

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Marcelo Pedra Martins Machado

AS PRÁTICAS DE CUIDADO PRODUZIDAS PELAS EQUIPES DE
CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL: CARACTERÍSTICAS
E DESAFIOS

Brasília
2017

Marcelo Pedra Martins Machado

AS PRÁTICAS DE CUIDADO PRODUZIDAS PELAS EQUIPES DE
CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL: CARACTERÍSTICAS
E DESAFIOS

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para a
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde. Área de concentração:
Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Fabiana
Damásio Passos.

Brasília
2017

M149p Machado, Marcelo Pedra Martins

As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal: características e desafios/Marcelo Pedra Martins Machado. – Brasília: Fiocruz, 2017.
140 f.

Orientador: Maria Fabiana Damásio Passos
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) –
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo, 2017.

1. Consultório de rua. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. População de ruas. I. Passos, Maria Fabiana Damásio. II. Título.

CDD 614

Marcelo Pedra Martins Machado

AS PRÁTICAS DE CUIDADO PRODUZIDAS PELAS EQUIPES DE
CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL: CARACTERÍSTICAS
E DESAFIOS

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de
Governo como requisito parcial para a
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde. Área de concentração:
Políticas Públicas em Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Pedro Henrique Isaac Silva – Instituto Federal de Brasília

Muna Muhammad Odeh – Universidade de Brasília - UnB

Fernanda Maria Duarte Severo - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos amigos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, especialmente à Rosana Ballestero, ao Alexandre Trino, à Cristiane Medeiros e ao Dirceu Klitzke, assim como aos colegas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Aos trabalhadores dos Consultórios na Rua do Distrito Federal pela generosidade e disponibilidade de compor este trabalho de forma ativa e propositiva.

Aos colegas da Fiocruz Brasília pela parceria.

Aos professores Fernanda Severo e Pedro Isaac, pelas contribuições no exame de qualificação.

À professora e colega Larissa Polejack Brambatti pelas contribuições e trocas sobre a dissertação.

À Thaís por todo amor e compreensão.

À minha família que, mesmo longe, segue presente na minha vida.

E, por fim, à minha orientadora Fabiana Damásio. Todo o percurso de muita alegria e diversão que resultou nesta dissertação, em quase nada representa a experiência de construção coletiva que eu tive o privilégio de desfrutar junto a você. Muito obrigado!

RESUMO

No ano de 2011 foram criadas as equipes de Consultório na Rua (eCR), com o objetivo de prestar atenção integral à saúde da população em situação de rua. Estas equipes atuam hoje em quase todo o território nacional, tendo poucas bases conceituais e técnicas para orientar as suas práticas. Este estudo objetiva analisar as práticas de cuidado realizadas pelas eCR, no Distrito Federal, de modo a identificar suas principais características, ofertas de cuidado e condições em que se desenvolvem. A pesquisa utilizou a perspectiva da Pesquisa Clínica (André Lévy) com base na abordagem qualitativa, que utilizou como estratégias de produção de dados entrevistas semiestruturadas, questionários e o Café Mundial, analisando os dados produzidos à luz da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram, entre outras questões, para a necessidade de revisão ou aprofundamento de questões mais objetivas da organização do processo de trabalho destas equipes pelos órgãos oficiais do governo. No âmbito da gestão foi evidenciada a necessidade de construção de agendas de gestão que tentem garantir processos de institucionalização das eCR como forma de dar maior sustentabilidade a esta política pública, a articulação intra e intersetorial, particularmente entre AB/APS e Saúde Mental e AB/APS e Assistência Social, além da agenda de formação dos trabalhadores, pela via da Educação Permanente. Ao cabo, este estudo propõe um deslocamento da palavra acesso para a palavra instrumentalização como estratégia de agregar resolutividade e qualidade, aos avanços já produzidos pelo acesso oportunizado pelos Consultórios na Rua.

Palavras-chave: Consultório na Rua, políticas públicas em saúde e práticas em saúde.

ABSTRACT

In 2011, the Offices in the Street teams (eCR) were created, with the aim of paying full attention to the health of the street population. These teams work today in almost all the national territory, having few conceptual and technical bases to guide their practices. This study aims to analyze the care practices performed by eCR, in the Federal District, in order to identify their main characteristics, care offerings and the conditions in which they are developed. The research used the perspective of the Clinical Research (André Lévy) based on the qualitative approach, which used as strategies of data production semistructured interviews, questionnaires and the World Coffee, analyzing the data produced in light of the Bardin Content Analysis. The results pointed out, among other issues, the need to review or deepen more objective questions of the organization of the work process of these teams by the official government agencies. In the scope of management, the need to construct management agendas that try to guarantee processes of institutionalization of eCR as a way to give greater sustainability to this public policy, intra and intersectorial articulation, particularly between AB / APS and Mental Health and AB / APS and Social Assistance, as well as the training agenda for workers through Permanent Education. In the end, this study proposes a displacement of the word access for the word instrumentalization as a strategy to add resolution and quality to the advances already produced by the access afforded by the Offices in the Street teams.

Keywords: Offices in the Street teams, public health policies and health practices.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR.....	29
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais por modalidade.....	29
Tabela 3 – atendimentos, atividades e serviços ofertados pelas eCR.....	73
Tabela 4 – Referências para os trabalhadores das eCR	76
Tabela 5 – Participação dos trabalhadores em qualificação recente (últimos 12 meses)	76
Tabela 6 – Remuneração pelo trabalho na eCR.....	77
Tabela 7 – Avaliação das condições de trabalho	77
Tabela 8 – Principais parceiros no compartilhamento de casos da eCR	78
Tabela 9 – Principais parceiros para encaminhamento dos casos da eCR	80
Tabela 10 – Critérios para definição da reinserção dos usuários.....	81
Tabela 11 – Indicadores de monitoramento e avaliação.....	82

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos entrevistados (gestores de AB/GDF).....	43
Quadro 2 – Formação dos participantes	48
Quadro 3 – Critérios para definição do acompanhamento de casos	75
Quadro 4 – Importância da eCR para a rede local	82
Quadro 5 – Síntese sobre a vulnerabilidade	102
Quadro 6 – Síntese sobre a resolutividade	105
Quadro 7 – Síntese sobre os indicadores.....	106
Quadro 8 – Síntese sobre os objetivos e as funções do Consultório na Rua.....	108

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CR	Consultório de Rua
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
eCR	Equipes de Consultório na Rua
eSF	Equipes de Saúde da Família
GDF	Governo do Distrito Federal
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MNPR	Movimento Nacional de População em Situação de Rua
MS	Ministério da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPR	Política Nacional de População em Situação de Rua
PNH	Política Nacional de Humanização
PSR	População em Situação de Rua
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	12
1.2 O QUE É E COMO ATUA UM CONSULTÓRIO NA RUA	15
1.3 O CONSULTÓRIO NA RUA: A REALIDADE DO GDF	16
1.4 PERGUNTA DE PESQUISA	17
1.5 OBJETIVOS	17
1.5.1 Objetivo Geral	17
1.5.2 Objetivos Específicos	17
1.6 JUSTIFICATIVA	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1.1 Revisão dos Documentos Oficiais	21
2.1.2 Revisão da Literatura Científica	25
2.1.3 Apresentação e Análise do Perfil de Constituição Profissional das eCR via CNES	27
2.1.3.1 Modalidades e Categorias Profissionais	28
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	30
3 PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1 ETAPA 1: REUNIÕES COM OS GESTORES E TRABALHADORES	39
3.2 ETAPA 2: ENTREVISTAS COM OS GESTORES DAS ECR/DF	40
3.3 ETAPA 3: QUESTIONÁRIO COM OS TRABALHADORES DAS ECR	43
3.4 ETAPA 4: O CAFÉ MUNDIAL	44
3.4.1 Síntese sobre a Vulnerabilidade	49
3.4.2 Síntese sobre a Resolutividade	53
3.4.3 Síntese sobre os Indicadores	58
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	60
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
4.1 ENTREVISTAS COM OS GESTORES: O PRIMEIRO CONTATO DA PESQUISA COM A REALIDADE DO DF	62
4.2 MAPEANDO AS PRÁTICAS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA, NO DF: O QUESTIONÁRIO COM OS TRABALHADORES	72
4.3 APROXIMANDO UM POUCO MAIS DA REALIDADE DO DF: O CAFÉ MUNDIAL	84

4.3.1 A Discussão sobre Vulnerabilidade Inserida no Contexto do Café Mundial	84
4.3.2 A Resolutividade do Consultório na Rua a partir das Discussões do Café Mundial.....	86
4.3.3 O Café Mundial e a Discussão sobre os Indicadores para os Consultórios na Rua	91
4.3.4 Os Objetivos e Funções da Equipe	95
4.3.5 A Plenária Final	97
4.4 SÍNTESE DOS PONTOS ELENCADOS NO PROCESSO DE CAFÉ MUNDIAL-----	102
5 AS AGENDAS FUTURAS OU DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA -----	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	114
REFERÊNCIAS -----	125
APÊNDICES-----	132
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS COM OS GESTORES (TCLE) -----	132
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO (TCLE)-----	133
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NO CAFÉ MUNDIAL (TCLE) -----	134
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -	135
APÊNDICE E – INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA O CAFÉ MUNDIAL COM OS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA/DF-----	137
APÊNDICE F - INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA AS ENTREVISTAS COM OS GESTORES DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA/DF-----	138
APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES DAS ECR -----	139

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A população em situação de rua (PSR), representada por 101.854 pessoas no Brasil, de acordo com os dados do Instituto de Pesquisa Estatística Aplicada (IPEA) (1), tem exigido dos governos, nos últimos anos, políticas públicas específicas e serviços voltados ao atendimento de suas demandas e necessidades. Ainda segundo o IPEA, estima-se que 40,1% habitam municípios com mais de 900 mil habitantes e 77,02% municípios com mais de 100 mil habitantes (1). Esses dados apontam que a PSR se concentra em municípios de grande porte.

