	0,22
Com vínculo familiar	234 (65%)	154 (73%)	80 (70%)	0,28
Acesso a alimentos				
1 vez ao dia	63 (17%)	41 (15%)	22 (20%)	0,24
2 a 3 vezes ao dia	218 (57%)	163 (60%)	55 (51%)	
> 3 vezes ao dia	98 (26%)	67 (25%)	31 (29%)	
Local de permanência				
Jacarezinho e arredores	115 (23%)	82 (23%)	33 (23%)	0,46
Del Castilho e arredores	138 (28%)	80 (23%)	58 (40%)	
Demais localidades	168 (34%)	132 (38%)	36 (25%)	
Não informado	73 (15%)	56 (16%)	17 (12%)	
Com ocupação	117 (24%)	91 (18%)	26 (26%)	0,08

CPF = Cadastro de Pessoa Física; Indíg.= Indígena; reg. metr. = região metropolitana; ERJ = Estado do Rio de Janeiro; E. = Ensino; Fund. = Fundamental.

O p-valor calculado refere-se ao teste quiquadrado ou teste de Fisher

A tabela 2 apresenta um consolidado das principais condições da saúde referidas pela população analisada, com base nos prontuários eletrônicos dos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo sexo.

Segundo os dados contidos nos prontuários eletrônicos analisados, apenas 91 usuários (23%) referiram possuir alguma doença; 99 usuários (28%) disseram estar realizando tratamento em alguma unidade de saúde, e 56 usuários (17%) relataram estar fazendo uso de alguma medicação que não psicotrópicos. Queixas de sintomas respiratórios, como tosse ou falta de ar estavam presentes em 26% dos prontuários analisados, e de sintomas dermatológicos, como manchas ou feridas em 18%. Relatos de violência também foram encontrados em 8% dos prontuários analisados; e apenas em 1 prontuário foi verificado relato de tentativa de suicídio (Tabela 2).

Tabela 2: Principais condições da saúde referidas em prontuário eletrônico pelos usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua do Jacarezinho, nos anos de 2016 e 2017, segundo o sexo

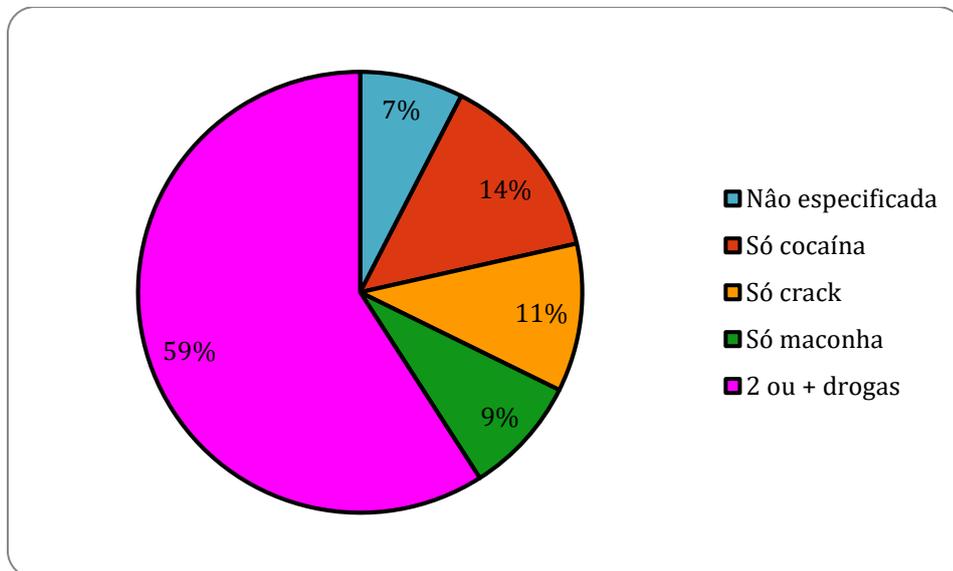
CARACTERÍSTICAS	TOTAL	MASCULINO (N = 350) (70%)	FEMININO (N=144) (30%)	P-VALOR
Faz tratamento de saúde	99 (28%)	66 (26%)	33 (34%)	0,15
Uso de medicação	56 (17%)	35 (14%)	22 (4%)	0,12
Uso de álcool e drogas				
Tabaco	244 (49%)	165 (33%)	79 (16%)	0,06
Álcool	166 (34%)	133 (38%)	33 (23%)	0,003
Drogas ilícitas	359 (72%)	254 (73%)	105 (73%)	0,99
Presença de doença	91 (23%)	55 (22%)	36 (36%)	0,01
Sintoma respiratório	127 (26%)	86 (25%)	41 (29%)	0,43
Manchas ou feridas	91 (18%)	70 (20%)	21 (15%)	0,20
Internação prévia	190 (38%)	140 (40%)	50 (35%)	0,32
Violência	39 (8%)	27 (8%)	12 (8%)	0,96
Tentativa de suicídio	1 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0,29

O p-valor calculado refere-se ao teste quiquadrado ou teste de Fisher

Quando perguntados quanto ao uso de substâncias psicoativas, 49% dos usuários cadastrados no período em análise relataram uso de tabaco, 34% uso de álcool, e 6% uso de medicamentos psicoativos. A figura 1 apresenta a distribuição do tipo de droga ilícita utilizada, segundo as informações dos prontuários.

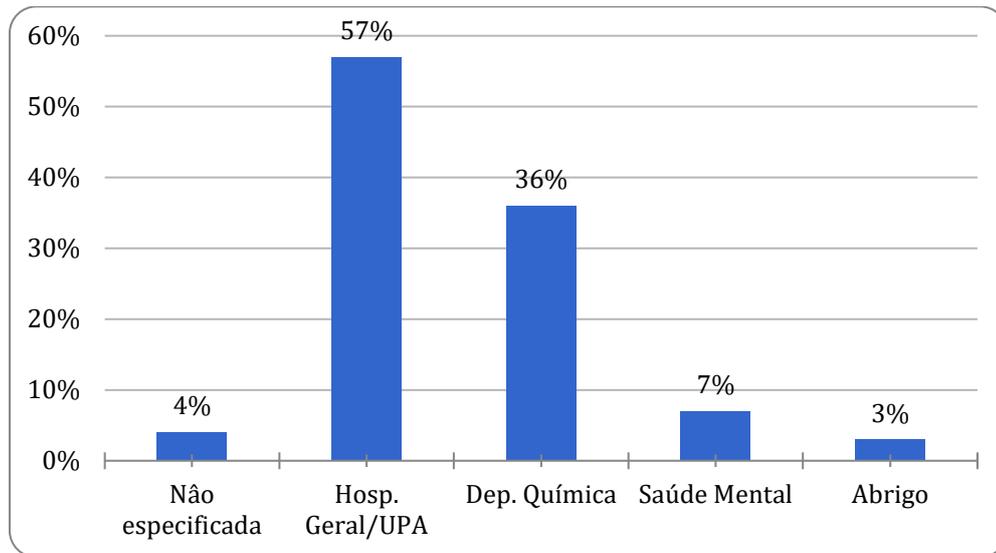
Ao analisarmos o consumo de drogas ilícitas, vemos que 72% dos usuários informaram fazer uso de drogas ilícitas, sendo mais frequente a associação de duas ou mais drogas (59%). O uso exclusivo de cocaína foi apontado por cerca de 14% dos usuários, de crack em cerca de 11% e de maconha em 8% (Figura 1).

Figura 1: Distribuição dos usuários, segundo o uso de drogas ilícitas, 2016/2017



Também foram encontrados nos prontuários dados referentes à internações sofridas por esses usuários. Cerca de 38% dos usuários relataram ter sofrido algum tipo de internação. A maior parte dessas internações (57%) se deram em hospitais gerais ou UPAs, devido à condições de agravo clínico, 36% em instituições para dependentes químicos e 7% em instituições de saúde mental, como hospitais psiquiátricos ou CAPS. Os abrigos foram apontados como instituições de internação em 3% dos casos (Figura 2).

Figura 2: Distribuição dos usuários segundo relato de internação, 2016/2017



Quanto às condições de saúde diagnosticadas (CID ativo em prontuário), 13% foram diagnosticados com sífilis; 8% com tuberculose e 5% com diagnóstico positivo para HIV/AIDS. Transtornos mentais foram apontados em 13% dos prontuários analisados. Hipertensão arterial foi um diagnóstico presente em 5% dos usuários cadastrados no período em análise. Asma e diabetes foram apontados em cerca de 1% dos prontuários; deficiência física e/ou visual em cerca de 1%. Das 144 mulheres cadastradas no período em análise, 19 eram gestantes (cerca de 13%) (Tabela 3).

Tabela 3: Principais condições de saúde diagnosticadas referentes aos usuários cadastrados nos anos de 2016/2017, segundo sexo:

CONDIÇÃO DE SAÚDE	TOTAL N (%)	MASCULINO N (%)	FEMININO N (%)	P-VALOR
Sífilis	66 (13%)	33 (9%)	33 (23%)	0,0001
Transtorno mental	66 (13%)	36 (10%)	30 (21%)	0,003
Tuberculose	40 (8%)	27 (8%)	13 (9%)	0,76
HIV	25 (5%)	15 (4%)	10 (7%)	0,32
HAS	24 (5%)	18 (5%)	6 (4%)	0,82
Asma	7 (1%)	2 (1%)	5 (4%)	0,02
Diabetes	6 (1%)	5 (1%)	1 (1%)	0,68
Deficiência visual	4 (1%)	4 (1%)	0 (0%)	0,32
Deficiência física	1 (<1%)	1 (<1%)	0 (0%)	0,99
(*) Gestante		*	19 (13%)	

HIV = Human Immunodeficiency Virus; HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; * a condição “gestante” não se aplica ao sexo masculino; apenas foram incluídos doenças com Código internacional de doenças (CID) ativo no prontuário.

A tabela 4 apresenta um consolidado dos relatos de encaminhamento segundo as categorias pré-definidas, dos pacientes cadastrados nos anos de 2016/2017. Vale ressaltar que nessa tabela foram considerados apenas os usuários que tiveram pelo menos uma consulta com algum membro da equipe do CnaR, sendo esse total de 384 usuários.

Ao analisarmos os dados colhidos dos prontuários, vemos que 57 usuários tinham relatos em seus prontuários de encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial. Desses, cerca de metade - 27 usuários (7% do total de prontuários avaliados) tinham relatos de acesso à essa rede. O encaminhamento para a realização de exames laboratoriais e de imagem foi realizado em 43% dos usuários atendidos pela equipe; desses 62% tinham sinalizados em seus prontuários a realização de seus exames. Encaminhamentos para consultas de especialidades (média complexidade) foram verificadas em 11% dos prontuários analisados; desses cerca de metade tinham relatos de acesso às consultas. Apenas em 4% dos prontuários analisados haviam relatos de encaminhamentos para a rede de urgência e emergência; desses quase 70% foram absorvidos por essa rede, segundo os relatos. Em 22% dos prontuários foram encontrados relatos de encaminhamentos para a rede intersetorial (escolas e creches, mercado de trabalho, abrigamento, documentação, entre outros); e em 50% desses haviam relatos de acesso à essa rede. No caso das gestantes, das 19 gestantes cadastradas no período em análise, todas passaram por consulta com a equipe do CnaR. Dessas, 79% tinham relatos em seus prontuários de encaminhamento para a maternidade, e em cerca de 80% desses prontuários havia relatos de acesso da usuária à esse serviço (Tabela 4).

Tabela 4: Descrição dos encaminhamentos com base nos prontuários eletrônicos dos usuários que tiveram ao menos uma consulta com a equipe de Consultório na Rua nos anos de 2016/2017

VARIÁVEIS	SEM RELATO DE ENCAMINHAMENTO	ENCAMINHADOS	
		ENCAMINHADOS SEM RELATO DE CONTINUIDADE	ENCAMINHADOS COM RELATOS DE CONTINUIDADE
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	327 (85%)	30 (8%)	27 (7%)
Exames (laboratoriais e de imagem)	223 (57%)	60 (17%)	101 (26%)
Consultas de média complexidade	342 (89%)	22 (6%)	20 (5%)
Urgência/emergência	368 (96%)	5 (1%)	11 (3%)
Maternidades (*)	4 (21%)	5 (26%)	10 (53%)
Rede Intersetorial	297 (78%)	40 (10%)	47 (12%)

*Na variável "maternidades" foram consideradas apenas as mulheres com CID ativo de gestante, cadastrado nos anos em análise (n=19).

6.2. Dados qualitativos

Os resultados a seguir refletem a análise qualitativa realizada através das entrevistas coletadas na quinta etapa deste estudo. Foram entrevistados seis mulheres e três homens, com idades compreendidas na faixa dos 20 aos 65 anos. A maior parte dos profissionais entrevistados faziam parte da equipe há quatro ou cinco anos (seis profissionais), dois estavam na equipe há cerca de seis anos, e um entrevistado há três anos. Quanto ao nível de escolaridade, seis entrevistas foram realizadas com profissionais de nível superior, que desempenhavam as funções de médico (1), enfermeiro (1), assistente social (1), psicólogo (1), terapeuta ocupacional (1) e gerente da UBS (1); e três realizadas com profissionais de nível médio, que desempenhavam as funções de agente social (2) e técnico de enfermagem (1), conforme apresentado no quadro 5.

Quadro 5: Perfil geral dos profissionais entrevistados (n=9)

PERFIL GERAL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS (n=9)	
ATRIBUTOS	FONTES
SEXO	
MASCULINO	3
FEMININO	6
IDADE	
< 30 ANOS	2
30 A 59 ANOS	5
60 ANOS OU MAIS	2
TEMPO NA EQUIPE	
3 ANOS	1
4 ANOS	3
5 ANOS	3
6 ANOS	2
ESCOLARIDADE	
NÍVEL MÉDIO	3
NÍVEL SUPERIOR	6
FUNÇÃO NA EQUIPE	
AGENTE SOCIAL	2
ASSISTENTE SOCIAL	1
ENFERMEIRO	1
GERENTE DA CF	1
MÉDICO	1
PSICÓLOGO	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1

Foram elaboradas quatro categorias de análise, que emergiram a partir dos principais pontos enunciados nas entrevistas com os profissionais. São elas:

- Caracterização da População em Situação de Rua
- O Consultório na Rua: princípios, diretrizes e processo de trabalho
- Redes de Atenção à Saúde: um olhar sobre acesso e integralidade
- Fluxos e formas de encaminhamento: os caminhos da rede

A primeira categoria trata das principais características da população em situação de rua apontadas pelos profissionais durante suas falas. Para facilitar a análise, foram identificadas quatro subcategorias: perfil da população em situação de rua - que abrange características como itinerância/nomadismo, imediatismo, drogadição, entre outras; vulnerabilidade social - que compreende o processo acentuado de exclusão e uma maior exposição aos riscos; garantia de direitos - que abordou temas como falta de documentação básica, desemprego, entre outros; e os principais agravos em saúde - tuberculose, ISTs, e demais agravos.

A segunda categoria trata dos principais princípios, diretrizes e do processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua. Foram identificadas a partir daí cinco subcategorias: acolhimento e escuta, enquanto componentes do cuidado; vínculo - também enquanto ferramenta do cuidado; autonomia e tutela, onde foi considerado o acompanhamento ou não do usuário enquanto ação da equipe do CnaR; questões sobre as especificidades do processo de trabalho da equipe CnaR; e por último o matriciamento e educação permanente - onde foram consideradas discussões de casos, compartilhamento de casos, capacitações, entre outros.

A terceira categoria aborda as questões relativas à rede de atenção à saúde, tendo como norteadores a questão do acesso e da integralidade. Como subcategorias, temos a atenção primária - em especial as questões sobre as clínicas da família; a atenção secundária - ambulatorios, exames e consultas especializadas; a atenção terciária - com hospitais, maternidades, UPAS, leitos AD; a rede de saúde mental - com os CAPS e ambulatorios de SM e por último a rede intersectorial - com abrigos, escolas, trabalho e renda, entre outros.

Como última categoria elencada nas entrevistas foram os fluxos e encaminhamentos, onde foram analisadas as formas de encaminhamento, as facilidades e dificuldades de acesso, e questões relativas ao retorno dos casos.

O quadro 6 sistematiza essa categorização, incluindo subcategorias de análise, referências, fontes, e palavras-chaves de descrição:

Quadro 6: Categorização da análise qualitativa

Categorias	Subcategorias	Refs.	Fontes	Descrição
População em Situação de Rua	Perfil da população	27	8	Itinerância, imediatismo, drogadição, etc.
	Vulnerabilidade social	11	5	Processo acentuado de exclusão e exposição maior aos riscos
	Garantia de direitos	9	5	Falta de documentação, comprovante de residência, entre outros
	Principais agravos	13	6	Tuberculose, HIV, álcool e drogas, outras
CnaR	Acolhimento e escuta	13	4	Acolhimento e escuta enquanto componentes do cuidado
	Vínculo	24	8	Formação de vínculo enquanto componente do cuidado
	Autonomia e tutela	19	7	Acompanhamento ou não do usuário como ação da equipe do CnaR
	Processo de trabalho	33	8	Especificidades do processo de trabalho da equipe do CnaR
	Matriciamento - educação permanente	7	4	Discussão de casos, compartilhamento do cuidado, capacitações
Redes de Atenção à Saúde	Atenção primária	10	4	Clínicas da Família
	Atenção secundária	11	4	Ambulatórios, consultas especializadas, exames
	Atenção terciária	49	9	Hospitais, UPAS, maternidades, leitos AD
	Rede de saúde mental	17	9	CAPS, Ambulatórios SM
	Rede intersetorial	23	8	Abrigos, escolas, trabalho e renda, etc.
Fluxos e Encaminhamentos	Formas de encaminhamento	38	9	Utilização de formulário, SISREG, whatsapp, telefone, etc
	Facilidades de acesso	30	9	Facilidades de acesso aos serviços da rede
	Dificuldade	64	9	Dificuldades dos usuários no acesso e continuidade cuidado nos serviços
	Retorno dos casos	8	4	Devolutiva dos casos, contra-referenciamento

Refs.= referências da subcategoria durante as entrevistas; CnaR = Consultório na Rua; SISREG = sistema de regulação; HIV = Human Immunodeficiency Virus; UPAS = Unidade de Pronto Atendimento; AD = Álcool e Drogas; CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; SM = Saúde Mental.

Para uma melhor organização metodológica, optou-se por incluir os resultados da análise qualitativa no capítulo de discussão, de forma que as narrativas dos profissionais possam ser relacionados com os resultados da análise quantitativa dos prontuários, à luz da literatura científica.

7) Discussão

O desafio posto neste trabalho é de lançar um olhar sobre a população em situação de rua do território do Jacarezinho, o trabalho da eCnaR com essa população e o trabalho desse dispositivo em conjunto com a rede de serviços intra e intersectorial, na busca de um cuidado integral.

7.1) Caracterização da População em Situação de Rua do Jacarezinho

Ao observarmos o perfil sociodemográfico traçado a partir das informações colhidas nos prontuários eletrônicos, vimos se tratar de uma população composta na sua maioria por homens, pretos ou pardos, adultos jovens, em idade produtiva. No entanto, mais da metade dessa população tem baixo nível de escolaridade, e parte deles são analfabetos. A grande maioria declarou não possuir CPF, cartão SUS, ou acesso a benefícios sociais. Esse perfil, encontrado na população em situação de rua atendida pela eCnaR Jacarezinho nos anos da pesquisa é bastante compatível com o perfil traçado pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008). Foi verificado também que aproximadamente 40% dessas pessoas encontram-se nas ruas a menos de um ano. Esse é um dado muito semelhante ao encontrado por Bottil, Castro, et al.(2009), ao pesquisar a população em situação de rua em Belo Horizonte. Neste estudo, os pesquisadores alertam sobre a importância desse dado, uma vez que o tempo de estadia da pessoa na rua é diretamente proporcional à dificuldade delas (BOTTIL, CASTRO e. al. 2009).

Esses achados nos remetem aos processos de exclusão que vêm sendo impostos à população de vida mais precária, aos destituídos de vínculos fortes e de garantias de direitos, aos mais vulnerabilizados (negros, pobres, de baixa escolaridade, sem documentos) e aqueles com poucas ferramentas para adentrarem ou permanecerem no processo produtivo, segundo o que está posto pela agenda neoliberal no Brasil e no mundo (OLIVEIRA, 2018; BOTTIL, CASTRO e. al. 2009).

A maioria esmagadora de pretos e pardos encontrada na pesquisa nos remete a relembrar que os processos históricos de desigualdades vividos cotidianamente pelos negros no Brasil estão intrinsecamente associados ao racismo. O racismo, por assim dizer, estrutura o Estado brasileiro, sendo um dos principais organizadores das desigualdades materiais e simbólicas vividas por essa população. Ele estrutura as condições e possibilidades de trabalho, de estudo, de vínculo (incluindo o casamento e os vínculos de amizade), de liberdade, de lugar e de não lugar, onde morar e o não direito de morar, a forma de morrer, etc. Afeta a possibilidade de os negros garantirem o presente, planejarem o futuro, realizarem sonhos, satisfazerem necessidades (COSTA, 2012). Falar de população em situação de rua é falar também desse processo de racismo histórico e estrutural, como nos diz Costa (2012):

“Com a abolição da escravatura (1888), o Estado brasileiro, os fazendeiros, ou qualquer outra escravista ou instituição escravocrata foram eximidos das responsabilidades pelos atos realizados nos tempos do escravismo e dos cuidados básicos com o andamento seguinte da vida dos então libertos. Assim sendo, de maneira geral, à população liberta e desapropriada das condições fundamentais para a sobrevivência restaram a morte, os afazeres presentes nas regiões rurais economicamente decadentes, as atividades urbanas desqualificadas e as tarefas propiciadoras de risco de morte. Tornar-se mendigos, errantes, ladrões, prostitutas foi o destino de alguns...”

O processo migratório também foi apontado nos prontuários de uma forma bem interessante: cerca de 70% das pessoas em situação de rua eram do próprio município do Rio de Janeiro. Esse dado vai de acordo com o movimento migratório apontado por Oliveira (2018), que corresponde ao caminho que leva da pobreza para a miséria extrema, deslocando as pessoas das periferias para as ruas e demais logradouros públicos das regiões mais centrais da cidade (OLIVEIRA, 2018). O território do Jacarezinho e Del Castilho se constituiu o principal local de permanência dessas pessoas, que se concentram em bolsões de pobreza, em grandes cenas de uso de drogas, como a linha do trem e embaixo do viaduto da “B2”. Com todos esses problemas, o Jacarezinho é considerada a 3ª área mais vulnerável da cidade, segundo Índice de Progressão Social (PULICI *et al.*, 2016). Mesmo assim, é este o local de permanência escolhido por muitas pessoas em situação de rua. Esse achado coaduna com o que nos diz Oliveira (2018),

apontando que muitas vezes os espaços vazios dos bairros mais periféricos da cidade do Rio de Janeiro são vistos pela população não só como cenário de descartes de dejetos, mas como área de ocupação de *peessoas-lixo*, conforme o termo utilizado por uma pessoa em situação de rua ao referir-se sobre a forma como era visto pelos moradores (OLIVEIRA, 2018).

Boa parte dessa vulnerabilidade foi apontada também nos relatos dos profissionais: a migração e dificuldade de conseguir emprego, a falta dos documentos, o preconceito e a estigmatização. A vulnerabilidade social que os moradores em situação de rua estão submetidos tem várias faces, tais como: a própria precariedade da vida nas ruas pela falta de higiene, de lugar de adequado para o descanso, a falta de segurança, a exposição à violência e o olhar preconceituoso a que são submetidos. Essa realidade, característica do processo de exclusão no Brasil desse início de milênio, tem origens econômicas mas também se caracteriza pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldades de acesso à informação e perda de autoestima (SAMPAIO, 2018).

População em situação de rua engloba vários modos de vida no território e diferentes relações com esse mesmo território. Macerata (2010) nos diz que a rua evidencia as diferenças e os abismos sociais em seu grau máximo, sendo o local daqueles que perderam o seu lugar (MACERATA, 2010). Essas diferentes formas de vida, evidenciadas na rua, com todas as suas singularidades, foi facilmente percebida na fala dos profissionais entrevistados.

O caráter itinerante, e o imediatismo também foram características apontadas nas falas de profissionais da equipe. Van Wijk (2017) define esse caráter itinerante, ou nomadismo, como uma condição permanente de itinerância das pessoas em situação de rua através dos territórios (VAN WIJK, 2017). Podemos entender também como população flutuante ou migratória essa que mantém intensa itinerância e mobilidade pelos territórios, construindo “rápidas e frágeis” relações de permanência, convivência e cuidados em cada um dos lugares (PACHECO, LIMA, *et al*, 2018):

“essas pessoas são muito é itinerante né, eles aparecem aqui, vão pra outra (clínica), depois voltam pra cá” (P4)

Já o imediatismo, definido por Van Wijk (2017) como a urgência em obter aquilo que deseja e dificuldade em esperar (VAN WIJK, 2017), foi destacado numa das falas, como uma consequência da desorganização de vida à que esses usuários são submetidos ao longo da sua história.

“eles não têm horário...ele chega, o momento dele é esse, a demanda aparece ele vai lá e pede e se tiver um retorno, tudo bem, se não tiver ele vai embora” (P2)

“...na maioria dos casos a vida foi, é, há uma desorganização no modo de vida, quando a pessoa vai pra rua ela acaba tendo outros modos de organização, é muito foco no hoje, no agora...” (P6)

A questão da vulnerabilidade social a que esses usuários estão submetidos surgiu de diversas formas nos relatos: na fragilidade dos vínculos familiares, na não garantia de acesso aos direitos básicos, na falta de emprego e de documentação, no estigma e preconceito que são submetidos. Esse conceito de vulnerabilidade social relaciona-se, em especial, ao resultado de um acentuado processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos sociais, provocados por fatores como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, dentre outros (SAMPAIO, 2018).