Em 2008, a Pesquisa Nacional sobre PSR, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) (2), já havia colocado a questão da PSR em evidência para a sociedade e o governo brasileiro, fornecendo subsídios para a formulação das políticas públicas implantadas atualmente (3). O número total de pessoas em situação de rua apresentado foi 31.922 até aquele momento, nas 71 cidades pesquisadas. No período da referida pesquisa, os municípios de São Paulo, Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte realizaram estudos parecidos (3) e por esse motivo não aparecem na pesquisa do MDS.

A desmistificação e a complexidade da vida nas ruas são uma das contribuições trazidas pela pesquisa do MDS (2). Os dados apresentados e suas articulações ilustram como é difícil responder de maneira simplória as questões que se apresentam às pessoas em situação de rua, assim como aos trabalhadores e serviços envolvidos. Por exemplo, ao se deter ao motivo de ida para as ruas, drogas, desavenças familiares e desemprego (por volta de 30% para cada uma destas questões) se misturam de modo a impossibilitar que uma “causa” seja apresentada como “principal”.

No ano de 2009, informada pela pesquisa do MDS, foi criada a Política Nacional para População em Situação de Rua (4) (PNPR), a partir de intensa participação dos

movimentos sociais ligados à PSR. Merece destaque o Movimento Nacional de População em Situação de Rua em constante luta para situar as ofertas à PSR no campo das políticas públicas e não mais vistas como mero assistencialismo (3). A PNPR aponta como cerne a garantia de acesso desta população específica aos serviços e às políticas públicas, em especial as do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Na história da atenção à saúde da PSR, o pioneirismo da experiência das equipes de Consultório de Rua de Salvador/Bahia (1999) (5) tornou-se em 2010 uma das referências para o trabalho na saúde junto à PSR. Ao constatar a vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua e o quanto os serviços de saúde eram inadequados na oferta de acesso a esta população, o professor Antônio Nery Filho, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA) (6) propôs uma equipe itinerante do CETAD para trabalhar nas regiões da cidade de Salvador com maior concentração dessa população, onde os riscos sociais, físicos e psicológicos eram amplificados. Assim, surgiram as primeiras equipes de Consultório de Rua da Bahia que atuaram entre 1999 a 2006 em consonância com o modelo proposto pelo CETAD.

Para legitimar o êxito da referida experiência e atender às demandas da PSR, o Ministério da Saúde (MS), em 2009, estabelece o Consultório de Rua (CR) como uma das propostas para o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) (6) no âmbito do SUS. Mesmo com as mudanças na estruturação das equipes destinadas ao atendimento da PSR, o SUS, atualmente, ainda conta com poucos CR (quatro em todo o país) que fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. Tal atuação confronta-se com a pauta de reivindicação da PSR, que quer ser acompanhada para além das questões provenientes do uso de álcool e outras drogas, do sofrimento ou transtorno psíquico.

Uma outra ação que demarcou a implantação dos CRs no território foi realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Motivada pelo reconhecimento das dificuldades de acesso da PSR na Atenção Básica (AB) por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), em 2002, implantou as primeiras equipes de Saúde da Família para atender esta população específica, sem território fixo de abrangência. Esse serviço de saúde passou a ser referência para a PSR no centro da cidade (7). O município de São Paulo veio na sequência de Belo Horizonte e direcionou eSF para PSR. Em 2010, os municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba implantaram também suas primeiras eSF para PSR (8).

É a partir dessas iniciativas e por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que as equipes de Consultório na Rua (eCR) (9) passam a ser vistas como uma estratégia de cuidado integral à PSR. As eCR são equipes multiprofissionais que oferecem atenção integral à PSR diretamente nas ruas e, também, na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde está lotada. São equipes que lidam com a ampla gama de problemas e necessidades de saúde da PSR por meio de ações que são desenvolvidas de modo compartilhado e integrado também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos da rede de atenção à saúde e do território, em consonância com as necessidades dos usuários (8). As portarias do Ministério da Saúde nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, estabelecem as diretrizes de organização e funcionamento das eCR (10,11) e com base no que está previsto em tais documentos, hoje existem 135 eCR no Brasil (12).

Para conhecer a realidade das equipes após a sua inserção no território nacional, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) realizou um estudo com o objetivo de investigar as práticas de cuidado e as relações intersetoriais construídas pelas referidas equipes. O instrumento utilizado foi o FormSUS (13), um questionário eletrônico com questões abertas e fechadas. As respostas das

questões abertas foram agrupadas em categorias. Participaram da pesquisa 103 equipes e o período da sua realização foi de novembro de 2014 a julho de 2015 (13). Os dados indicaram que 93,07% das equipes direcionam o seu foco para a saúde integral, de modo convergente com a PNAB. Quanto ao acesso à população, 70% das equipes responderam que realizam busca ativa e abordagem in loco, de modo a considerar o espaço ocupado pela população em situação de rua. No que se refere ao processo de trabalho das equipes, os trabalhadores indicaram dificuldades de compartilhamento do cuidado entre as eCR e as demais equipes de Atenção Básica. Sinalizaram também que problemas decorrentes do uso álcool (100%), de outras drogas (93,1%) e o alto índice de doenças infectocontagiosas (82,2%) aparecem com grande destaque. Nessa direção, o escopo de trabalho das eCR é composto por um conjunto de elementos que justificam a necessidade de análise mais detalhada.

1.2 O QUE É E COMO ATUA UM CONSULTÓRIO NA RUA

Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais que desenvolvem suas atividades de forma itinerante e também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) locais. Entre as atividades dessas equipes está incluído todo o rol de cuidados primários, orientados pela PNAB, assim como as demais equipes de Atenção Básica, cabendo pela prevalência de casos à ênfase na busca ativa aos usuários de álcool e outras drogas e da lógica da Redução de Danos (RD), lembrando que esta é uma orientação ética para a AB de um modo geral, não cabendo aqui leituras reducionistas que coloquem a RD como referente somente às questões relacionadas a álcool e outras drogas (9). Os Consultórios na Rua são também um dos componentes da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A carga horária mínima destas equipes é de 30 horas semanais, tendo o horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana (10).

Cada equipe é responsável por uma população de no mínimo 80 e no máximo

1.000 pessoas em situação de rua. Em municípios ou regiões onde a população em situação de rua for menor do que 80 pessoas, o cuidado integral é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas (9).

Estas equipes de saúde seguem os atributos da Atenção Básica, como: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado (9).

As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades e composições (14): Modalidade I – compostas por quatro profissionais, dentre os quais dois deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. Os outros dois profissionais para a composição da equipe podem ser, além destes citados, os seguintes: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação; Modalidade II – composta por seis profissionais, dentre os quais três deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Os outros três profissionais para a composição da equipe podem ser, além destes citados, os mesmos descritos na Modalidade I e; Modalidade III – é composta pelo mesmo número e profissões possíveis na Modalidade II e adicionada de um profissional médico.

1.3 O CONSULTÓRIO NA RUA: A REALIDADE DO GDF

Hoje estão em situação de rua no Distrito Federal aproximadamente 2.500 pessoas (1). Na Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (GDF) os Consultórios na Rua estão formalmente sob a gestão da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável, que é parte da Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Na eCR do Plano Piloto existem sete profissionais, em uma equipe Modalidade III, no de Taguatinga sete profissionais, em uma equipe de Modalidade I e na eCR de Ceilândia cinco profissionais, em uma equipe de Modalidade I (12). As equipes específicas para a atenção junto à PSR

começaram a ser implantadas em 2010, como modelos de atenção diferentes do Consultório na Rua, fazendo a migração em 2013.

1.4 PERGUNTA DE PESQUISA

Diante do cenário apresentado, este estudo pretendeu interagir com a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as práticas de saúde ofertadas pelas eCR e como elas têm sido implementadas junto à PSR do Distrito Federal (DF)?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

- Analisar as práticas das eCR no DF de modo a identificar suas principais características, ofertas de cuidado e condições em que se desenvolvem.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Mapear e sistematizar as práticas instituídas pelas eCR no DF;
- Analisar a interlocução entre as práticas das eCR/DF e as políticas públicas que as orientam;
- Propor estratégias de qualificação das práticas destas equipes junto à gestão e aos trabalhadores.

1.6 JUSTIFICATIVA

A relevância do estudo em questão está em agregar dados para a compreensão das dificuldades e potencialidades encontradas no processo de implementação das ações referentes à PNAB, no que concerne à PSR e eCR, por se tratar de uma política recente, datada de 2011. Assim, a importância do referido estudo se inscreve nas perspectivas política, científica e prática.

Na perspectiva política, estudar as características específicas do trabalho das eCR/DF pode vir a contribuir na apresentação de discussões, temas e propostas que possam qualificar esta política pública de um modo geral. Quanto à importância técnico/política do estudo, a produção oficial (Ministério da Saúde) se mostrou reduzida sobre o tema e em especial quanto às práticas e à organização do processo de trabalho das equipes: diretrizes oficiais (8) diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua (15); e escassa produção sobre a temática nos conselhos federais das categorias que podem compor a eCR. Esta produção, de um modo geral, tem se dedicado ao trabalho das categorias profissionais junto à PSR, mas não inseridas nas eCR (16,17).