“eles são mais vulneráveis e precisam de mais ajuda...” (P2)

“...eles não funcionam da mesma forma que os pacientes domiciliados, que tem apoio familiar, tem o suporte nutricional, tem uma vida normalizada, não tem tantos fatores externos que atrapalhem a vida deles.” (P4)

“...são pessoas muito estigmatizadas, sofrem muito preconceito” (P6)

“ são pessoas que vêm de outro Estado né, que fica em situação de rua por não conseguir um emprego.” (P2)

“...os usuários né e o morador de rua, geralmente, não têm documentos, porque perdem ou porque roubam” (P8)

AYRES (1997) nos aponta que na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição à determinantes de saúde e doença, em determinados contextos e exposições sócio sanitárias podem produzir maior ou menos suscetibilidade à doenças. Sendo assim, a vulnerabilidade é um indicador de iniquidades sociais, precede, e pode determinar os diferentes riscos no processo saúde-doença (AYRES 1997 *apud* TRINO *et al.* 2015, p. 38). A partir desse olhar, prosseguimos na análise dos dados, onde é observado que em apenas 20 a 30% dos prontuários os usuários relataram possuir qualquer tipo de doença, estar em tratamento médico ou fazer uso

de alguma medicação. Essa percepção do corpo, das suas fragilidades e do processo saúde-doença foi apontado também no estudo de Bottil e colaboradores, sendo explicado pela existência de percepções diferenciadas do processo de se sentir doente, sendo influenciado pela cultura, trabalho, e renda (BOTTIL, CASTRO e. al. 2009). Ainda assim, os prontuários apontam queixas como sintomas respiratórios e dermatológicos, relatos de violência, além do uso abusivo de álcool, tabaco e de drogas ilícitas, sendo essa a condição referida mais presente nos prontuários analisados. Doenças sexualmente transmissíveis como sífilis (13%) e HIV (5%), tuberculose (8%) e transtornos mentais (13%) foram os diagnósticos mais frequentemente sinalizados pelos profissionais, ao lado do uso abusivo de álcool (34%), tabaco (49%) e drogas ilícitas (72%), tanto nos prontuários quanto nas falas dos profissionais. A gestação também foi, de certa forma, considerada como agravo em saúde, a medida que era condição mobilizadora do cuidado singular da equipe, devido às condições de vulnerabilidade das gestantes serem, por si só agravantes do risco.

“Eu acho que algumas questões do consultório na rua são muito fortes, tipo, tuberculose, DSTs, laqueadura, algumas questões muito presentes pro consultório na rua.” (P3)

“ Tuberculose é uma doença muito vinculada às questões de mobilidade social, de extrema pobreza, pessoa em situação de rua então...” (P6)

“a demanda da nossa maioria é HIV, tuberculose...a parte de tuberculose e HIV que é a nossa luta maior” (P8)

Esses dados também são compatíveis com os apresentados em outros estudos (AGUIAR E IRIART, 2009, HALLAIS E BARROS, 2015). Reis Junior (2011) também apresenta em seu estudo um perfil de morbidade, dando destaque aos agravos como psicoses, HIV, e tuberculose, que estão bem acima da média na população em geral (REIS JUNIOR, 2011).

Importante dar um destaque especial aos dados encontrados sobre sífilis. Segundo dados do último Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2018), a população mais afetada pela sífilis no Brasil são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Esse dado vai de acordo com os apontados nessa pesquisa, já que 23% do universo de mulheres que tiveram seus prontuários analisados apresentaram esse agravo, em contraste com

os 9% de homens que apresentaram diagnóstico de sífilis constando nos prontuários. Essa alta incidência requer da equipe uma maior atenção à essa população com relação à esse agravo.

Ao observarmos os dados relativos às internações prévias nos prontuários analisados, vemos que em 38% deles havia relatos de internação anteriores ao cadastramento na eCnaR, sendo mais da metade em unidades hospitalares ou de pronto atendimento.

Cabe aqui um destaque especial ao consumo de drogas ilícitas, condição bastante presentes nos usuários em situação de rua desse território. Como já foi descrito, a região do Jacarezinho concentra muitas cenas de uso de drogas ilícitas, onde a princípio o crack ganha destaque. No entanto, o presente estudo demonstrou que apenas 11% dos usuários de drogas ilícitas consomem apenas crack. A grande maioria, cerca de 60%, faz o uso associado de duas ou mais drogas. Esse dado é importante, pois desmistifica a ideia formada pela panaceia midiática da tal “epidemia”, onde o crack é o grande vilão, a substância que transforma homens em “zumbis”. Adorno (2016) no livro “A Nova Face da Vida Nas Ruas” fala um pouco sobre a formação das “cracolândias” em São Paulo, e as destaca também como uma região de busca de vida e diversão, e não necessariamente um amontoado de pessoas amorfas, destituídas de sentido pelo uso da droga. As cenas de uso não necessariamente se restringem à cenas de uso de crack (ADORNO, 2016). O mesmo verificamos aqui no Jacarezinho. Na região da linha do trem, por exemplo, não se observa apenas consumo de crack. Também existe comércio de roupas, alimentos e água, pessoas trabalhando no garimpo de materiais recicláveis e profissionais do sexo oferecendo seus serviços à clientes de fora, que se aproximam em busca de sexo barato. Quando Adorno diz que ao compreendermos os territórios psicotrópicos como sendo também territórios de lazer, podemos imaginar que a promoção da diversidade e de atividades de lazer pode ser uma estratégia de redução de danos (ADORNO, 2016). Essa estratégia também foi identificada na fala de um dos membros da equipe:

“Você ir e levar a um cinema, no parque.... É uma redução de danos né, que eles vão naquele momento tá utilizando a atenção deles voltada para atividade, não pro consumo de droga, prá violência...” (P1)

No relato dos profissionais foi importante perceber que o consumo abusivo de álcool e outras drogas é percebido por eles na lógica de um agravo importante, que precisa de um cuidado muitas vezes complexo. No entanto, o uso da droga não foi colocado como o centro desse cuidado em todos os casos:

“...não é porque ele está dentro e vivendo em situação de rua, que possa dizer que ele é usuário de droga...às vezes não é...” (P2)

“pra eles (demais serviços da rede), todos os usuários que moram na rua usam entorpecentes...” (P2)

“a maioria dos nossos usuários aqui acompanhados, também fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas, além de estarem em situação de rua. O uso abusivo de drogas é visto de uma maneira muito moralista pelos profissionais né...” (P6)

Atentar para essa questão é importante, pois o uso e os efeitos de substâncias psicoativas não são, de fato, o único fator de risco que afeta a população em situação de rua ou que fragiliza o seu estado de saúde (HALLAIS, 2015). O maior enfoque, percebido portanto nas falas não foi sobre o agravo em si, e sim de como combater o estigma associado à ele. Esse olhar vai muito de acordo com o que foi descrito na publicação “*Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado no POP RUA*” (EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA “ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO”, 2014): “A redução de danos foca o sujeito e seus processos de vida e não a substância psicoativa de que se faz uso ou abuso. O uso de drogas pode ser ou não um problema de saúde.”

A fala de um dos membros da equipe aponta a lógica da redução de danos como ética orientadora do cuidado, destacando o quanto essa lógica vai na contramão “de tudo que sempre existiu”. Martinez (2016) traz essa perspectiva, afirmando que as estratégias de redução de danos trazem consigo uma perspectiva progressista para as políticas públicas, ao considerarem que se usuários de drogas não querem ou não conseguem abrir mão do consumo destas (MARTINEZ, 2016). Estratégias de redução de danos foram inicialmente utilizadas por profissionais que buscavam diminuir os riscos causados pelo uso abusivo de drogas injetáveis e a transmissão do HIV, sendo extrapoladas para o âmbito da saúde mental, incorporadas pela atenção básica, da qual os Consultório na Rua é um dos mais recentes dispositivos.

“... a equipe do consultório na rua ela trabalha numa direção e numa ética, que é a de redução de danos...a gente tenta transmitir qual que é a nossa ética, qual que é a proposta do nosso trabalho, na verdade nós somos um serviço que vai na contramão de tudo que sempre existiu.” (P5)

7.2) O Consultório na Rua: princípios, diretrizes e processo de trabalho

O Consultório na Rua, enquanto um dispositivo da Atenção Básica, busca seguir seus princípios e diretrizes. São essas equipes que facilitam a entrada dessa população no SUS. Ser porta de entrada, nesse caso, significa, entre outras coisas, acolher o usuário e oferecer uma escuta qualificada das suas queixas, demandas, histórias (PACHECO, LIMA *et al*, 2018).

Acolhimento, escuta e vínculo foram as ferramentas mais pontuadas nos relatos, sendo essas ferramentas chamadas de tecnologia leve. Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leveduras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. O documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado no POP RUA” (EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA “ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO”, 2014) traz o acolhimento enquanto um movimento de acolher os usuários na sua condição de vida concreta, sem qualquer outra exigência. Isso requer de todos os membros da equipe atitudes de respeito e receptividade, sendo necessário abrir mão de concepções sociais preestabelecidas sobre quem vive na rua. Podemos entender esses dispositivos como posturas éticas, que facilitam a formação de vínculo e uma melhor condução do cuidado e organização do processo de trabalho da equipe.

A equipe do CnaR Jacarezinho identifica que esse acolhimento não pode vir desassociado de uma escuta ativa, qualificada e sensível. Martinez (2016) ratifica essa percepção da equipe, ao dizer que “acolher implica em ouvir, por isso é uma técnica investida na intimidade” (MARTINEZ, 2016):

“Quando chega aqui com alguma situação, uma demanda que é BIO e aí o que a gente faz, eu faço a escuta primeiro, oriento com relação a minha parte né e encaminho pra parte BIO. Geralmente ele vem com essa demanda, ah é uma ferida ou então com uma dor, mas quando há uma escuta, geralmente aquela parte BIO já não é tão importante assim, só em você tá escutando, ele começa a entender melhor que aquele local não é só pra essa parte. É um local que pode entender ele um pouco na parte da família, porque que ele está passando por algumas situações que ele mesmo não consegue sair né...” (P2)

“Aqui né e a gente tem esse papel de ouvir o usuário e tentar fazer a ponte entre o usuário e o sistema.(...) Ele é o dono da história né, ele é o sujeito né então, ele sabe do que ele precisa. A gente acha que pode até tentar ajudar, mas eu acho nada melhor de que esse usuário seja também ouvido, também né, dar voz ao usuário pra que ele possa dizer o que ele precisa e o que ele não precisa naquele momento...a gente tem que ouvir cada um deles porque cada um tem uma história...” (P2)

“A gente tem que sempre trabalhar muito no acolhimento muito imediato. Tudo é possível de ser resolvido, com um pouquinho de empatia, você consegue, um pouquinho de escuta, você consegue ver que os fluxos têm condição de serem flexibilidades para certas situações, porque legalmente eles devem ser flexibilizados pra essas situações.” (P6)

A equipe identifica também que esse acolhimento e esse processo de escuta precisam se dar sem muita demora, no momento em que o usuário esteja aberto e solícito ao encontro. Esse processo pode resultar no início da formação de *vínculo*, que ao ser construído pela proximidade e inserção desses profissionais no território torna-se potencial para a entrada desse usuário na rede de cuidados. O vínculo é uma diretriz do cuidado na Atenção Primária que se constrói a partir do encontro profissional-usuário e disponibilidade de ambos na relação terapêutica (LOUZADA, 2012). Iacã Macerata, no vídeo “A Rua não é um mundo fora do nosso mundo” (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – MS, 2013) nos diz que o vínculo é algo processual e baseado em confiança. Sendo assim, o vínculo torna-se decisivo nessa relação de cuidado, facilitando a construção de autonomia, a corresponsabilização e compartilhamento de ações terapêuticas, sendo potente para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Importante salientar que nas falas dos membros da equipe evidencia-se esse caráter gradual da formação do *vínculo*, e do quanto ele resulta em uma criação de referências, tanto com os membros da equipe quanto com o serviço. A equipe sinaliza também que mesmo cuidados mais complexos são possíveis através da formação de vínculo.

“Eles identificam a gente como uma equipe de vínculo (...) a gente faz o acompanhamento e o acompanhamento é muito importante, inclusive pra saber

um pouco mais da dinâmica de vida da pessoa, pra conversar sobre vida, pra é, algo que influencia muito para fortalecimento de vínculo” (P6)

“Depois que a gente começa a conversar, depois que eles apanharam assim uma confiança na gente né, aí fica muito bom...agora eles já conhecem a gente, então eles já conhecem, tem os tratamentos, todo mundo né, atendendo eles, eles sabem que a gente somos legal então, atende eles, é normal e eles acham, agradecem tudo” (P7)

“...todo dia ele vem aqui...ele nem levantava da cama...agora ele vem, pega o remédio, toma na minha frente e dou lanchinho a ele.” (P7)

“...mesmo que a pessoa possa mentir como acontece, o seu nome e tal, mas a equipe sempre com o tempo a gente consegue adquirir a confiança do usuário e saber futuramente a real posição dele.” (P8)

A fragilidade encontrada muitas vezes na articulação com os demais serviços de saúde foi apontada como um fator de enfraquecimento desse vínculo:

“Às vezes você tá criando esse vínculo, o paciente coloca um sentimento de segurança em você, de confiança em você, poxa cadê a minha consulta do doutor, do oftalmo, não sei, não saiu ainda, poxa não estou enxergando. Aí tu fica com aquele, coitado, não posso fazer nada...”(P4)

Questões relativas ao binômio autonomia x tutela também foram apontadas pelos membros da equipe. Muitas vezes a relação de tutela, representada em especial pelo acompanhamento do usuário aos diversos serviços ao que o mesmo é encaminhado é estabelecida como facilitador do acesso, fortalecedor de vínculos e como parte de um processo educativo e emancipatório, com vistas à obtenção gradual de maior autonomia.

“Tipo é quando ele vai acompanhado com a gente, eles dizem que são melhores recebidos e quando eles vêm sozinhos, eles vêm com mais queixas, ah eu já fui lá, não consegui...Quando são pessoas mais autônomas, eles conseguem assim ter um melhor atendimento. Mas quando são pessoas que já não tem tanta autonomia, assim, já desistem logo.” (P1)

“A gente nunca manda sozinho, sempre tem o consultório na rua com eles, acompanhando as pessoas, nunca, raramente eles vão sozinhos...Quando eles estão sozinhos é que acho que as coisas não andam muito bem” (P3)

“Eles não têm muita autonomia. É estabelecido, a gente acaba construindo, reconstruindo isso com eles, então tem essa necessidade de estar, sempre junto no início, depois começa a ir sozinhos. (P4)

“...as pessoas quando estão sozinhas não conseguem contra argumentar e não conseguem acessar os serviços. O acompanhamento funciona até como uma atividade educativa de como eles têm que se comportar.” (P6)

Nesse sentido, como ponte para produção de autonomia, a tutela pode ser libertadora, empoderadora, emancipatória, educativa, e isso é expressado quando se coloca aos sujeitos os benefícios aos quais esses tem direito, e mais do que isso, se aproveita para pactuar contratos que apontem para essa mesma autonomia (TRINO *ET. AL*, 2015).

“...precisa também que eles possam ser mais protagonistas...” (P2)

“...só vai direto sozinho quando está muito bem esclarecido de tudo.” (P3)

“alguns pacientes que vem, guarda o seu papel e vem lá na administração perguntar se o SISREG já saiu. Eu acho isso o máximo!” (P3)

A identificação da rua como um potencial espaço de cuidados, e a importância do cadastramento também foram pontos identificados nas falas sobre o processo de trabalho das equipes. Entendendo o espaço da rua enquanto domicílio, as eCnaR utilizam a lógica da visita domiciliar da ESF aos moradores em situação de rua. E ainda que se encontre dificuldades, essas equipes encontram nessas visitas as potencialidades nas relações da rua, como afeto, redes de amizade e apoio, inclusive da comunidade (PACHECO, LIMA *et al*, 2018). A unidade de saúde base da equipe constitui apenas um dos espaços de atendimento. O espaço de atendimento enquanto espaço de tratamento também pode se constituir na rua. Este espaço não precisa apenas ser constituído de profissionais da saúde ou das políticas públicas, mas também pode contar com o apoio de outros atores do território de intervenção (EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA “ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO”, 2014).

“Hoje o trabalho que a gente desenvolve é entendendo que o acesso se dá não só na chegada aqui, mas também na presença da eCnaR na rua.” (P3)

O cadastramento dos usuários em situação de rua atendidos pela eCnaR Jacarezinho é realizado continuamente, como parte integrante e fundamental do processo de trabalho. Esse cadastramento é realizado a partir do preenchimento de uma ficha específica, denominada FICHA E, que posteriormente tem suas informações digitadas na “ficha de cadastro de pessoas em situação de rua”, componente do prontuário eletrônico VITAHISCARE. Procedimento semelhante é realizado pelas demais equipes de atenção primária do município do Rio de Janeiro (anexo III). A partir dos registros dos usuários obtemos as características sociodemográficas e condições de saúde da população em situação de rua que permitiu uma melhor compreensão das características dessas pessoas e desse território. Além disso, os achados do estudo se propõe a contribuir no planejamento de ações no território e apontar possíveis falhas e necessidades de mudanças nas políticas de garantias de direitos.

“...todos os usuários que adentram o consultório na rua, a gente, a equipe procura receber, fazer ali a abordagem, os que adentram o consultório a gente recebe todos né, fazemos o básico que é o cadastramento, a gente procura saber um pouco mais, nem sempre é possível, porque nem todos estão abertos a isso...” (P8)

Um último ponto destacado pela equipe nas entrevistas, no que diz respeito ao processo de trabalho foi a questão relativa ao matriciamento e educação permanente, em especial com as equipes de atenção primária. Podemos entender o matriciamento como um modo de produzir saúde onde duas ou mais equipes, de forma compartilhada, elaboram propostas de intervenção para o cuidado das pessoas (BRASIL, 2013). Essas ações, como apontado pela equipe, têm por objetivo sensibilizar e habilitar os parceiros da rede para que o atendimento da população em situação de rua seja realizado não somente pela eCnaR, mas sim ofertado em parceria, uma vez que a complexidade desses casos na maior parte das vezes exige intervenções compartilhadas (PACHECO, LIMA *et al*, 2018).

“No início quando o consultório começou, eu acho que era muito mais difícil... As pessoas não conheciam o que seria o trabalho do consultório e não sabiam qual a demanda dessa população. A partir do momento que a gente começou a entender

um pouco o usuário e sensibilizar as unidades de saúde ou outros parceiros, eles foram entendendo um pouquinho que esses usuários também faz parte deles né e aí vem o matriciamento...” (P2)

“...discussão sobre população de rua dentro da própria lógica da Secretaria é uma coisa meio recente...hoje você vê casos sobre população de rua nos ciclos de debates, você vê discussões sobre essas situações de extrema vulnerabilidade acontecendo corriqueiramente e isso ajuda muito, até em matriciamento dos serviços como um todo, na educação dos profissionais” (P6)

“Uma coisa super importante é a educação contínua com as equipes, pra elas estarem sempre dispostas a atender e a tentar facilitar, sempre em sintonia com a legislação, tudo. Educação como um todo é sempre uma boa estratégia, lembrando que isso é algo que não é a curto prazo, é sempre a médio ou longo prazo.” (P6)

Os relatos também apontaram o reconhecimento da complexidade envolvida no cuidado prestado, e o envolvimento da equipe, muitas vezes para além das questões técnicas:

“É um cuidado possível e é um cuidado assim, que a gente preza pela qualidade, pela intensidade, porque são casos muito complexos e precisam de acompanhamento mais intensivo, é de estar ali bem presente no caso e enfim, é, a gente busca sempre qualificar esse cuidado.” (P5)

“...realmente aqui é uma equipe, uma família, um ajuda o outro então, não tem como você fugir muito disso...” (P8)

“ Nós somos teimosos, persistentes, resistentes, resilientes...” (P9)

7.3) A Rede de Atenção à Saúde: um olhar sobre acesso e integralidade

As Redes de Atenção à Saúde, em seus diversos níveis hierárquicos, constituem a terceira categoria de análise. A importância de trabalhar numa rede integrada de serviços de saúde, em suas diversas complexidades e arranjos institucionais foi apontada pelos entrevistados. A existência de uma rede formal, compostas por organizações e instituições com o mesmo

objetivo comum, e a rede informal, composta por pessoas de forma autônoma, unidas por ideias e interesses em comum (SAMPAIO, 2018) também foi destacada:

“Algumas demandas a gente precisa da opinião do especialista ou do apoio de uma unidade de internação pra dar continuidade no acompanhamento. A rede, pra ela ser harmônica e pro cuidado funcionar, essa linha entre os três níveis da esfera tem que funcionar perfeitamente né, mas então assim, com certeza um cuidado integral numa lógica onde os acessos algumas vezes estão sendo difíceis vai gerar um prejuízo grande pra população.” (P6)

“A gente também acaba construindo essa rede. Embora exista uma rede oficial, existe uma rede não oficial.” (P9)

Ao serem questionados sobre como se dava o funcionamento dessa rede e a articulação entre os serviços, os profissionais responderam fazendo uma análise a partir de organização entre níveis de atenção. Sobre os serviços de atenção primária, representados em especial pelas Clínicas da Família, destacaram as facilidades e dificuldades do acesso da população em situação de rua a essas instituições:

“Pra atenção primária como um todo eu não vejo esse atendimento tão bom pra população em situação de rua. Ainda existe os preconceitos é, as barreiras né, é uma população que não consegue seguir calendários, marcações, poucos conseguem, então, para o profissional que vive na estratégia, que é um outro momento, a maioria não consegue a quebra de protocolo.” (P4)

“...a população em situação de rua ter uma garantia de ser atendida em qualquer unidade de atenção primária... a gente sabe que isso aí é um pouco desafiador... a gente sabe que tem um pouco de dificuldade com o acesso, mas assim, sabe...tem um pouco de uma lógica, um pouco perversa, dentro da atenção primária. As equipes, elas atuam com quantidade assim, excessiva...No Rio de Janeiro, em geral, as Clínicas da Família estão estabelecidas em local de extrema vulnerabilidade... quando a população de rua é pra ser atendida é um empenho muito grande, principalmente assim, do profissional que está atendendo, do gerente da unidade...” (P6)

“...parece bobeira, mas uma das coisas assim, as Clínicas da Família pelo menos estão bem espalhadas no território, pela cidade, elas conseguem garantir água, banheiro e isso assim, ajuda muito... a questão de informações que era prioritárias para se fazer o cadastro que até um tempo atrás...era necessário ter CPF. Hoje em dia tem inúmeras resoluções da própria Secretaria que ajuda os profissionais terem mais autonomia pra cadastrar, que não precisa desses documentos. Então acho que isso dentro da atenção primária são coisas que ajudam muito.” (P6)

“Agora até que eu acho que está melhorando né. Antigamente era muito difícil né, mas agora eu acho que deu uma melhoradinha né, tem uns que ainda ficam meio assim né, mas agora acho que já muitos já fazem o tratamento já lá (clínica da família).” (P7)

Um levantamento realizado pela Gerência de Pessoas em Situação de Rua da SMSRJ (SUBPAV/GERÊNCIA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, 2019) apontou que das 23 unidades de atenção primária existentes no território da AP 3.2, 18 identificavam atendimentos a pessoas em situação de rua. Esse dado fala um pouco sobre o entendimento cada dia mais crescente nessa área programática de que o cuidado à população em situação de rua não é uma exclusividade de eCnaR, e sim de responsabilidade territorial e sanitária de todas as unidades de atenção primária, de acordo com sua adscrição de território.

Quase 400 usuários cadastrados passaram por consulta com ao menos um membro da equipe nos dois anos avaliados. Destes, cerca de 15% foram encaminhados pela equipe a algum dispositivo da rede de atenção psicossocial, em especial, a Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que metade destes que foram encaminhados havia relatos de que o acesso ao cuidado no CAPS foi efetivado. Nas falas dos profissionais foi possível perceber que a articulação com os serviços de saúde mental, em especial os especializados no cuidado AD (CAPS-AD) se dava de forma bastante integrada e satisfatória quando necessária.

“acesso do serviço de saúde mental, é excelente, é muito bom. Também o serviço de saúde mental tem um humanismo, uma sensibilidade muito grande com a população em situação de rua, então é um serviço que funciona muito bem, na garantia de acesso à população, sem muitas burocracias, muito focado no acolhimento dos usuários. Eu acho que o que temos de grande na nossa rede, grande de acesso é o serviço de saúde mental.” (P6)

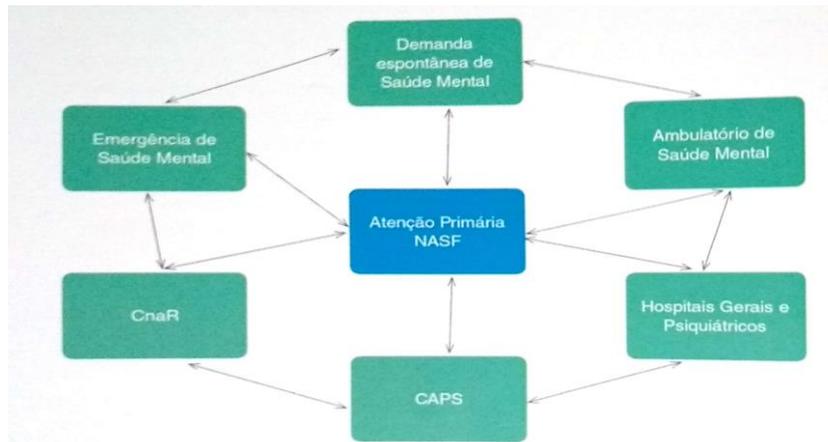
“Os serviços que são de saúde mental, eles já têm todo o manejo com essa população, então é bem mais tranquilo.” (P5)

“os casos que nós levamos até o CAPS e tal, a gente consegue êxito. Alguns outros o CAPS acolhe, mas não consegue dar continuidade com esse usuário né, mas aí é questão de vínculo também na questão.... a gente consegue uma boa entrada apesar da dificuldade de alguns usuários.” (P8)

“a gente tem um acesso muito bom no CAPS...Várias pessoas envolvidas e implicadas em resolver a situação e ter um olhar mais próximo daquele que você tem.” (P9)

A existência de profissionais de saúde mental compondo a equipe eCnaR, bem como a lógica sempre presente da estratégia de redução de danos no processo de trabalho de todos os membros dessa equipe pode estar funcionando como um importante fator de resolutividade no cuidado a esses usuários, o que pode de certa forma justificar o baixo encaminhamento nesta população, onde a presença desses agravos é tão frequente. Além disso, a AP 3.2, área de atuação dessa equipe, conta com uma potente rede de dispositivos de saúde mental, que incluem, além das unidades de atenção primária e equipes NASF, ambulatórios de saúde mental, hospitais geral e psiquiátrico, emergência em saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD III), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Unidade de Acolhimento de Adulto (UAA) de referência (figura 3). O documento elaborado pela CAP 3.2 denominado “Modelo de Gestão Profissional na Atenção Primária à Saúde: do discurso à prática - 2008-2015” (COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2, 2016) revela também que a “constante comunicação entre as unidades no cotidiano do trabalho e a utilização dos espaços coletivos e de educação permanente - como supervisões de território e fóruns de Saúde Mental - possibilitaram a sustentação de um trabalho intersetorial e integrado, proporcionando uma rede potente para uma assistência em consonância com as diretrizes do SUS.”