Assim, os documentos, materiais oficiais e documentos publicados pelos conselhos profissionais estabelecem diretrizes gerais do trabalho das eCR. No entanto, parece pertinente um estudo que pretende se aproximar para conhecer, sistematizar e analisar as práticas desempenhadas pelas eCR, de modo a indicar suas principais características. Tal realidade precisa ser também mais conhecida porque, desde junho de 2014, com o aumento do custeio mensal houve a ampliação significativa do número de eCR. De 2012 ao final de 2013 eram 60 eCR e com a Portaria nº 1.238, de 6 junho de 2014 (14), passou para 110 eCR.

No que tange à importância científica do estudo, a revisão inicial mais abrangente sobre o tema apresentou como estado da arte na produção acadêmica o foco em questões como: acesso ao serviço de saúde, HIV/AIDS, transtornos mentais/saúde mental, uso de álcool e outras drogas e estigma (8). Apenas um trabalho sistematiza o processo de trabalho da eCR (18). Os artigos encontrados e apresentados no item sobre a revisão de literatura são, em sua quase totalidade, relatos de experiências. Não há indicação de diretrizes para a organização do trabalho da eCR ou sobre a prática das eCR.

De modo complementar, a revisão de literatura (detalhada no item específico) demonstrou que existem poucos estudos sobre as características das equipes específicas para o

cuidado junto a esta população (Consultório de Rua ou Consultório na Rua) e a maior parte dos que foram encontrados estão mais dedicados à descrição desta população e seus modos de vida, no cuidado a usuários de álcool e outras drogas e no acesso aos serviços de saúde somente enquanto direito do SUS, não fazendo, por exemplo, a discussão do cuidado e da continuidade desejada na AB.

Quanto à perspectiva prática, a compreensão da dinâmica de trabalho das eCR pode contribuir para o reconhecimento e fortalecimento do seu papel social e sua atuação junto à PSR, assim como junto às demais equipes e serviços da rede. Além disso, a identificação do potencial de trabalho multidisciplinar das equipes pode ser aprimorada por meio do processo da pesquisa (entrevistas, Café Mundial e devolutivas dos pesquisadores) e também com os usos possíveis que as eCR podem fazer com os seus achados. Por fim, o referido estudo pode informar os modos de trabalho das eCR à gestão local que, por sua vez, poderá estruturar estratégias de apoio mais específicas e focadas na realidade das referidas equipes, otimizando recursos públicos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO DA LITERATURA

A partir da pergunta de pesquisa proposta, inicialmente foi realizada uma revisão dos documentos oficiais que regulamentam e orientam o funcionamento das eCR (políticas, portarias, leis, guias, manuais). Esta revisão apresentou cinco portarias referentes ao Consultório na Rua, a Política Nacional de Atenção Básica, o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua e as Diretrizes (Departamento Nacional de Atenção Básica – Ministério da Saúde) e o documento técnico-político “Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (Política Nacional de Humanização [PNH] – Ministério da Saúde). Este último foi incluído por se tratar de uma publicação realizada através da parceria entre a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a PNH como documento orientador para o processo de trabalho das eCR, construído a partir da descrição da experiência de uma das primeiras eCR do país, a do Rio de Janeiro.

Em seguida, foi realizada a revisão de artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Quanto à revisão na produção científica, foram trabalhados 13 artigos entre os encontrados na base de dados da BVS e os trazidos no livro “Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas” (19). A revisão de literatura realizada teve caráter descritivo e o recorte temporal dado à pesquisa foi o ano de 2009, por ter sido o período da publicação da portaria que instituiu as equipes de Consultório de Rua.

A revisão proposta não pretende descrever o perfil, as características da população em situação de rua ou mesmo os seus modos de vida, pois o foco deste estudo foi o funcionamento do processo de trabalho da eCR, como uma equipe de Atenção Básica

(9,10,11), que tem na população atendida uma das dimensões do processo de trabalho. Porém, outros elementos como o território, a rede local, as ofertas de cuidado da equipe, entre outros, pontos igualmente importantes para a construção do mesmo, serão apontados nesta pesquisa.

2.1.1 Revisão dos Documentos Oficiais

A Política Nacional de Atenção Básica (9) preconiza o trabalho em equipe como um caminho para a realização de práticas de cuidado e gestão, conectadas com a realidade do território. Ancorada no princípio da integralidade, a PNAB prevê o atendimento centrado no usuário e realizado por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, formadas por profissionais das mais diversas áreas que compartilham seus saberes e experiências. Tal modo de funcionamento proporciona o aprimoramento das competências coletivas e, conseqüentemente, a ampliação da capacidade de atuação no cuidado em saúde de todos que as compõem. Em coerência com o que se estabelece como cuidado à saúde, a PNAB indica a necessidade de reconhecimento das especificidades do usuário e nessa direção buscou contemplar a estruturação da eCR para viabilizar de forma mais efetiva o cuidado junto à População em Situação de Rua.

Assim, após a publicação da PNAB, foram publicadas portarias que pudessem contribuir para a criação, organização e disseminação das eCR nos municípios. Desse modo, buscou-se identificar junto às bases legais fornecidas pelo Ministério da Saúde quais as portarias e demais documentos oficiais publicados, na esfera federal, após outubro de 2011, que abordam as questões relacionadas às eCR. O referido ponto de corte foi adotado uma vez que este foi o período de implementação da Política Nacional de Atenção Básica, documento em que a criação das eCR está subsidiada.

Esta revisão foi realizada com base nos documentos publicados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em outubro de 2011. Assim, foram identificadas cinco

portarias: as portarias n° 122 e n° 123, de 25 de janeiro de 2012 (10,11), a n° 1.922, de 5 de setembro de 2013 (20), a n° 1.029, de 20 de maio de 2014 (21), e a n° 1.238, de 6 de junho de 2014 (14). Além disso, foi identificado o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (8), que foi mencionado na PNAB e publicado pelo Ministério da Saúde em 2012. Foi utilizado ainda como referência o documento que descreve a experiência da equipe do Rio de Janeiro, intitulado “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (15). O referido documento foi inserido no processo de análise da revisão dos documentos oficiais por ser o único publicado que se propõe a descrever o processo de trabalho de uma eCR.

Quanto aos objetivos estabelecidos pelas portarias, observa-se que a primeira (10) definiu diretrizes e modalidades das equipes a serem implantadas pelos municípios, de modo a demarcar a importância de garantir que as equipes tivessem caráter multiprofissional. Indicou ainda os profissionais que podem compor a equipe, com seus respectivos papéis, além dos critérios de distribuição das equipes pelos municípios em função do censo da População em Situação de Rua. A segunda Portaria, n° 123 (11), publicada no mesmo dia, foi direcionada para a definição do custeio em função das modalidades de equipes e do número de habitantes por municípios. Já a terceira Portaria, a n° 1.922 (20), indica alterações na Portaria n° 122 no que se refere à carga horária e à distribuição da equipe. A quarta Portaria, n° 1.029 (21), dedicou-se a ampliar o número de profissionais e a quinta, n° 1.238 (14), fixou novos valores de custeio para as equipes.

Assim, por meio desse conjunto de documentos legais, tem-se o registro da necessidade de atuar de forma organizativa para garantir que o que a PNAB preconiza seja de fato cumprido em prol da melhoria da qualidade do atendimento integral junto à População em Situação de Rua. No entanto, como o foco ainda é mais direcionado para os aspectos de

ordem burocrática, é necessário que seja assegurada a implementação das eCR, de modo a permitir uma ação mais efetiva e coletiva junto à população em questão.

Em 2012, o DAB/SAS/MS lançou o primeiro material com o objetivo de proporcionar orientação para os processos de trabalho da eCR e por este critério foi incluído neste estudo. No Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua são elencados elementos que pretendem contribuir na organização das eCR, entretanto, não há nada indicado sobre as práticas concretas das equipes, estipulando apenas diretrizes gerais de trabalho. Entre os pontos que compõem o Manual estão: o contexto histórico político e a caracterização da PSR; os problemas clínicos mais comuns; alguns relatos de experiências; e estratégias de cuidado da própria eCR. Dois itens mais específicos deste material são dedicados a propor práticas a estas equipes. O item que trata da abordagem e do acolhimento à pessoa em situação de rua apresenta as possíveis barreiras que a eCR vai encontrar no seu processo de trabalho: dificuldade no acesso às UBS, aos hospitais, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), aos medicamentos, às consultas especializadas, aos serviços especializados no cuidado a álcool e outras drogas, entre outros, porém aponta como possibilidade de enfrentar estes problemas: a humanização das ações e serviços, a responsabilização dos profissionais da rede e a reorganização da atenção em saúde em todos os níveis do SUS (8). Entretanto, não há nenhuma proposta clara de como se humaniza, responsabiliza ou reorganiza pessoas, serviços ou a rede. No item sobre as atribuições da equipe multiprofissional estão postas diversas competências que a eCR deve ter, entre elas: a capacidade de estabelecer vínculos; de realizar atendimentos individuais e em grupo; ter escuta ampliada e diferenciada; realizar articulação intra e intersetoriais; ter registro das informações; realizar busca ativa; atuar na perspectiva da redução de danos e garantir a segurança do usuário (8). Não são poucas as competências e as expectativas colocadas neste

Manual em relação aos profissionais e suas atribuições, porém, não são apontadas formas ou estratégias para exercer as atribuições desejadas para a eCR.