Figura 3: Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial na AP 3.2, 2015



CnaR = Consultório na Rua; NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CAPS = Centro de Atenção Psicossocial. Fonte: Documento “Modelo de Gestão Profissional na Atenção Primária à Saúde: do discurso à prática - 2008-2015” (Rio de Janeiro, 2016)

Algumas das falas dos profissionais da equipe foram mais específicas no cuidado prestado pelo CAPS AD. Inclusive a fala de um profissional da equipe, que destacou a dificuldade de acolhimento de demanda em saúde mental não AD:

“CAPS AD, na maioria, (CAPS) Raul Seixas, então a gente acompanha, a gente não só encaminha, mas como acompanha o tratamento deles lá” (P4)

“CAPS AD é, que não foi uma coisa que foi construída agora de uma hora pra outra, que tem o “profissional X” que está nos dois serviços, então faz uma mediação nesse sentido, aí faz uma boa articulação com o consultório...” (P3)

“a parte da saúde mental AD até que é mais fácil. Quando não é AD é assim, um pouco mais resistente, pelo que eu percebo quando se trata de população de rua que não é AD. Eu vejo um pouco mais difícil...pra eles, todos os usuários que moram na rua usam entorpecentes” (P1)

Os encaminhamentos para a atenção secundária foram avaliadas em dois eixos: exames laboratoriais e de imagem, e consultas especializadas. Os achados indicaram que em 43% dos prontuários analisados haviam solicitações de exames laboratoriais e de imagem, e que entre estes, mais da metade haviam de fato sido realizados. O sucesso da realização desses exames se deve em parte à ampla divulgação do ofício/SUBPAV/SAP n°20/2014, que autoriza que, na própria clínica de família onde o usuário é atendido, sejam realizados exames laboratoriais e dispensação de medicamentos em âmbito municipal aos usuários em situação de rua que ainda

não possuem cadastro de pessoa física (CPF) (SMS-RJ, 2014), acompanhado da realização de coleta dos principais exames laboratoriais e realização de exames de imagem, como raio - x e ultrassonografias. No entanto, a demora na liberação dos resultados foi um ponto de destaque nas entrevistas com os profissionais:

“no caso dos exames laboratoriais eu acho que a dificuldade mais é no resultado. Demora muito...se o resultado chegasse mais rápido, facilitaria muito mais...”
(P2)

Ao analisarmos os direcionamentos para consultas especializadas (*média complexidade*¹), apenas 11% dos prontuários analisados tinham relatos de encaminhamentos, sendo que metade destes, os relatos referiam-se ao acesso às consultas. Esse dado é considerado pequeno em relação à complexidade de agravos apresentada pelos usuários atendidos pela eCnaR. Nas entrevistas com profissionais houveram diversas sinalizações sobre as dificuldades dessa articulação. A obrigatoriedade de marcação via Sistema de Regulação Ambulatorial (SISREG), assim como a demora do retorno do sistema foram os entraves mais pontuados. Segundo o documento “SISREG - Protocolo para o Regulador: Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais” (SMS, 2016), “o SISREG ambulatorial é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares.” O próprio manual complementa que “as vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas aqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.” (SMS, 2016) Essa generalização certamente não atende as especificidades da população em situação de rua, como sinalizado por um dos profissionais da eCnaR:

“nos ambulatórios eu acho que acesso sem ser pela atenção primária eu acho que é meio complicado...infelizmente são consultas que na maioria das vezes, as consultas têm que ser feitas pelo SISREG, são consultas que demoram. O SISREG

¹ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Está inserida na rede de atenção à saúde visando à integralidade das ações de saúde para a população (Carteira de Serviços Atenção Secundária (SMS, 2015)

sai e a gente não consegue encontrar a pessoa, aí tem que colocar no SISREG, aí encontra a pessoa e o SISREG não saiu e aí a gente tem essa maior dificuldade.” (P6)

“Urologista, neurologista, nefrologista, cardiologista e essas coisas... tem que fazer mamografia, aí essas coisas vão dificultando. Hepatites virais, também é um grande desafio apesar de ser uma coisa que população em situação de rua e usuários de drogas, extremamente vulnerável, mas a gente ainda tem muito desafio com as referências...” (P6)

“no SISREG é, a questão dos aspectos de vulnerabilidade social tinha que ser melhor contemplados no conceito lá de liberação de vagas...” (P6)

O fluxo de encaminhamento para as consultas de média complexidade (figura 4) também foi alvo de críticas, por não ser considerado adequado ao processo de trabalho dessa equipe. A dificuldade do retorno dos casos, via guia de referência e contrarreferência mereceu destaque. Além disso, surgiram críticas quanto à demora nas marcações e o “engessamento” do processo de referenciamento:

“o SISREG não ajuda muito, né. Aí é complicado. Pro usuário já é, pra população inteira, não só pro usuário em população de rua” (P1)

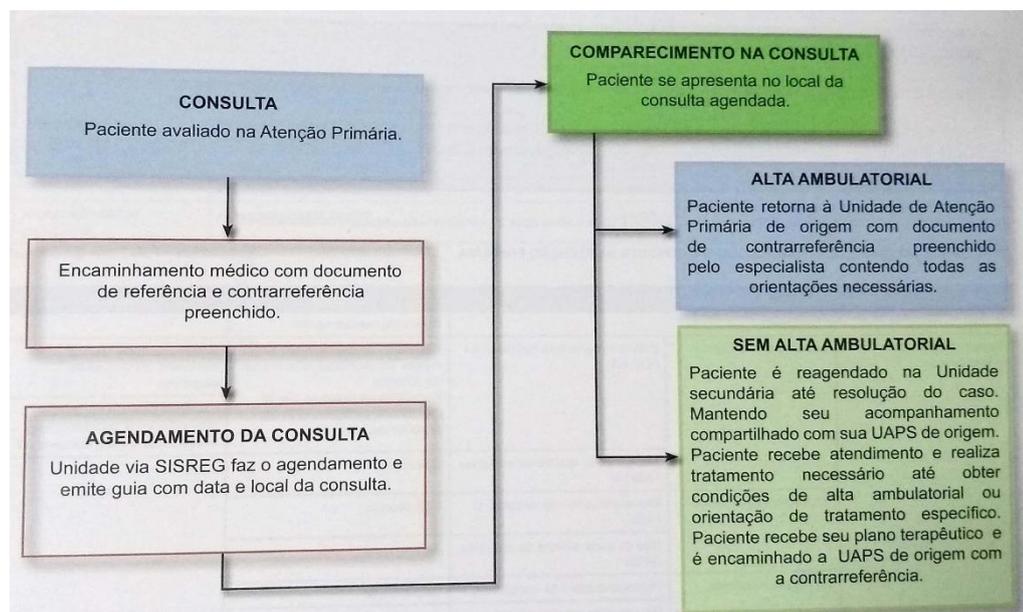
“As consultas (de especialidade) têm que ser feitas pelo SISREG, são consultas que demoram. O SISREG sai e a gente não consegue encontrar a pessoa, aí tem que colocar no SISREG, aí encontra a pessoa e o SISREG não saiu e aí a gente tem essa maior dificuldade...” (P6)

“Como é população em situação de rua, é muitas das vezes a gente não consegue encontrar a população pelo tempo do SISREG. Até a consulta do SISREG sair a gente já perdeu esse contato...muitas das vezes usava a camaradagem, ligava para os serviços, mas hoje em dia isso é muito difícil...hoje em dia a gente quase não tem mais a camaradagem né, tudo fica preso pelo sistema de regulação.” (P6)

“o próprio atendimento e até as próprias consultas de referência, quando a gente manda a guia, a gente não recebe uma contra referência...o que foi feito, o que ficou pactuado com o usuário, se a gente não acompanhar as consultas, a gente não fica sabendo.” (P4)

“...por exemplo: referência e contra referência, você não recebe a contra referência; você é obrigado a enfiar a referência, então você não recebe a contra referência. Por que nós da ponta somos cobrados por isso? Por que o doutor que está lá não é cobrado por isso? Qual é a diferença? Eu estou na ponta, tenho obrigação de referenciar o paciente e dar a história completa pra ele ver. Por que ele que está na outra ponta não pode fazer o mesmo? Isso não é de agora, isso é de anos...” (P9)

Figura 4: Fluxo de Encaminhamento para a atenção secundária



UAPS = Unidade de Atenção aos Programas de Saúde

Fonte: Carteira de Serviços Atenção Secundária (SMS, 2015)

Quanto aos encaminhamentos para a atenção terciária, foram destacados nos prontuários a rede de urgência e emergência e as maternidades. Também foram sinalizadas pelas equipes os direcionamentos às unidades hospitalares especializadas.

Segundo às informações colhidas nos prontuários, apenas 16 usuários foram encaminhados para a rede de urgência e emergência, que incluem UPAS e hospitais gerais; desses, em 70% dos prontuários havia relatos de inserção nessas unidades. No entanto, na fala dos profissionais foi possível perceber uma grande dificuldade dessas unidades, em geral as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em prestar o tratamento adequado à essa população. A quase unanimidade dos profissionais da equipe ressaltou que, em boa parte dos casos encaminhados à UPA, a alta dos usuários é dada antes da melhora do quadro clínico, e sem uma comunicação com os membros da equipe:

“UPA que a gente tem mais dificuldade, assim, que dão alta pros usuários brevemente, assim, não fica muito tempo com os usuários.” (P1)

“as UPAS em geral botam a pessoa pra fora assim que o consultório na rua sai, a ponto de dar dinheiro pra que ele saia daquele lugar...” (P3)

“tem esse problema que às vezes acontece da pessoa ir e eles dão alta no mesmo dia, entendeu, e a pessoa volta passando mal do mesmo jeito...eu já fui com um garoto pro hospital, pra UPA da, pra uma UPA né, aí cheguei lá, enquanto eu tava lá, fui até né, eles nem me trataram direito, mas aguentaram porque o garoto entrou, mas foi só eu virar as costas, deram alta pro garoto, mandaram embora, ainda dão o dinheiro pra passagem.” (P7)

“Quantas vezes a gente encaminha o paciente para a UPA e ele entra as nove ou as oito e sai as onze (horas), sem dinheiro, sem nada. Então você acaba construindo uma rede paralela para que você venha se resguardar dessas ocorrências.” (P9)

O preconceito e a falta de conhecimento das especificidades dessa população, em especial nas demandas relacionadas à saúde mental e transtornos de AD também surgiu como um grande dificultador:

“o que eu considero mais difícil são os serviços de urgência... hospitalar, por exemplo, a gente precisa encaminhar um usuário de vaga zero, quando cai, assim, geralmente vai pra UPA e na UPA eles não conseguem analisar aquela demanda, fazendo mediações com a realidade de vida da população em situação de rua” (P5)

“a gente sabe é a média e alta complexidade, a maioria dos nossos usuários aqui acompanhados, também fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas, além de estarem em situação de rua. O uso abusivo de drogas é visto de uma maneira muito moralista pelos profissionais né e esse cuidado inclusive que necessita de um pouco de empatia, até um pouco de conhecimento básico assim, de saúde mental, de que você às vezes se colocar um pouco no lugar do outro e dentro da lógica da emergência falta um pouco isso.” (P6)

No entanto, algumas falas apontaram uma tendência de melhora no acolhimento desses usuários, após diversas investidas da equipe na sensibilização dos profissionais para o melhor acolhimento nas UPA. A facilidade do acolhimento desse usuário sem obrigatoriedade de documentação também foi destacada como um ponto positivo:

“Eu acho que tão tendo conquistas muito grandes né, uma conquista também foi no acesso também aos hospitais, também às UPA também, que eles passaram a conhecer melhor o trabalho né e ter outro olhar prá esse usuário.” (P2)

“Dentro da atenção terciária a rede de UPA, hospitais, tem uma coisa assim, superbacana, que eles atendem muito facilmente sem documentação. Eles não se preocupam muito com questão de documento, então a pessoa chega lá, se ela estiver dentro dos critérios pra atendimento na unidade de urgência e emergência ela vai ser facilmente atendida sem outro tipo de problema.” (P6)

Em relação às maternidades, das 19 gestantes cadastradas pela equipe no período em análise, 15 já haviam sido encaminhadas para consulta na maternidade de referência. Dessas, 10 já estavam em cuidado compartilhado. Os profissionais da equipe pontuaram como excelente a articulação com as duas principais maternidades que atendem ao território da AP 3.2: Hospital Maternidade Carmela Dutra, situada na própria AP 3.2 e responsável por acolher a maior partes das gestantes do território; e o Hospital Maternidade Fernando Magalhães, localizada em São Cristóvão - AP 1.0. Segundo os relatos, a boa articulação desses serviços se dá, em especial, pela relação próxima entre as equipes, muitas vezes via contato presencial, por e-mail ou via telefone. Na opinião de um dos membros da equipe, esse cuidado compartilhado, facilita inclusive nas questões judiciais relativas a possível perda da guarda da mãe em situação de vulnerabilidade, logo após o nascimento do seu bebê.

“As maternidades nós temos a Carmela né, Carmela Dutra, que é um parceiro também, porque a partir do momento que tem usuária que dá, que entra na maternidade, eles automaticamente, muitas das vezes eles ligam pra gente, pra ver se conhecem aquela usuária né e é uma parceria muito boa, porque facilita muitas das vezes a essa gestante não perder os seus filhos né...a gente está sempre junto e tenta também articular com familiares ou com pessoas da Defensoria Pública que ajuda...e a gente vê que dentro desses seis anos a gente nunca perdeu assim de imediato uma mãe, um bebê...” (P2)

“lá (na maternidade) a assistente social, ela sempre procura quando ela vê que é alguém em situação de rua, ela me manda email, entra em contato, questiona, pergunta, em geral eles possibilitam que ela fique mais tempo na maternidade também, até conseguir ver a questão de documentação e tal, tipo assim, a articulação nesse momento não tá ruim não, tá boa, assim, da Carmela Dutra com a gente” (P3)

“A gente vai mais na Carmela e na Fernando Magalhães. Nunca tiveram muito problema assim, não. Tudo bem tranquilo” (P4)

“Na gestante, geralmente é que está dando mais certo né, porque a gente já faz o pré-natal e já fala pra onde vai.” (P7)

Nas falas das equipes, a carência de leitos AD nas unidades hospitalares foi bastante referida. O documento *Saúde Mental em Dados – 12* (BRASIL, 2015) nos diz que “o componente de Atenção Hospitalar da RAPS oferece suporte em Hospital Geral, de Pediatria e Maternidade, por meio de internações de curta duração, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Este suporte destina-se à atenção às comorbidades clínicas decorrentes de substâncias psicoativas, em especial de abstinências e intoxicações graves, e ao manejo de situações de crise em saúde mental, em articulação e corresponsabilização do CAPS e demais pontos de atenção da RAPS.” O mesmo documento aponta que o Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2014 contava com 127 leitos de saúde mental habilitados em 22 hospitais gerais. No entanto, em consulta ao site do CNES, verificamos que o município do Rio de Janeiro conta hoje com 49 leitos de saúde mental cadastrados em três hospitais gerais do município; e segundo os relatos da equipe, essas vagas não encontram-se mais tão disponíveis como antes (figura 4).

Figura 5: Leitos Clínicos de Saúde Mental cadastrados no Município do Rio de Janeiro

Ministério da Saúde
CNESNet
 Secretaria de Atenção à Saúde
 DATASUS
 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas

Indicadores - Leitos
 Estado - Todos
 Município - Todos
 Tipo Leito - Clínico - SAÚDE MENTAL

CNES	Estabelecimento	Existentes	SUS
7158726	ESPACO CLIF	39	0
5034272	SMS CAPS ARTHUR BISPO DO ROSARIO AP 40	1	0
5527027	SMS CAPS JOAO FERREIRA SILVA FILHO AP 31	1	0
7166494	SMS HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE AP 31	15	15
6995462	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 33	19	19
5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	15	15
Total de Estabelecimentos		90	49
			6

Fonte: CNES (acesso em 21/02/2019)

Esse dado é bastante relevante, uma vez que os hospitais gerais, em articulação com outros pontos de atenção na rede de cuidado, constituem pontos estratégicos para fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial, pois em geral são serviços territorializados e de fácil acesso, presentes em boa parte dos municípios. Além disso, estes serviços especializados vêm contribuindo para o enfrentamento do estigma e preconceito tão presente no campo da saúde mental, apresentando uma proposta de cuidado AD baseada em intervenções breves, recursos clínicos multidisciplinares com possibilidade de integração com outras tecnologias hospitalares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico (BRASIL, 2015).

“era bem melhor quando tinha os leito AD, muito importante porque era direcionado, quando ele era regulado, esse usuário ia direcionado pra um hospital específico né e aí já tinha o leito já destinado pra essa regulação” (P2)

“quando existia por exemplo, os leitos AD, que a gente conseguia garantir a ida dos usuários pra lá, era uma retaguarda muito importante, que a gente não tem mais” (P5)

“a gente tinha até disponível leitos AD, que até tem uma lei que garante, só que a gente sabe, que esses leitos foram cada vez ficando mais escassos, dentro de uma cidade que está faltando leitos hospitalares para a população, que era locais dentro das unidades de internação que conseguiria dar muita garantia de assistência.” (P6)

A carência de leitos para cuidados de longa permanência também foi destacada:

“ (Hospital) Evandro de Freire, ali na Ilha então, a maioria dos nossos usuários quando tinha uma demanda que não era uma emergência, que seria um trabalho, seria um tratamento, tipo a longo prazo, ele ia pra lá e a gente ia visitando. Então tinha aquele acesso ao usuário, tanto no início quando ele entrava, no período que ele estava internado e também na porta de saída, porque existia um, é vamos dizer, uma chance de saber pra onde esse usuário ia e no caso a parte técnica tava sempre entrando em contato, olha ele tá de alta, vocês têm que vir e a gente não sabia pra onde levar esse usuário. Muitas das vezes isso ia em busca de familiares e esse familiar acolher esse usuário. Já aconteceu muito disso aqui no consultório, isso também é uma parceria muito boa, mas só que acabou” (P2)

Quanto ao encaminhamento aos hospitais especializados, a equipe destacou a boa articulação com unidades hospitalares de referência para o cuidado de pacientes com tuberculose, como é o caso do Hospital Estadual Santa Maria:

“Mas em outro ponto, a gente tem os hospitais especializados em determinadas situações, como os hospitais de tuberculose, que são super avançados né, no acompanhamento inclusive da população em situação de rua. Eles são mais abertos a compreender a realidade dessa população e a de como manejar essas situações.” (P6)

“o (hospital) Santa Maria... é claro a gente tem que lutar para conseguir a vaga, mas é um dos melhor hospital, o Santa Maria né, pelo menos pra gente que trata muita tuberculose, essas coisas, é o melhor hospital, o Santa Maria, mas a gente consegue às vezes no (hospital) Rafael de Paula...aí já é hospital mesmo, já cuida, ainda mais quando é uma tuberculose resistente” (P7)

Como última categoria de análise, foi possível verificar que em 22% dos prontuários analisados haviam relatos de articulação com serviços da rede intersetorial. A maior parte dessa rede é composta por serviços das mais diversas naturezas - escolas e creches, dispositivos da assistência social, trabalho e renda, entre outros - que contribuem para a construção da autonomia, inserção social e rede de proteção social.

Segundo os relatos, essa articulação é muito mais facilitada pela presença de uma assistente social na eCnaR, e pela articulação com instituições como o DETRAN e a Defensoria

Pública, além de dispositivos da Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), presentes no território da AP 3.2.

O documento “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos no Cuidado POP RUA” (EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA “ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO”, 2014) apresenta a articulação intersetorial como uma importante diretriz no processo de trabalho de equipes de CnaR, uma vez que a busca do olhar integral sobre o cuidado dos usuários em situação de rua deve impulsionar o diálogo com os mais diversos setores - assistência social, educação, trabalho e renda, entre outros na busca da garantia de direitos.

“A gente tem uma parceria muito boa com o CREAS, muito boa mesmo, só que dentro da nossa rede nós não temos muito abrigo, é muito pouco e a gente muitas das vezes, a gente tá agora no momento, tá mais fácil um pouco do abrigo que existe. Antes a gente poderia, tinha acesso pra ligar pro abrigo e tentar é, uma vaga direto, agora não, fica específico pro CREAS fazer esse trabalho” (P2)

“muito importante nesse momento foi a articulação que a gente fez com o CREAS, que era algo muito distante, que a gente demorou muito tempo de conseguir de fato estabelecer uma parceria de verdade.” (P3)

“Na assistência (social) hoje a gente conseguiu caminhar muito. Eles têm facilitado muito a questão de documentação. A outra parceria é com a Defensoria Pública do Méier...a gente tem conseguido avançar muita coisa por ter esse serviço e eles reconhecerem o consultório na rua como dispositivo” (P3)

“A parte de documentação está sendo boa. Está sendo né. Tivemos há pouco tempo um entrave no DETRAN do Meier ...mas de normal CPF, título, registro militar, a gente consegue...” (P8)

“EDI Padre Nelson na questão da parceria com alimentação... e aí a gente conversou com a H., que não é mais a diretora, mas permaneceu a situação de fornecer os pratos diários, enfim e isso se consolidou” (P3)

A equipe também pontuou em suas falas a dificuldade com questões relativas ao “abrigo” desses usuários, em geral por carência de vagas nos dispositivos da assistência social do município, quando essa demanda se faz presente. Nesse sentido, a articulação com

abrigos privados e/ou filantrópicos, bem como comunidades terapêuticas e de caráter religioso, em boa parte das vezes, se faz constante no dia a dia do trabalho da equipe.

“ a gente tem uma dificuldade enorme porque também isso poderia ser feito em abrigos, na rede de Assistência Social, dependendo dos casos, mas a gente tem na questão de acolhimento na rede é muito ainda precária, os abrigos são distantes, então a gente tá acompanhando, equipe vinculada com esse paciente que vai ter que fazer esse cuidado, aí esse abrigo vai ser na Ilha, vai ser em Jacarepaguá, vai ser, sei lá, em Campo Grande, Antares, não sei, acho que é Santa Cruz né, vai pra Santa Cruz...Aí, será que está tomando remédio, será que ele ficou, será que ele ficou desestimulado de ter ido pra um local como, a estrutura não é boa, sabe...” (P6)

“Conseguir vaga para abrigo é mais complexo. Até conseguimos, mas tem abrigos que os próprios usuários rejeitam, porque segundo eles ficam próximos de cena de uso, então eles preferem não ir, do que ir para esses tais abrigos... Abrigamento no Rio de Janeiro para os usuários é muito restrito né, eu acho que, não é restrito, eu acho que não temos uma boa distribuição pelo que eu vejo, os abrigos são, as pessoas não conseguem ficar no abrigo. Muitas delas relatam ter dificuldades no abrigo, é relatam mesmo dificuldades de higiene, etc...” (P8)

“às vezes acham, eles por conta deles próprios, os usuários, procuram e acham outros serviços de atendimento social, a gente dá força, lógico que a gente procura saber, procura ligar e tal, mas às vezes eles conseguem né, igreja ou católica, ou evangélica, um abrigo social, enfim a gente procura estar acompanhando eles mesmo nesses abrigos que eles encontram por conta própria.” (P8)

Um relatório elaborado pela Divisão de Linhas de Cuidado da CAP 3.2 indicou que essa área programática conta com duas unidades de reinserção social (URS) (URS Ziraldo, com capacidade para 20 crianças de quatro a 12 anos de idade e URS Frida Kahlo, com capacidade para 20 mães adolescentes com suas crianças), uma central de recepção (CR) (CR Taiguara, com capacidade de 40 crianças até 12 anos e/ou adolescentes do sexo feminino) e uma Casa Viva, que dispõe de 20 vagas para adolescentes do sexo masculino (DAPS CAP 3.2, 2018). Esse relatório deixa claro que as vagas oferecidas para “abrigamento” nessa área programática não contemplam o perfil da população em situação de rua desse território, formado na sua maioria por adultos jovens do sexo masculino.

7.4) Fluxos e formas de encaminhamento: os caminhos da rede

Apesar do CnaR, enquanto dispositivo da Atenção Básica, funcionar como porta de entrada para acesso ao sistema de saúde, mostrando-se uma potencial ferramenta para introduzir a população em situação de rua no SUS, ele não é substitutivo dos demais serviços da rede. A complexidade dos agravos e a acentuada demanda de cuidados provenientes dessa população exige que a equipe se organize afim de induzir também o acesso e integralidade do cuidado nos demais serviços.