Outro documento lançado com o objetivo de orientar o processo de trabalho das eCR é o “Diretrizes, Metodologias e Dispositivos do Cuidado Pop Rua – Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro” (15). O documento é resultado de uma pesquisa-intervenção participativa junto à equipe do Consultório na Rua do Rio de Janeiro/Centro (no material chamada de “POP RUA”), realizada pelo grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) e publicada em 2014 pela Rede HumanizaSUS, da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. O material é a sistematização do processo de trabalho da primeira eCR do município do Rio de Janeiro, que funciona desde 2010 na mesma unidade de saúde no centro da cidade. Em seu sumário são enumeradas duas linhas conceituais e de ações: I. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado com o território da cidade: o cuidado da equipe com o usuário do serviço, com o território da rua, com as redes institucionais e não institucionais; e II. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado com o território da equipe: o cuidado da equipe com seu próprio trabalho. Aqui, nos itens sobre as metodologias, são descritos conceitos que informam e orientam as ações da equipe (no entendimento desta eCR específica), como: acompanhamento longitudinal; construção de vínculo; promoção de autonomia; cartografia constante do território/atuação na rua; construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; criação de referência; escuta ampliada; construção e promoção de espaços de atendimento diversos; tensionar da rede; ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Neste documento da UFF/PNH/MS há um avanço quanto ao caráter propositivo das ações inseridas no processo de trabalho da equipe em relação à PNAB e ao Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua, porém a base de sua construção é

a realidade do município do Rio de Janeiro (com seus trabalhadores, serviços, redes e relações) e as descrições são fortemente marcadas por conceitos (cartografar, escuta ampliada, espaços de atendimento diversos, tensionar da rede, ocupar e pautar os espaços políticos na cidade, entre outros) em detrimento do “como” fazer na prática do dia a dia da equipe.

Como foi exposto, a revisão dos documentos oficiais apresenta a caracterização da PSR, formas de composição e financiamento das equipes, elementos gerais para orientar o processo de trabalho, diretrizes e métodos gerais de trabalho, porém não estão postas as possibilidades concretas de funcionamento e organização do processo de trabalho das eCR ou mesmo sobre as expectativas quanto à resolutividade destas equipes. A PNAB apresenta as diretrizes essenciais para a inserção da eCR na AB e as cinco portarias subsequentes estabelecem, sobretudo, as linhas gerais dos modos de organização e funcionamento.

2.1.2 Revisão da Literatura Científica

Na revisão da produção científica foram encontrados 13 artigos entre os encontrados na base de dados da BVS e os trazidos no livro “Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas” (19). Além disso, para contemplar os objetivos, todas as publicações incluídas na pesquisa foram relatos de experiência de Consultórios de e na Rua. Foi utilizada, como base, a BVS para identificação dos artigos com os descritores “Consultório na Rua” e “Consultório de Rua”, que foram adotados devido ao foco da pesquisa em questão para garantir o apanhado histórico do processo de implantação das equipes a partir da publicação das Portarias. Tais descritores deveriam estar presentes no título, no resumo ou como palavra-chave. Além dos artigos, foram incluídos livros publicados sobre o tema, cujos descritores utilizados foram os mesmos. A decisão pela inclusão dos livros se deu por se tratar de uma prática recente e porque a análise dos materiais encontrados indicou o livro como uma importante fonte de

publicação sobre os relatos. O recorte temporal dado à pesquisa foi o ano de 2009, por ter sido o período da publicação da portaria que instituiu as equipes de Consultório de Rua.

Optou-se por utilizar a BVS por contemplar a maior parte das bases de dados científicos nacionais (Comunicação Científica em Saúde, LILACS, Revista Científica, MEDLINE, SciELO - Livros, SciELO - Periódicos, SciELO - Brasil, SciELO - Saúde Pública, SciELO Livros - Fiocruz). Outra opção metodológica para a revisão foi a utilização de bases nacionais, posto que o estudo pretende interagir com equipes de atuação singular no contexto da atenção básica e da saúde pública do Brasil. Assim, o interesse maior desta pesquisa foi o da compreensão das práticas destas equipes inseridas na realidade brasileira.

A partir do apanhado dos critérios de inclusão citados, os 13 textos identificados são especificamente sete capítulos de livro (22,23,24,25,26,27,28) e seis artigos científicos (29,30,31,32,33,34). Foram eliminados quatro documentos acadêmicos por não estarem em publicações científicas que adotassem revisão de pares, um ensaio, pelo seu caráter teórico e por não se dedicar ao relato de nenhuma experiência específica e um artigo, que não tinha os descritores utilizados presentes em seu título, resumo ou palavra-chave.

Do conjunto de artigos, cinco deles (29,30,31,32,33) indicam que o vínculo, o acesso e a articulação da rede em si e da PSR com esta rede são os objetivos mais presentes na atuação da eCR. Teixeira e colaboradores (23) sinalizam que o objetivo da eCR é ser porta de entrada na rede de saúde e intersetorial. Já Silva, Cruz e Vargas (33) sinalizam a construção de vínculos como eixo essencial do trabalho da eCR. Quanto à articulação, um exemplo que merece destaque pode ser observado no relato de experiência feito por Souza, Pereira e Gontijo (34). Os autores sinalizaram que o papel da eCR é a oferta de articulação entre os serviços nas áreas de saúde, educação, justiça e assistência social, especialmente as redes de saúde mental e assistência social.

Fazendo uma leitura articulada com o conjunto da literatura científica encontrada fica evidenciado que as equipes de Consultório na Rua têm a garantia do acesso (5,8,9,10,35), a articulação e o tensionamento da rede (5,15,35) como sua principal tarefa, assumindo a equipe como um elemento de conexão entre o mundo da rua e a rede de serviços, adotando também foco nas questões do campo da saúde mental, fundamentalmente em relação aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas (5,35). Essa leitura provavelmente se constituiu como um traço das equipes que migraram de Consultório de Rua (Saúde Mental) para Consultórios na Rua (Atenção Básica), trazendo para a atuação destas equipes, na perspectiva do “cuidado integral”, majoritariamente, elementos éticos, técnicos, organizativos do processo de trabalho e clínicos do campo da Saúde Mental. Essa perspectiva de trabalho coloca em um plano secundário questões como a resolutividade da própria equipe de Consultório na Rua diante das demandas da PSR; seus limites no cuidado direto à PSR, assumindo um compromisso com a totalidade dos agravos que acometem a PSR (como a hipertensão, diabetes, feridas, úlceras, doenças de pele, entre outras); e a construção de relação com a rede local pautada pelo compartilhamento do cuidado, mais do que pelo encaminhamento dos casos. Enfim, questões que podem ser centrais para a solidificação desta política pública parecem ainda estar fora do campo de debates estabelecido na atualidade.

2.1.3 Apresentação e Análise do Perfil de Constituição Profissional das eCR via CNES

Para contribuir na descrição do cenário nacional sobre como vem sendo constituídos os Consultórios na Rua, no que tange os profissionais que fazem parte destas equipes, serão apresentados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O CNES é um sistema de informação oficial para cadastro de informações todos os estabelecimentos de saúde no país, bem como profissionais e equipes de saúde, e por este motivo optou-se por também apresentar dados que ilustram as diferentes composições das

eCR, de modo a ampliar o escopo de informações para a discussão iniciada pelas informações trazidas pela leitura das portarias oficiais do Ministério da Saúde.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde se propõe a ser uma ferramenta de gestão e referência cadastral de todos os estabelecimentos públicos, conveniados e privados de saúde no território nacional. O cadastramento dos estabelecimentos, serviços e equipes de saúde é realizado pelo gestor local (Secretaria Municipal de Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde). No caso dos Consultórios na Rua, cabe ao gestor municipal de saúde o cadastramento dos profissionais.

De acordo com o CNES, atualmente, o SUS conta com 135 eCR no Brasil (36). O número total de municípios que podem implementar estas equipes é de 263 (8), porém atualmente 81 municípios, nas cinco macrorregiões do país, contam com Consultórios na Rua na rede local (37).

2.1.3.1 Modalidades e Categorias Profissionais

Na sequência, com base nas informações disponíveis no CNES, são apresentados os dados sobre as modalidades e categorias profissionais que têm feito parte dos Consultórios na Rua.

Na Tabela 1 são apresentados os números de trabalhadores e eCR por modalidade. Ao estabelecer uma proporção entre o total de equipes e de trabalhadores, observa-se que, em todas as modalidades, há a superação do número de profissionais exigidos. No caso da Modalidade 1, em que se exige 4 profissionais, a proporção é de aproximadamente 5. Para a Modalidade 2 são exigidos 6 trabalhadores e a proporção verificada é de 6,8. Por fim, na Modalidade 3 são demandados 7 trabalhadores e a proporção encontrada a partir dos dados é de 7,8 trabalhadores por equipe.

Tabela 1 - Quantitativo de trabalhadores por modalidade de eCR

	MODALIDADE 1	MODALIDADE 2	MODALIDADE 3	TOTAL
Total de Trabalhadores	140	403	406	949
Total de eCR	23	60	52	135
Proporção entre número de equipes e de profissionais	6,1	6,8	7,8	

Fonte: CNES/MS – 04/2017.

Outro ponto relevante diz respeito à ampliação das categorias profissionais. Com a Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014, outras categorias profissionais foram incorporadas às equipes (cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação) e com isso aumentaram as possibilidades de arranjos de profissionais e de saberes nas eCR. A Tabela 2 apresenta os profissionais que podem compor as eCR e hierarquiza pelo número de profissionais presentes nas equipes (36).

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais por modalidade

CATEGORIA PROFISSIONAL	MODALIDADE 1	MODALIDADE 2	MODALIDADE 3	TOTAL
Agente de Ação Social	25	103	90	218
Técnico Auxiliar de Enfermagem	36	72	72	180
Enfermeiro	25	60	65	150
Psicólogo	20	66	46	132
Assistente Social	20	54	45	119
Médico Clínico	6	9	53	68
Técnico Auxiliar de Saúde Bucal	1	12	11	24
Terapeuta Ocupacional	2	12	5	19
Cirurgião Dentista	3	6	5	14
Educador Social	2	5	7	14
Professor de Educação Física	0	3	1	4
Agente Comunitário de Saúde	0	0	3	3
Agente de Saúde	0	0	2	2
Fisioterapeuta	0	0	1	1
Fonoaudiólogo	0	1	0	1

Fonte: CNES/MS – 04/2017.

O atual perfil dos profissionais, apresentado na Tabela 2, aponta a presença majoritária do campo da enfermagem (enfermeiro e técnico auxiliar de enfermagem) nas

equipes, em todas as modalidades, aproximadamente 34,8% do total de profissionais (36), especialmente nas equipes maiores (modalidades 2 e 3), podendo indicar uma resposta das gestões locais à necessidade de interação com agravos com os quais a ação da enfermagem pode contribuir com uma maior resolutividade, já que a formação das equipes e as categorias profissionais que às compõem são de autonomia da gestão municipal de saúde.

Na sequência aparecem os agentes de ação social, trabalhadores que podem ter experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua, desempenhando atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, dos modos de vida e da cultura das pessoas em situação de rua (8), trabalho muito próximo ou análogo ao dos Redutores de Danos nos Consultórios de Rua. Além destes, há a presença de categorias profissionais que historicamente compõem o campo da atenção psicossocial, os psicólogos (4º) e os assistentes sociais (5º), para os quais a presença nas equipes é de aproximadamente 26,4% (somadas as duas categorias). Outro dado relevante diz respeito ao número de médicos que fazem parte das equipes de Modalidade 1 e 2. Atualmente, 15 médicos compõem as referidas equipes, mesmo sem a exigência por parte das portarias vigentes. Tais dados reforçam a aposta municipal nesta categoria profissional, mesmo com o custeio deste trabalhador acontecendo por conta do município, uma vez que o custeio federal não contempla estes profissionais.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Tendo em vista a singularidade do trabalho realizado pelas eCR, o pouco tempo de implantação das políticas públicas que trabalhem a saúde da PSR e a escassez de acesso direto a personagens partícipes deste processo histórico (como é o caso dos trabalhadores das eCR), escolheu-se a perspectiva da psicossociologia como referencial teórico.

A escolha do referencial teórico da Pesquisa Clínica, no campo da Psicossociologia, tem também uma relação direta com meu percurso como sujeito e trabalhador do campo da saúde. Esta temática se insere em minha vida e na minha carreira desde o início em 2008, quando começo a trabalhar como psicólogo no CAPS Ruben Corrêa no bairro de Irajá, Rio de Janeiro. No ano de 2010 passo a integrar a equipe do Centro Pop José Saramago (também em Irajá, no Rio de Janeiro), serviço da rede socioassistencial dedicado à população em situação de rua adulta. O tom de ineditismo que este trabalho tinha àquela altura no município do Rio de Janeiro permitiu que eu construísse uma série de articulações, a partir da experiência trazida pela minha passagem pela rede de Saúde Mental para este serviço. A forma como o trabalho no Centro Pop foi se desenvolvendo me levou, em janeiro de 2011, a trabalhar concomitantemente na primeira equipe de Consultório na Rua do Centro do Rio de Janeiro.

Em 2012, acumulando as funções no Centro Pop e no Consultório na Rua, recebi o convite para passar a compor a equipe do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (Departamento onde sigo até os dias atuais) exatamente na gestão das eCR, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do apoio matricial e da relação do DAB com as temáticas de Saúde Mental.

Desde então a maior parte da minha agenda de trabalho no DAB tem sido dedicada a formação de trabalhadores para a Atenção Básica, especialmente no campo da interface entre Saúde Mental e Atenção Básica e na supervisão direta a diversas equipes de Consultório na Rua, a maior parte destas em encontros virtuais com periodicidade mensal.

Nesse contexto, fazer convergir pela via do mestrado profissional, minha carreira como clínico e gestor nacional dos Consultórios na Rua utilizando a Psicossociologia como chave de leitura desta realidade é uma oportunidade de qualificar minha prática, agregando novos conhecimentos, estratégias e ações, bem como novos dilemas e desafios.

A psicossociologia, que surge na década de 1950, de modo a agregar diferentes saberes, entre eles a psicologia social, a economia, a sociologia, o direito, a pedagogia e a psicanálise, constitui-se como uma perspectiva transdisciplinar e firma-se num lugar de “entre” disciplinas e métodos, articulando diferentes conhecimentos, na tentativa de construção de objetos de estudos singulares e complexos (38). Tem como esfera de análise os grupos, as organizações e as comunidades considerados “conjuntos concretos que mediam a vida pessoal dos indivíduos e são por estes criados, geridos e transformados” (39). Questões como o papel do sujeito na dinâmica social, o vínculo grupal, o pertencimento, os processos indenitários, o papel das organizações, a constituição de sujeito, o imaginário social e a produção de subjetividades são terrenos de interesse e investigação do referido campo (40).

A psicossociologia, mais do que uma abordagem ou uma metodologia de pesquisa, é uma perspectiva de trabalho, pois para se dedicar à análise das organizações, das instituições e da sociedade parte de pressupostos importantes como a inseparabilidade entre individual e coletivo, institucional e afetivo e processos sociais e inconscientes (valendo-se do termo na perspectiva psicanalítica), colocando seu foco de análise no indivíduo em ação. Nessa direção, o sujeito é produto e construtor ativo da história, sob o aspecto das determinações psíquicas e sociais (41).

André Lévy (42) nos alerta que o discurso de um sujeito inserido em uma organização é uma produção individual e ao mesmo tempo coletiva, que tanto cria a realidade quanto cria o sujeito. Assim, o reconhecimento das modalidades discursivas que circulam pelas organizações tem a potência de impulsionar mudanças nos sujeitos e nas organizações. O discurso dos sujeitos tem a capacidade de representar a dinâmica organizacional, construir sentidos para esta dinâmica e revelar suas relações e seus conflitos (38).

A dimensão subjetiva da história e da construção da narrativa ganha destaque nessa perspectiva (42). Lévy busca desfazer a dicotomia entre história real e história contada

(41), apostando que não é possível dissociar um acontecimento objetivo da forma como o mesmo é interpretado (41), alertando-nos que história e subjetividade estão intimamente conectadas (41). Deste modo, a narrativa insere-se como produto dos sentidos que o sujeito atribui aos acontecimentos, inscrevendo-se e ganhando em possibilidades de interpretação ao longo do tempo (41).

Ainda sobre narrativa de vida, afirma-se que essa se configura como uma ferramenta analítica que pode contribuir como instrumento de leitura nesta pesquisa, posto que pode ser empregada como uma lente para os pesquisadores junto às eCR. Mais do que construir uma história, ou descobrir o sentido “oculto” da história, trata-se aqui de possibilitar que emergja o sentido produzido pela relação intersubjetiva dos sujeitos envolvidos na dinâmica da equipe, permitindo assim que a mesma possa ser reconstruída (41). Quando a história do sujeito e deste inserido na equipe pode ser contada e recontada, há a oportunidade de construção de um reposicionamento diante dos “fatos” e, por consequência, a chance de trabalhar coletivamente os sentidos conferidos aos mesmos, atribuindo outras conexões, valores e percepções impensadas anteriormente.

André Lévy (2001) propõe que a Pesquisa Clínica seja organizada a partir de três momentos distintos, porém indissociáveis (42):

- a. O *Ato*, que é a relação entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa, buscando a compreensão de algum fenômeno (42);
- b. A *Elaboração Teórica*, descrita como a posterior sistematização e formulação conjunta (pesquisador e sujeitos envolvidos) sobre o fenômeno observado, buscando formalizar uma compreensão conjunta do fenômeno (42);
- c. A *Comunicação*, postulada como o compartilhamento verbal, ou por escrito, dos conhecimentos produzidos, intencionando comunicar os achados ao maior número possível de sujeitos (não só os implicados na pesquisa) (42).

Esse posicionamento para a condução da pesquisa visou ampliar o comprometimento, o envolvimento e a implicação entre todos os participantes, tanto na construção do objeto a ser pesquisado quanto na devolução dos achados e construção de valor de uso para os mesmos por parte do pesquisador.

Assim, o escopo de referenciais aqui apresentado se coloca ao mesmo tempo como estratégia de aproximação e análise de fenômenos sociais (sujeitos, organizações, instituições e sociedade). Oferta também a oportunidade de ressignificação das histórias institucionais e pessoais, implicando a pesquisa direta e concretamente com seu compromisso de devolver elementos de aprimoramento à sociedade e, neste caso específico, às políticas públicas.

A articulação entre pesquisa e prática (no sentido de oportunizar mudanças) é uma dimensão central na perspectiva da abordagem clínica e de se aplicar às várias metodologias e aqui essa perspectiva foi colocada a serviço da Enquete Clínica.