Diversas formas de encaminhamento aos serviços são utilizadas pela equipe, como veremos nos relatos a seguir:

“WhatsApp, que facilita muito, contato telefônico, email, indo ao local também, tentando sempre fazer parcerias” (P1)

“Por formulário, mas só que isso não tinha o retorno, até porque eles iam com encaminhamento e chegava na hora, perdiam né e eles nem vinham pra dar o feedback pra saber se foram atendidos ou não. Então eu passei a levar o usuário diretamente e aí eu vi que o trabalho foi crescendo né e que a gente tinha, tava vendo um melhor resultado...” (P2)

“Essa questão da referência nunca é burocrática né, nunca é pelo papel, pelo encaminhamento, a gente sempre faz contato por telefone ou então, a gente acompanha. Na maioria das vezes a gente até vai com a pessoa porque é uma forma que a gente tem de tentar abrir esse acesso né, sensibilizar, que a gente não sabe qual o profissional que vai estar lá né, no outro serviço que vai acolher. Então, a gente sempre busca fazer essa transmissão do caso, dessa complexidade e geralmente assim, se dá de forma presencial e depois por telefone a gente continua monitorando o caso. É, email enfim, todas as vias possíveis de comunicação a gente vai buscar.” (P5)

Um destaque especial foi dado às formas de encaminhamento para a rede de urgência e emergência e para as consultas especializadas:

“Vagas de urgência e emergência é sempre *vaga zero*²...sempre as ambulâncias no sistema da *vaga zero* ou se for uma emergência na rua é via bombeiros.” (P6)

“O encaminhamento médico, a maioria é feito pelo SISREG, com a guia de referência contra referência....As vezes acaba se estabelecendo uma parceria com o serviço né, e a gente pede, poxa se por ventura surgir uma vaga nos avisa. Eles avisam oh, surgiu, manda....” (P4)

Alguns profissionais identificaram que o acesso dos usuários aos demais níveis de atenção via eCnaR encontra-se mais facilitado em alguns casos:

“Aquele serviço que a gente já conseguiu referenciar, já conseguiu sensibilizar, é mais tranquilo o processo...mas a gente tem conseguido colher frutos, é bem diferente do início quando a gente encaminhava e tudo dava sempre errado. (P5)

Outro ponto que merece destaque nos relatos dos profissionais é de que questões relativas à vulnerabilidade social ou especificidade do agravo parecem não ser levadas em conta no momento de liberação da vaga pela equipe do sistema de regulação:

“A regulação tem que está atenta ao que o médico coloca ali. Isso aí é o básico, acho que é o bê a bá....Se o médico do CnaR ou de uma Clínica da Família que seja, regular usuário, TB, SIDA, esse paciente tem que ser deslocado para uma unidade especializada em tuberculose e HIV...Acho que o sistema de regulação tem que estar atento; acho que deveria estar atento a esse cuidado né...eu não posso jogar ele em qualquer lugar, até porque eu vou está prejudicando ele e outros usuários. Isso também é questão de Saúde Pública...” (P8)

“no SISREG é, a questão dos aspectos de vulnerabilidade social tinha que ser melhor contemplados no conceito lá de liberação de vagas ou quando nesses contextos de extrema vulnerabilidade as pessoas faltassem às consultas, que fosse um pouco mais fácil ou cômodos as remarcações, não sei, de uma forma que não fosse muitas vezes, tão longe.” (P6)

Martinez (2016) nos traz a seguinte consideração acerca dos fluxos que o CnaR estabelece com a rede (MARTINEZ, 2016):

² Entende-se por *Vaga Zero* a condição clínica de urgência ou emergência que transcende a complexidade da Atenção Primária à Saúde (APS), em situações em que a unidade de saúde onde o paciente se encontra não apresenta o suporte mínimo necessário para prosseguimento do cuidado imediato, ou seja, para o caso no qual o paciente necessite, no mesmo dia, de tecnologia em saúde mais complexa do que a existente na APS, seja esta para avaliação diagnóstica ou tratamento da condição existente. (SISREG – Protocolo para o regulador: Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais; SMS-2016)

“Dentro da proposta da intersetorialidade, o Consultório na Rua é um dispositivo que “costura” a rede, no sentido mesmo de potencializar a intercomunicação dos canais institucionais(...) O trabalho de convencimento aos abordados tem como objetivo “abrir fluxo” na malha burocrática(...) A abertura do fluxo indica que o sujeito, se devidamente ajustado ao sistema de referenciamento, irá receber a atenção necessária para os cuidados à sua saúde; tal como se entende no campo ideológico do SUS, esse sistema irá garantir o cuidado integral.”

Quando questionados sobre sugestões que facilitariam o acesso e o cuidado integral à esses indivíduos, as sugestões dos profissionais refletem o comprometimento do grupo com a população em situação de rua:

“se existisse uma rede mais apropriada para poder trabalhar com essa população, entendendo as particularidades, entendendo o que é redução de danos...” (P5)

“Acho que teria que haver um lugar pras pessoas que querem mesmo sair da rua, poder ficar, principalmente essas meninas que tem filhos né, mas um lugar decente pra elas conviverem né, tipo aquela Casa Elos, que acabou... Todo mundo aí quer sair dessa vida, mas tem que ter um apoio na vida ela sair. Ela tem que ter uma creche, tem que ter aonde ficar né, pra poder sair dessa vida. E às vezes, tem igual esse lugar aí, a pessoa pode trabalhar, arrumar um emprego, ficar lá, até conseguir dinheiro pra alugar né, pra comprar suas coisinhas, pode ficar lá.” (P7)

“Eu acho que a gente precisaria enquanto município, pensar em algumas formas pra que a gente conseguisse nos programas na linha de cuidado que fosse mais gritante, que a gente conseguisse ter um fluxo diferenciado...a gente teria resultados melhores e teria menos mortes, menos perdas das pessoas, de visão deles e acho que é pensar fluxo diferenciado já, é cuidado né, para o consultório na rua.” (P3)

Por fim, a importância do dispositivo CnaR enquanto indutor de políticas e elemento importante da rede de cuidados foi pontuada por um dos entrevistados:

“O consultório precisa oportunizar outros setores e provocar outros setores para que eles possam começar agir em parceria com o consultório, para que a gente possa não ficar focado na caixinha, saúde, na tuberculose. Ele tem que ter muito mais além do que isso.” (P9)

Essa fala vai de acordo com o que temos na cartilha “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos no Cuidado POP RUA” (EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA “ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO”, 2014), que ressalta a necessidade de pressionar a rede a atender a pessoa em situação de rua de forma que esta possa fluir. Essa pressão pode ser direcionada à criação de novas vagas, identificação das necessidades específicas da rua, cobrança da criação de fluxo da rede de atenção quando este for inexistente, entre outras ações que facilitem o processo de trabalho das equipes de CnaR.

8) Considerações Finais

Foi possível perceber ao longo desse trabalho que oferecer um cuidado integral para a população em situação de rua ainda é um desafio. Os rótulos e estigmas destinados a essa população precisam ser continuamente ressignificados, para que o preconceito e exclusão não sejam a tônica imprimida à essa parcela populacional. É importante tenhamos a clareza para enxergar todo o processo de vulnerabilização a que esses sujeitos foram sendo submetidos ao longo de séculos da nossa história, e que romper com essa realidade não será tarefa das mais fáceis.

O dispositivo Consultório na Rua surgiu como a proposta de preencher a lacuna de serviços de saúde que, apesar de estarem pautados num cuidado universal e equânime, não garantiam o acesso, a inclusão e o cuidado adequados às pessoas em situação de rua. No entanto, é preciso que se esteja atento para que esse dispositivo, que a princípio é norteado pelo conceito de equidade, não torne-se um equipamento específico e especializado de saúde, que contribua para a lógica de exclusão e da segregação. Não podemos perder o foco de que o Consultório na Rua é um dispositivo da atenção primária à saúde, devendo ser pautados pelos seus princípios e diretrizes. Esse olhar responsabiliza também as demais equipes de atenção primária na coordenação do cuidado à essa população.

Importante pontuar que a coleta de dados dessa pesquisa só foi possível graças à um processo de trabalho da eCnaR Jacarezinho que inclui o cadastramento e preenchimento das informações dos usuários atendidos como uma de suas normativas. Foi possível obter diversas informações tanto de cadastro como de atendimentos, o que possibilitou tamanha riqueza de dados. No entanto, a não obrigatoriedade do preenchimento de dados básicos para a realização do cadastro, como CPF ou cartão SUS pode ter gerado um subregistro dessas informações, o que pode reduzir a mobilização da equipe na garantia do direito a essa documentação, por exemplo.

Foi possível perceber também, que boa parte da potência de trabalho da eCnaR Jacarezinho envolve uma tecnologia leve e relacional de cuidado, associada aos preceitos e protocolos norteadores da Atenção Básica. Acolhimento, escuta qualificada, vínculo, trabalho em equipe são ferramentas primordiais nesse cuidado; ferramentas essas que a equipe maneja com bastante habilidade. É provável que essa expertise seja responsável pelo sucesso da equipe na condução dos casos mais complexos que envolvem a população em situação de rua. Importante salientar também que a lógica do matriciamento tem gerado a quebra de diversos paradigmas

institucionais, em especial nos equipamentos da AP 3.2. A rica rede de serviços de saúde dessa área, e o incentivo ao trabalho integrado, com reuniões intersetoriais de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), são peças chaves para que a rede de atenção à saúde funcione de forma mais fluida, buscando a garantia desse cuidado integral.

O investimento no cuidado em saúde mental na atenção básica, na perspectiva da redução de danos também mostrou-se uma peça chave na condução do cuidado a essa população específica. Esse é um ponto que merece um importante destaque, uma vez que o novo panorama político do país nos acena para um retrocesso nessas políticas, através de um enfraquecimento da lógica do cuidado territorial em saúde mental e o retorno da aposta em equipes especializadas nos antigos ambulatórios. O forte investimento financeiro em leitos de internação hospitalares e a ampliação das comunidades terapêuticas induzem também ao retorno da lógica do cuidado manicomial e hospitalocêntrico. No entanto percebemos nesse trabalho a potência do cuidado em saúde mental na atenção básica, incluindo as demandas AD, quando esse é conduzido a partir do próprio território onde o usuário está inserido, mantendo seus vínculos, que incluem o com a sua equipe de referência para o cuidado em saúde.

Também não devemos ignorar a necessidade de uma contínua e estreita articulação dos mais diversos setores, seja para a ampliação do acesso dessa população em unidades básicas de saúde, para o fortalecimento dessa rede de atenção e garantia de continuidade do cuidado, e para uma melhor qualificação dos profissionais e de seus processos de trabalho. Considerar o acesso em saúde, e a integralidade na dimensão da continuidade e sustentação do cuidado aos indivíduos, tornando-os assim operadores desse mesmo cuidado faz toda a diferença no processo de trabalho da equipe do Consultório na Rua. É primordial também a garantia do cuidado compartilhado e o constante investimento na intersetorialidade, tendo em vista a complexidade dos agravos e o grau acentuado de demanda dessa população. O cuidado compartilhado e a intersetorialidade são fundamentais para atender às especificidades das demandas da população em situação de rua. A estratégia do cuidado compartilhado implica e responsabiliza variados atores no território. Também cria, fundamentalmente, possibilidades de formação de redes sociais que tenham sustentabilidade, produzam e incentivem, com isso, formas de produção da vida em território mais sinérgicas em relação aos anseios desta população. Anseios estes que podem abranger formas de adequar problemas e situações da melhor forma possível e aprimorar sua qualidade de vida.

Esse trabalho apontou diversas questões que podem tornar-se analisadores a serem explorados posteriormente. É fundamental a realização de outros estudos e a criação de indicadores de avaliação, bem como a formulação e aplicabilidade de políticas públicas de diversos setores que propiciem abordagens flexíveis no atendimento e cuidado a essa população com suas diversas especificidades. É importante também ressaltar que, apesar de um pretense consenso nos serviços de saúde, a idéia de assistência ainda não contempla, necessariamente, atendimento humanizado dessa população. Para isso, o acolher, o acesso e o vínculo, enquanto prática política e terapêutica precisa fazer parte da agenda em saúde na perspectiva de enxergar o morador em situação de rua como um sujeito de direito, buscando garantir assim os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso, respaldados pela Constituição de 1988, pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990.

9) Referências Bibliográficas

ADORNO, R. de Vestígios e de Poder: "não adianta maquiagem o Minhocão, a cracolândia anda". In: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Novas Faces da Vida nas Ruas. 1. ed. São Carlos: EDUFSCAR, v. 1, 2016. p. 378.

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, p. 115-24, janeiro 2012.

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

BOTTIL, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, p. 162-176, OUT-DEZ 2009. ISSN 1984-2147

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008.

Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf>
Acesso em: 20 novembro 2017.

BRASIL. Política Nacional para a inclusão social da População em Situação de Rua. Brasília, maio 2008.

BRASIL. 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. 2009a.

BRASIL. Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União, Seção 1, 28 dez 2009b.

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

BRASIL. Primeira Pesquisa Censitária Nacional sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República /Instituto de Desenvolvimento Sustentável, mar. 2011. Disponível em: <http://www.obscriancaeadolescente.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=409:instituto-de-desenvolvimento-sustentavel-idest&catid=63:cat-boas-praticas&Itemid=78>. Acesso em: 14 novembro 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução CNS nº 444, de 06 de julho de 2011. Diário Oficial da União, Seção 1, 29 ago 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Seção 1, 30 dez 11.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Seção 1, 26 jan 2012.

BRASIL. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Diário Oficial da União, Seção 1, 26 jan 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caderno do tutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 184 p. Projeto Caminhos do Cuidado – formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da atenção básica.

BRASIL. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>> Acesso em 22/02/19.

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 49, nº 45. Brasília: outubro de 2018.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 7 (2), p. 47-62, 1998. ISSN 0104-1290.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 15, p. 1177-1186, Out-Dez 2017. ISSN DOI: 10.1590/0103-1104201711515.

CONSULTÓRIO na Rua: A Rua não é um mundo fora do nosso mundo. Produção: Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2013.

COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.2. "Modelo de Gestão Profissional na Atenção Primária de Saúde: do discurso à prática - 2008/2015. Rio de Janeiro, 2016.

COSTA, P. S. Atenção primária à saúde para população em situação de rua. Trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 43. 2012.