Deste modo, a Enquete Clínica pressupõe o *contrato de comunicação* (42), que é a relação unilateral entre pesquisadores e pesquisados, atitude que impõe a possibilidade de reciprocidade do questionamento. Esse contrato de comunicação inclui a ideia de que os pesquisados podem se apropriar ao longo do processo da pesquisa de seus resultados, não somente ao final da pesquisa. O ideário de socialização e popularização dos resultados e métodos de análise é muito caro a essa perspectiva (42).

Outro elemento importante da Enquete Clínica é o da construção de *procedimentos indutivos* (42). Mais uma vez há a defesa por este referencial teórico de que o tema, a problemática e os resultados não são “inocentemente científicos”. Do ponto de vista da Enquete Clínica, a escolha dos participantes, dos métodos e das técnicas de coleta é fruto da negociação com os atores sociais envolvidos, assumindo-se assim um viés de que pesquisar é necessariamente intervir na realidade, construindo-a coletivamente. Ao mesmo

tempo, pretende-se superar uma leitura da pesquisa somente por seus “resultados”, sublinhando o papel da pesquisa enquanto processo que deixa escapar efeitos ao longo do tempo da pesquisa e também para depois dela, trazendo para a cena a possibilidade de transformação dos campos discursivos (da ciência e seus métodos e do processo de trabalho destas equipes e a relação dos trabalhadores com este trabalho específico) para muito além do tempo da pesquisa/intervenção (42)

Além dos dois elementos já citados como componentes da Enquete Clínica, há também nesta perspectiva a ideia de um *ato comunicacional* (42). Neste ponto, a Enquete Clínica assume-se como uma forma específica de comunicação entre pessoas e entre grupos implicados com a formação do tecido social (40). O ponto central aqui é falar e fazer falar, saber e fazer saber, comprometendo esses atos com suas múltiplas significações e consequências. A Enquete Clínica surge como uma ponte proporcionando elos de ligação e de construção de sentidos entre os participantes no decorrer dos diversos procedimentos que constituem a pesquisa/intervenção. Deste modo, o “começo” da pesquisa/intervenção pode significar o rompimento com um determinado percurso para estas equipes e o “final” pode se tornar a conexão com estradas ainda não percorridas (42).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste ponto, retorna-se à questão da pesquisa para iniciar a sua descrição e do processo investigativo. A pergunta que orientou este estudo foi “quais são as práticas de saúde ofertadas pelas eCR e como elas têm sido implementadas no Distrito Federal (DF)?”

Esta pesquisa é um estudo descritivo e analítico sobre as práticas de cuidado produzidas pelas eCR no Distrito Federal com base na abordagem qualitativa e utilizando o referencial teórico da Psicossociologia.

A população-alvo foi os gestores e trabalhadores das eCR/DF, com a participação de 4 (quatro) gestores e 16 (dezesesseis) trabalhadores. O detalhamento da população será explicitado no decorrer deste capítulo.

A pesquisa foi composta das seguintes etapas: reunião de apresentação e construção do processo de investigação junto aos gestores e trabalhadores das eCR; entrevista com os gestores das eCR/DF; aplicação de um questionário sobre as práticas das equipes com os trabalhadores das eCR/DF; e realização de um Café Mundial com os trabalhadores das eCR/DF. Cada etapa será descrita em detalhes ao logo deste capítulo.

Para viabilizar o trabalho na perspectiva da Psicossociologia foi utilizada uma perspectiva de pesquisa-intervenção denominada Pesquisa Clínica, que se insere no campo das pesquisas participativas, de modo a contribuir para a identificação das singularidades nas coletividades e estimular que a manifestação da diversidade apareça (42,43,44). Além disso, há um investimento de que este tipo de pesquisa-intervenção possa problematizar o mito da objetividade na produção do conhecimento, advertindo quanto à implicação do pesquisador presente no processo da investigação, fazendo com que suas ações (questionários, entrevistas, grupos focais, análises de dados e devolução das informações obtidas) possam modificar o objeto estudado. A proposta é de atuar na realidade sociopolítica, de modo a intervir através do processo da pesquisa na experiência social e indicar caminhos de transformação da

realidade, quando oportuno. A mudança nesta proposta não é imediata, pois será consequência e produto de outra relação entre teoria e prática, sujeito (pesquisador) e objeto (realidade social) (42,43,44).

A Enquete Clínica se coloca, de um modo geral, como uma estratégia de levantar, resgatar e construir saberes relativos a um determinado grupo, de forma coletiva, indagando diretamente os membros deste mesmo grupo. Uma Enquete Clínica implica em (42):

- a) *Um plano de pesquisa ou um problema.* No caso desta investigação/intervenção “as práticas das eCR no contexto do Distrito Federal”;
- b) *O quadro ou dispositivo concreto para a realização da investigação/intervenção.* Aqui esse quadro é composto pelas eCR/DF, seus trabalhadores e gestores, num contato de aproximadamente 18 meses entre pesquisador e os demais participantes (entre reuniões de apresentação da pesquisa, entrevistas, Café Mundial, aplicação do questionário e comunicação final dos achados da pesquisa, realizada através de uma oficina com os mesmos atores que participaram desse processo, com o intuito de posterior debate sobre os achados e futuros encaminhamentos);
- c) *Técnicas e métodos de coleta e análise dos dados.* Para esta pesquisa esse ponto da Enquete Clínica se constituiu de reuniões de apresentação da pesquisa, entrevistas, Café Mundial, aplicação do questionário e comunicação final dos achados da pesquisa, a ser realizada através de uma oficina com os mesmos atores que participaram desse processo, com o intuito de posterior debate sobre os achados e futuros encaminhamentos. Os dados foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo (45);
- d) *Apresentação em forma comunicável,* possibilitando a difusão e discussão dos achados entre as pessoas ou grupos implicados no processo. Aqui se coloca um diferencial importante e fundamental para a escolha desta perspectiva de trabalho, inserida em um

mestrado profissional. O compromisso do método com o retorno aos sujeitos partícipes desta construção coletiva será assumido e efetivado por meio de uma oficina a ser realizada junto aos gestores e trabalhadores para a comunicação dos achados da pesquisa (após a defesa da dissertação), concretizada através de uma oficina com os mesmos atores que participaram desse processo, com o intuito de posterior debate sobre os achados e futuros encaminhamentos.

Os métodos utilizados tiveram também uma proposta de interlocução, em que a imersão na leitura da bibliografia (oficial e científica) contribuiu para a construção dos questionários com os gestores que, por sua vez, forneceram como elementos para o Café Mundial as três categorias trabalhadas nesse momento específico (vulnerabilidade, resolutividade e indicadores), além de também oportunizar subsídios para a estruturação do questionário aplicado junto aos trabalhadores.

Os momentos de produção de dados coletivos como o Café Mundial e os questionários, assim como, a apresentação da pesquisa para os gestores do GDF e para as eCR/DF foram conduzidos em parceria entre o mestrando e a orientadora (equipe de pesquisa) para facilitar a condução metodológica destes espaços.

Os riscos previstos aos participantes foram mínimos, decorrentes do incômodo ou inconveniência da exposição de posturas e opiniões acerca do trabalho cotidiano que realizam. Para minimizá-los, foram garantidos aos participantes a possibilidade da desistência da pesquisa a qualquer tempo e o suporte com profissionais da equipe de pesquisa, caso necessário. Como benefícios do estudo estão a contribuição para o fortalecimento do debate sobre o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua, além de oportunizar aos participantes a possibilidade de contribuírem ativamente para o campo de discussão e produção acadêmica e de políticas públicas dirigidas à população em situação de rua. Esta

pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fiocruz Brasília no dia 28 de outubro de 2016, com o número 60181416.0.0000.8027.

3.1 ETAPA 1: REUNIÕES COM OS GESTORES E TRABALHADORES

Antes do início do processo de produção de dados foram realizadas duas reuniões para apresentar a pesquisa e discutir a pertinência do tema e do objeto de pesquisa para o processo de trabalho dos Consultórios na Rua, além de oportunizar um espaço para mapear as demandas da gestão e dos trabalhadores para a pesquisa, no intuito de reavaliar os elementos já presentes e possibilitar a inclusão de pontos não contemplados pelo pesquisador, mas que pudessem estar latentes para a gestão e/ou para os trabalhadores.

A primeira reunião foi com os gestores de AB do GDF. Essa reunião aconteceu na Secretaria de Saúde do GDF, teve duração de aproximadamente 1 (uma) hora e estavam presentes 4 (quatro) gestores. Nessa reunião, foram apresentados o tema, os objetivos e as justificativas, bem como as etapas da pesquisa. Após esse momento, foi dada a palavra aos gestores que avaliaram positivamente os pontos apresentados, apontando a necessidade de estruturação do processo de trabalho destas equipes no DF, desde os processos de aproximação da gestão com os trabalhadores até a possibilidade de que através da pesquisa pudessem ser pensadas formas de acompanhamento e avaliação dos Consultórios na Rua. Os gestores também se disponibilizaram plenamente para participarem da pesquisa, além de se comprometerem com o processo de liberação dos trabalhadores para as reuniões e etapas de construção de dados necessárias.