COSTA, E. S. Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo, 275p. 2012.

DAPS CAP 3.2. Unidades de Acolhimento e Reinserção Social na área programática da AP 3.2. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2018.

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 12 de fev. 2019.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-19.

ESCOREL, S. Equidade em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2009.

Disponível em:< <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equaus.html>>. Acesso em: 16 dezembro 2017.

EQUIPE POP RUA 2012/2013 & GRUPO DE PESQUISA "ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO". DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA". Universidade Federal Fluminense. Niterói, p. 37. 2014.

FIUZA, A. R.; BARROS, N. F. Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed;2009. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6 (4), p. 2345-50, Abril 2011. ISSN 1413-8123.

GUIDDENS, A.; SUTTON, P. W. Oportunidades de vida desiguais. In: GUIDDENS, A.; SUTTON, P. W. Conceitos Essenciais da Sociologia. São Paulo: UNESP, 2014. p. 143-183.

HALLAIS, J. A. D. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, julho 2015. ISSN DOI. 10.1590/0102-311X00143114.

HARTZ, Z. M. D. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup.2, p. 5331-5336, 2004.

IMS-INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UERJ. Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), 2018. Disponível em: <<https://lappis.org.br/site/conceito-de-integralidade-em-saude>>. Acesso em: 19 dezembro 2018.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. História do bairro: Jacarezinho. Bairro Cariocas. Disponível em: <<http://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=096ae1e5497145838ca64191be66f3e3>>. Acesso em: 30 novembro 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. D. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ago 2016. 1-13.

KUSCHNIR, R. As Redes de Atenção à Saúde: histórico, conceitos e atributos. In: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, 2014. Cap. 2, p. 111-29.

KUSCHNIR, R. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado. In: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, 2014. Cap. 5, p. 129-68.

LABORATÓRIO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE - ICICT- FIOCRUZ. PROADESS - Matriz Conceitual- Acesso. PROADESS - Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=acesso>>. Acesso em: 30 novembro 2016.

LANDIM, F. L. P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 19 (1), p. 53-58, 2006. ISSN 10.5020/961.

LOUZADA, L. O. Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da clínica ampliada na perspectiva dos profissionais. Dissertação de mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 125. 2015.

MACERATA, I. M. Como Bruxos maneando ferozes: relações de cuidado e de controle no fio da navalha: experiência "psi" em dispositivo da política de assistência social para crianças e adolescentes em situação de rua. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Niterói, p. 200. 2010.

MARTINEZ, M. O Consultório na Rua e as Novas Formas de Intervenção em Cenários de Uso de Crack. In: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. *Novas Faces da Vida na Ruas*. 1. ed. São Carlos: EDUFSCAR, v. 1, 2016. p. 378

MATTOS, R. A. D. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out 2004

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MELO, T. "DA RUA PRÁ RUA": novas configurações políticas a partir do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR). In: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. Novas Faces da Vida nas Ruas. 1. ed. São Carlos: EDUFSCAR, v. 1, 2016. p. 378.

MINAYO, M. C. D. S.; COSTA, A. P. Técnicas que Fazem Uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação. 1ª. ed. Aveiro - Portugal: Ludomedia, 2019.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA - Brasília. Brasília, p. 28. 2016. (ISSN 1415-4765).

OLIVEIRA, R. G. Doenças, corpos e territórios negligenciados - práticas de saúde sobre a tuberculose em espaços e pessoas vulnerabilizadas. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra, p. 373. 2016.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 37-50, 2018. ISSN DOI 10.1590/S0104-12902018170915.

PACHECO, J. et al. Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua. In: LOPES, L. E. Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua: caderno de atividades. 2ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, 2018. Cap. 2, p. 320.

PULICI, A.; MOURA, D. C.; MOSANER, M. S. Índice de progressão social no Rio de Janeiro - IPS Rio 2016 - Resumo Executivo. IPS Rio - Índice de progressão social, 2016. Disponível em: <<https://s3.amazonaws.com/ipsrio/publicacoes/resumo-executivo.pdf>>. Acesso em: 16 dezembro 2017.

RANGEL, V. Apresentação. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 15-17.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Decreto Municipal nº 44857, de 07 de agosto de 2018. Institui a Política Municipal para a População em Situação de Rua e seu Comitê Gestor Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Seção 1, 08 de agosto de 2018.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13 (4), p. 576-82, Julho/agosto 2005.

SAMPAIO, C. Território e Redes. In: LOPES, L. E. Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades. 2ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 1, 2018. Cap. 1, p. 320.

SCHEMES, P. F. A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO DOUTRINÁRIO DO SUS: RETOMANDO A DISCUSSÃO E CENTRALIZANDO O DEBATE NA PRÁTICA COTIDIANA DA. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 69. 2004.

SEN, A. Desigualdade Reexaminada. 1ª. ed. [S.l.]: Record, 2001. 304 p. ISBN: 9788501057051.

SIMAS, R. S.; SOUZA, D. Território de Pedra. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. Cap. 4, p. 87-99.

SMS-RJ. Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 20/2014 - Realização de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos aos usuários em situação de rua que ainda não possuem CPF. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2014.

SMS-RJ. Diretrizes norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 28. 2017. (978-85-86074-65-3).

SMS-RJ. SISREG – Protocolo para o regulador: Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 39. 2016. Disponível em: [https://subpav.org/SAP/procololos/arquivos/GUIAS_REFERENCIA/sisreg - protocolo para o regulador.pdf](https://subpav.org/SAP/procololos/arquivos/GUIAS_REFERENCIA/sisreg_-_protocolo_para_o_regulador.pdf). Acesso em 01/02/2019.

SMS-RJ. Levantamento sobre Acesso e Acompanhamento das Pessoas em Situação de Rua por Unidades de Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, C.C. Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-36.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Introdução. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 19-24.

TRAVASSOS, C. M.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 20 (suppl. 2), p. S190-S198, 2004. ISSN 1678-4464.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos Norteadores do Cuidado junto à População Em Situação de Rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. Cap. 1, p. 263.

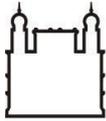
VAN WIJK, L. B. O cuidado a pessoas em situação de rua: a experiência da Rede de Atenção Psicossocial da Sé. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 137. 2017.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13 (1), p. 56-69, abril 2004. ISSN 0104-1290.

VARGAS, T. Informe ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30988>>. Acesso em: 16 dezembro 2017.

VARGAS, T. Portal ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991>>. Acesso em: 16 dezembro 2017.

VUORI, H. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate, v. 3, p. 17-24, fevereiro 1991.



ANEXO I

Proposta de Roteiro de Entrevista - Profissionais da Equipe do CnaR do Jacarezinho

Nome:

Idade:

ID:

Categoria Profissional:

- Médico Enfermeiro Psicólogo Assistente Social Terapeuta Ocupacional
 Técnico de Enfermagem Agente Social Gestor

Tempo de Atuação em equipe de CnaR:

Tempo de atuação na equipe de CnaR Jacarezinho:

Perguntas norteadoras:

1) **Como você avalia o acesso dos usuários ao cuidado proporcionado pela equipe do CnaR?**

- Muito Bom Bom Regular Ruim Péssimo

Justifique:

2) **Caso haja necessidade de encaminhamento para outro serviço de saúde, como você procede?**

- Utiliza sistema de regulação de vagas
 Utiliza apenas formulário de referência/contra-referência
 Utiliza outras formas de encaminhamento (telefone, presencial)
 Não realiza encaminhamentos
 Outros

3) **Na sua opinião, o acesso a outros serviços da Rede de Atenção se dá de forma adequada em todos os serviços?**

- Sim Não Nem sempre

3.1) Se não ou nem sempre, especifique de acordo com o tipo de atendimento necessário.

3.2) Como você elencaria as principais facilidades para o acesso a outros serviços?

3.3) E as dificuldades?

4) **Quais seriam as suas sugestões para que a equipe possa fazer um encaminhamento mais efetivo?**

ANEXO II



PARA PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DE ENTREVISTA

Comitê de Ética em Pesquisa

no de Consentimento Livre e Esclarecido: Entrevista de profissionais A INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ATENDIMENTO REALIZADO PELO CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO JACAREZINHO, RIO DE JANEIRO

a) _____

sendo convidado (a) a participar da pesquisa “A INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ATENDIMENTO REALIZADO PELO CONSULTÓRIO NA RUA NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO JACAREZINHO, RIO DE JANEIRO”, que será desenvolvida por Patricia dos Santos da Costa, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues.

à sua participação se dá pela sua experiência de atendimento a população em situação de rua no território do Jacarezinho que você vem desenvolvendo na Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira.

o do projeto é analisar o acesso a outros níveis de atenção à saúde da população em situação de rua atendida pela equipe de CnaR que atua no bairro do Jacarezinho (região metropolitana do RJ) nos anos de 2016 e 2017. A sua participação será voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e a qualquer momento (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo nem risco em sua relação com o trabalho, na qualidade de seu atendimento ou com a Secretaria de Saúde. O seu envolvimento nesta pesquisa consiste em participar de entrevista individual sobre o tema com objetivo de coletar informações a respeito do cuidado em saúde à população em situação de rua. Suas respostas serão anotadas e gravadas, mantendo sua identidade em sigilo e a entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). Após a conclusão da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP, e será utilizado apenas para essa pesquisa. Seus riscos de constrangimento durante a entrevista serão minimizados mantendo em sigilo sua identidade, e possibilitando um ambiente adequado para realização dessa entrevista. Os benefícios com a sua participação são relacionados com a contribuição para a melhoria das ações de assistência às pessoas vivendo em situação de rua. Não será oferecida nenhuma remuneração por sua participação bem como não lhe será atribuído nenhum custo. Os dados dessa pesquisa serão publicados/divulgados através da elaboração da dissertação do mestrado com defesa pública, publicação de artigos e apresentação em congressos. Além disso, serão divulgados também para a unidade estudada por meio de uma oficina com o objetivo apresentar as principais considerações que emergiram do processo de investigação, bem como para debater com os profissionais as possíveis relevâncias dos resultados encontrados.

será uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento. Este termo está redigido em duas vias, que serão assinadas pelo profissional e pela pesquisadora, e você receberá uma cópia do termo com ambas assinaturas.

Concordo com a gravação da minha entrevista: () sim () não

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

Data: ____/____/____

ra participante da pesquisa: _____

ra da pesquisadora principal: _____

Contatos:

1. Pesquisadora principal: Patricia dos Santos da Costa (Telefone 21-99119-8387; email: patriciacosta.esf@gmail.com)

2. Comitê de Ética em Pesquisa : CEP da ENSP (Telefone 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210)

Anexo III – Ficha A – Ficha de Cadastro de Pessoas em Situação de Rua – VITAHISCARE

← → ↻ Não seguro | consolidado.rj.ossadm.histecnologia.com:8184/vitacare/Vitacare/Utentes/VtcRegistroUtenteRua.jsp?CH=1230

Identificação do Paciente

Nome *	<input type="text"/>
Data de Nascimento *	<input type="text"/> (dd.mm.aaaa)
Sexo *	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
CPF	<input type="text"/>
DNV (Declaração de Nascido Vivo)	<input type="text"/>
Número Cartão SUS	<input type="text"/>
Nome do Pai	<input type="text"/>
Nome da Mãe	<input type="text"/>
Raça - Cor *	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>
Nacionalidade	<input type="text"/>
País de Origem	<input type="text"/>
Município Nascimento	<input type="text"/>
Escolaridade	<input type="text"/>
Ocupação	<input type="text"/>

Documentos Gerais

← → ↻ consolidado.rj.ossadm.histecnologia.com:8184/vitacare/Vitacare/Utentes/VtcRegistroUtenteRua.jsp?CH=1230

VITA CARE INÍCIO PACIENTES AGENDA FARMÁCIA FERRAMENTAS LOGOUT FECHAR

RJ-2.4.1.5 - FICHA A - FICHA DE CADASTRO DE PESSOAS... CONSOLIDADO CONSOLIDADO SMS CF ANTHIDIO DIAS D... 24.07.2017 00:05

Situação de Rua

Tempo em situação de rua *	<input type="radio"/> <6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos
Local de realização do Cadastramento	<input type="text"/>
Local de permanência no período diurno	<input type="text"/>
Local de permanência no período noturno	<input type="text"/>
Recebe algum benefício	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Possui referência familiar	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Visita algum familiar com frequência	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Quantas vezes se alimenta por dia	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> Mais de 3 vezes
Qual a origem da alimentação	<input type="text"/>
Tem acesso a higiene pessoal	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

← → ↻ consolidado.rj.ossadm.histecnologia.com:8184/vitacare/Vitacare/Utentes/VtcRegistroUtenteRua.jsp?CH=1230

VITA CARE INÍCIO PACIENTES AGENDA FARMÁCIA FERRAMENTAS LOGOUT FECHAR

RJ-2.4.1.5 - FICHA A - FICHA DE CADASTRO DE PESSOAS... CONSOLIDADO CONSOLIDADO SMS CF ANTHIDIO DIAS D... 24.07.2017 00:19

Situação de Saúde

Faz tratamento em algum lugar?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tem alguma doença?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Apresenta tosse?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Apresenta manchas no corpo?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Apresenta feridas no corpo?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Usa alguma medicação?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz uso de drogas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Já foi internado?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não