A segunda reunião aconteceu junto aos trabalhadores das eCR do DF. Essa reunião aconteceu na Secretaria de Saúde do GDF, teve duração de aproximadamente 1 (uma) hora e estavam presentes 16 (dezesesseis) trabalhadores de eCR do DF. Os mesmos pontos apresentados na reunião com os gestores foram abordados nesta reunião e do mesmo modo foi dada a palavra aos trabalhadores para que opinassem sobre a pesquisa. Os trabalhadores, de

um modo geral, avaliaram como oportuna a chance de sistematizar as estratégias, ações e práticas realizadas pelas equipes de Consultório na Rua. Além disso, as equipes estavam à época da realização da pesquisa discutindo a construção de indicadores de saúde para monitorar e avaliar o processo de trabalho das equipes e que levem em conta as especificidades do trabalho com uma população extremamente vulnerável e com modos de vida e circulação pela cidade muito singulares, pontos que poderiam ser levantados pela pesquisa e que tornarem-se material de discussão e trabalho das equipes. Outra solicitação foi de que um dos desdobramentos da pesquisa fosse um processo de supervisão clínico-institucional a estas equipes por parte do pesquisador.

Relembrando que no ponto de vista do referencial teórico escolhido para balizar esta investigação/intervenção, a Pesquisa Clínica, na perspectiva da Psicossociologia, as reuniões, as entrevistas e o Café Mundial se inserem como procedimentos indutivos de atos comunicacionais. Deste modo, as reuniões de apresentação e pactuação da pesquisa, a relação entre pesquisador e gestores entrevistados e as trocas entre os trabalhadores na construção de sínteses durante o Café Mundial foram estratégias de levantamento de dados e informações, mas sobretudo foram mecanismos que possibilitaram interações a partir de temas relacionados ao dia a dia das eCR, o que permite refletir que a pesquisa pode ser pensada também como produtora de regimes de visibilidade entre o conjunto de atores envolvidos e que os “achados” apresentados ao cabo deste trabalho podem indicar pontes para novas conexões com novos “visíveis”, mas jamais uma representação da realidade do processo de trabalho dos Consultórios na Rua do Distrito Federal.

3.2 ETAPA 2: ENTREVISTAS COM OS GESTORES DAS ECR/DF

Com o intuito de mapear a perspectiva dos gestores da Atenção Básica (AB) no DF foram realizadas 4 (quatro) entrevistas semiestruturadas com a gestores e ex-gestores da

AB/GDF relacionados às eCR/DF. As entrevistas tiveram o objetivo de verificar com os gestores suas impressões sobre o trabalho e a inserção das eCR junto à população atendida e na rede local (Apêndice C).

A população foram os gestores (4). Entre os participantes estavam enfermeiros, odontólogos e médicos.

O critério de inclusão para participar da entrevista foi ser gestor da Atenção Básica do GDF (direção e coordenação geral AB e gerência direta das eCR). Não foi proposto um recorte temporal como critério de inclusão dada à alta rotatividade de gestores no GDF, para a AB. Os critérios de exclusão para participar das entrevistas foram não cumprir o critério de inclusão, não aceitar o convite à participação ou desistir de participar da pesquisa após o seu início. A escolha pela inclusão desses gestores teve o objetivo de trazer para a investigação diferentes “proximidades” da gestão com as eCR, mapeando a visão de quem esteve desde a implantação destas equipes (ex-coordenação das eCR) até a gestão direta mais atual (coordenação das eCR), passando por gestores que tem uma visão e a missão de gerir a AB como um todo, o que inclui as eCR (coordenação e direção de AB). As entrevistas foram realizadas em diferentes espaços/unidades da gestão do GDF e cada uma delas teve aproximadamente 30 (trinta) minutos de duração. Todas as entrevistas foram gravadas em um gravador de áudio, além disso, o pesquisador/entrevistador anotou pontos e falas que avaliou serem relevantes/pertinentes durante a entrevista. As entrevistas tiveram início somente após a assinatura do consentimento registrado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A entrevista semiestruturada tem para Triviños (1987) a característica de trazer as questões centrais, sob as quais estão apoiadas as teorias e temas referentes à pesquisa. As questões oferecem a possibilidade de novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados. O investigador é quem estabelece o foco principal na condução da entrevista. O

referido autor acredita que a entrevista semiestruturada beneficia a descrição dos fenômenos sociais, além de manter o pesquisador mais conectado e atuante no processo de coleta de dados (46).

Na perspectiva de Manzini (1990/1991) a entrevista semiestruturada tem como foco um tema sobre o qual construímos um roteiro com perguntas fundamentais, complementadas por outras questões que possam surgir durante a entrevista. Esse autor defende que esse tipo de entrevista possibilita que as informações possam emergir de mais livre (47).

Os dois autores (46,47) se assemelham no que se refere à necessidade de perguntas centrais e elementares para se chegar ao objetivo da pesquisa. Assim, o roteiro tem a função de coletar as informações básicas, além de ser uma forma do pesquisador organizar-se para o processo de interação com o entrevistado (47).

Num campo geral da técnica, Triviños (1987) aponta quatro tipos ou categorias de perguntas (46):

- 1) *Perguntas de consequências*: o que pode significar para você ou para um coletivo tal fato ou questão?
- 2) *Perguntas avaliativas*: como você julga tal fato ou questão?
- 3) *Questões hipotéticas*: se você observasse tal fato ou questão, como seria o seu posicionamento?
- 4) *Perguntas categoriais*: se você observasse tal fato ou questão, como e em quantos grupos poderíamos classificá-los?

Mesmo apontando estes tipos ou categorias de perguntas, Triviños (1987) nos alerta que tais tipos de perguntas não devem servir de entraves para a pesquisa, mas sim objetivam propiciar mais elementos e perspectivas para uma ampla análise e interpretação do conteúdo das entrevistas (46).

Para o conjunto de entrevistas semiestruturadas foi utilizado um roteiro com perguntas norteadoras (Apêndice F) complementadas por outras questões que fossem oportunas à investigação no decorrer das entrevistas. Um aspecto relevante para a escolha dessa modalidade de instrumento é que na entrevista pode ocorrer a interação e a troca de ideias e significados.

As entrevistas foram individuais. Fizem parte dessa etapa um membro da direção de AB, um membro da coordenação de AB, um membro da coordenação das eCR e um ex-membro da coordenação das eCR, que esteve desde a montagem dessas equipes (2010) até o ano de 2014.

Após as entrevistas foi possível a construção do perfil sociodemográfico dos entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos entrevistados (gestores de AB/GDF)

FUNÇÃO	ENTREVISTADO			
	Diretoria de APS	Coordenação de APS	Gerência das eCR	Ex-gerência das eCR
Formação	Medicina	Enfermagem e Direito	Enfermagem	Odontologia
Tempo de formado (em anos)	16	20	12	26
Tempo na gestão (em anos)	1	18	4	18

Fonte: O autor, 2017.

3.3 ETAPA 3: QUESTIONÁRIO COM OS TRABALHADORES DAS ECR

Nesta etapa da pesquisa foi aplicado um questionário com questões fechadas e abertas para ampliar e especificar algumas das práticas em saúde promovidas pelos Consultórios na Rua no Distrito Federal. Como as etapas anteriores (entrevista com os gestores da AB, grupos de trabalho e a síntese final do Café Mundial) construíram uma parte do mapeamento das práticas das eCR, coube a esta etapa (questionário com os trabalhadores das eCR) o objetivo de quantificar e hierarquizar as ações, as atividades, os critérios clínicos,

as relações com a rede e entre outros temas para, em complementariedade com as etapas anteriores, formar um cenário mais completo e preciso sobre as equipes. Como o objeto deste estudo tinha definições claras (as práticas das eCR/DF) e as etapas anteriores acumularam um conjunto de conhecimentos sobre o tema, trata-se agora da verificação de elementos específicos do que vinha sendo acumulado ao longo da pesquisa e a utilização de métodos de pesquisa quantitativa, como um questionário estruturado ou uma sondagem, tornou-se adequado. O motivo principal desta escolha metodológica foi a possibilidade de comparação entre o mesmo conjunto de perguntas, sendo que aqui as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferença nas questões (48).

Dentre as vantagens de um questionário estão a maior liberdade nas respostas em razão do anonimato, evitando os possíveis vieses do pesquisador e respostas rápidas e precisas. As possíveis desvantagens são a construção de questionários com um número grande de perguntas sem respostas ou a dificuldade de compreensão da pergunta por parte do respondente quando o pesquisador está ausente.

Os dados sociodemográficos dos respondentes ao questionário são os mesmos dos participantes do Café Mundial (apresentados no item 3.1.4), pois o questionário foi aplicado no mesmo dia e local do Café Mundial, logo após este se encerrar.

Todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice D), que informou sobre os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo no processo de participação.

3.4 ETAPA 4: O CAFÉ MUNDIAL

O Café Mundial é um método de fomento ao diálogo colaborativo, compromisso ativo e possibilidades construtivas para ação (49) e que vem sendo utilizado com o objetivo de potencializar diálogos e viabilizar a construção coletiva de proposições em torno de temas relevantes nos diversos campos de conhecimento. A proposta do método tem por objetivo o

estabelecimento de um espaço dialógico que, por meio de perguntas, estimula a participação das pessoas na emissão de opiniões e construção coletiva de entendimento sobre um objeto que é apresentado como cerne para a discussão (50).

Uma característica importante do Café Mundial consiste em garantir a agilidade e fluidez entre os grupos, de modo a permitir que os participantes transitem por diversos arranjos grupais. Deste modo, os participantes não permanecem com as mesmas pessoas até o final da atividade. O método privilegia a circulação das ideias por parte de quem segue para os demais grupos (nos diferentes temas) e a preservação do que já fora discutido para que seja utilizado como insumo entre os demais que aterrissam naquele determinado ponto a ser discutido. Neste contexto, o anfitrião de cada mesa de debate tem um papel fundamental de acolher os participantes que chegam para iniciar o debate e de realizar a conexão entre as ideias expostas a respeito de um determinado tema. Segundo Brown e Isaacs (2008), vinculados ao *The World Café Community*, outro ponto de grande relevância desta técnica é permitir a conexão dos diversos temas que são debatidos em torno de um único objeto (50). Essa interlocução entre os temas é viabilizada por conta da circulação dos participantes, emitindo opiniões sobre os temas debatidos pelos demais grupos.

A literatura disponível sobre o Café Mundial orienta que para que as discussões possam fluir de modo produtivo é importante que os responsáveis pela condução criem um ambiente que seja convidativo para a reflexão e marcado pela segurança e confiança para expor suas visões e posicionamentos. Para Brown e Isaacs (2008), o cerne do trabalho com o Café Mundial está na participação ativa dos membros dos grupos e tem como consequência a construção de uma inteligência coletiva a respeito do tema elencado para o debate (50). Portanto, ao longo da sua realização, estimular a fala e a exposição das ideias e dos contrapontos entre os participantes é uma tarefa importante e que merece atenção para quem está conduzindo o processo.

O método do Café Mundial vem sendo largamente utilizado por pesquisadores por se tratar de uma técnica propositiva, como exemplo pode-se citar a experiência relatada por Mandeli et al (2013) em que a técnica foi utilizada para identificar as características do trabalho do catador de material reciclável e suas necessidades de saúde (51). Os resultados do uso do Café Mundial, segundo os autores, propiciaram a construção de projetos de pesquisa para o reconhecimento de modo mais efetivo da realidade dos catadores, buscando garantir a sua valorização profissional (51).

Na realização do Café Mundial é preciso estar atento aos seguintes princípios: definição do contexto, criação de um ambiente acolhedor, estabelecimento das questões importantes a serem exploradas, encorajamento para que todos possam dar sua contribuição, conexão das diversas perspectivas colocadas pelos participantes, escuta coletiva das ideias e dos *insights* e compartilhamento das ideias (52).

Segundo o documento produzido pelo *The World Café Community* (2015), para viabilizar a realização do Café Mundial é necessário estruturar grupos de aproximadamente 4 (quatro) pessoas para a discussão de temas que sejam elencados como importantes (por via da literatura ou dos próprios participantes) para a compreensão de um determinado objeto de estudo ou de trabalho. Uma vez separados em subgrupos, são destinados aos participantes em torno de 20 (vinte) a 30 (trinta) minutos para realizarem exposição das suas ideias a respeito dos temas disparadores das rodadas progressivas de diálogo, disponíveis em cada mesa de discussão. Para cada mesa, é escolhido um anfitrião que é indicado como responsável pelo registro das questões mais relevantes discutidas pelo grupo durante o tempo determinado para tal. Essa escolha pode ocorrer no início ou no final da discussão, a depender da dinâmica definida pelo condutor do processo (52).

No contexto desta pesquisa, os trabalhadores foram distribuídos em 3 (três) mesas reservadas para a discussão de diferentes temas concernentes ao foco da pesquisa

(vulnerabilidade, resolutividade e indicadores), que foi compreender o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal. Para viabilizar a discussão, os trabalhadores foram acomodados em 2 (dois) grupos de 5 (cinco) e 1 (um) grupo com 4 (quatro) participantes.

Para iniciar a atividade foi estabelecida como aquecimento a realização de uma rodada sobre os objetivos e as funções da eCR. Os 3 (três) grupos discutiram o mesmo tema com o objetivo de entender a metodologia.

As rodadas progressivas de diálogo aconteceram com duração de 20 (vinte) minutos cada, com perguntas ou questões referentes ao eixo trabalhado, por meio dos quais os participantes de cada grupo foram estimulados a expor e registrar suas opiniões, além dos principais consensos e dissensos construídos por meio do debate. Foram reconhecidas como rodadas progressivas porque os registros foram utilizados pelos grupos subsequentes como forma de aquecimento e apresentados pelo anfitrião escolhido pela mesa, que ficou responsável por transmitir as ideias anteriores e fazer as interlocuções necessárias para a construção das ideias coletivas.

Ao final foi realizada uma plenária para apresentação dos produtos discutidos em cada um dos grupos e para que os trabalhadores pudessem reconhecer seus posicionamentos e para a definição de possíveis encaminhamentos.

Todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice C), que informou sobre os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo no processo de participação. Foi solicitada ainda autorização para gravação e para uso de imagem.

Participaram do Café Mundial 14 (quatorze) profissionais de saúde que atuam em equipes de Consultório na Rua no Distrito Federal. O critério de inclusão para participar do Café Mundial foi ser trabalhador de eCR no DF. Os critérios de exclusão foram não cumprir

os requisitos de inclusão, não aceitar o convite à participação ou desistir de participar da pesquisa após o seu início.

Os 14 (quatorze) participantes do Café Mundial tinham idades que variavam entre 28 (vinte e oito) e 44 (quarenta e quatro) anos, apresentando média de 34,4 anos (DP=6,24). Conforme dados apresentados no Quadro 2, os participantes apresentaram formações diversas e consonantes com as exigências estabelecidas para a estruturação de equipes de Consultório na Rua.

Quadro 2 – Formação dos participantes

FORMAÇÃO	N
Psicologia	2
Pedagogia	1
Enfermagem	3
Serviço Social	2
Medicina	3
Técnico de Enfermagem	3

Fonte: O autor, 2017.

O tempo médio de formação dos participantes é de 8,9 anos (DP=4,9) e o tempo médio de integração às eCR é de 2,45 anos (DP=1,7). O trabalhador que apresentou o maior tempo está na eCR há 5 anos, corroborando com o processo de instalação das equipes após a publicação das suas portarias.

No Café Mundial três categorias foram trabalhadas, sendo elas: vulnerabilidade, resolutividade e indicadores. Todas as categorias foram escolhidas baseadas pela revisão de literatura, nas reuniões com os participantes e reforçadas pelas entrevistas com os gestores das eCR. Para a análise das falas que receberam destaque ao longo da realização deste procedimento da pesquisa, foram utilizados os mesmos critérios que balizaram a análise das entrevistas com os gestores e o questionário com os trabalhadores, reforçando a ideia de “jogar mais luz” em enunciados que possam se relacionar com o objeto de investigação, oferecendo esclarecimentos, reforço de ideias, pluralização de interpretações sobre um fenômeno ou mesmo explicitando contradições (45).

As questões disparadoras para as rodadas do Café Mundial para o eixo vulnerabilidade foram relacionadas ao entendimento do grupo sobre o termo (inserido no processo de trabalho) e sobre as principais situações de vulnerabilidade encontradas pelos trabalhadores e como lidam com essa situação. No eixo resolutividade as questões também passaram pelo entendimento do termo (referido ao processo de trabalho), na interferência da rede local sobre a resolutividade da equipe e quais os efeitos da eCR. Para as discussões sobre o eixo de indicadores as questões disparadoras foram sobre a existência de parâmetros de avaliação do trabalho da eCR, quais os melhores indicadores para avaliar a eCR (processo e resultado) e sobre como os indicadores podem ser incorporados no cotidiano da equipe.

Como foi apontado no final do questionário com os gestores, neste ponto da pesquisa serão apresentados os conceitos de vulnerabilidade, resolutividade e indicadores para na sequência os mesmos serem discutidos e problematizados no contexto das falas mais relevantes que emergiram durante o uso da metodologia do Café Mundial.

3.4.1 Síntese sobre a Vulnerabilidade

No campo da saúde o termo vulnerabilidade é frequentemente empregado para apontar as suscetibilidades das pessoas a problemas e/ou danos de saúde. Contempla, ainda, a possibilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica afetar-se por uma ameaça ou risco potencial de desastre (53).

Deste modo, o conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde ganha relevância nos efeitos e implicações que produz na saúde das pessoas que estão vulneráveis e, por consequência, na identificação das suas demandas e necessidades de saúde, contribuindo como elemento de análise para que sejam construídos e assegurados meios de proteção (53).

No campo dos direitos humanos internacionais, o termo vulnerabilidade serve para designar indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção, promoção, ou garantia dos seus direitos de cidadania (54).

Vale salientar que adotar o conceito de vulnerabilidade como instrumento de análise traz consigo o perigo de reprodução da clássica naturalização do processo saúde-doença. Assim, é imperativo que o polo da debilidade não seja o enfatizado, mas sim que se destaque o polo da resistência e da possibilidade de criação dos sujeitos de pensar e operar estratégias de interação com as dificuldades também presente nestas relações (53). Neste contexto, o conceito abarca a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas/agravos de saúde. No cerne do conceito de vulnerabilidade encontra-se a possibilidade de luta e de recuperação dos sujeitos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento. Deste modo, estão incluídos o direito das pessoas e a participação política e institucional dos sujeitos (55). Estes devem ser considerados na avaliação da vulnerabilidade e um aspecto importante refere-se ao fato de que há um trânsito constante entre as duas dimensões apontadas.

Nesta perspectiva, a dimensão individual trata da trajetória social, abrangendo as subjetividades, os projetos de vida, a percepção em relação ao futuro, entre outras questões. Inclui, ainda, a representação subjetiva que se tem do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida. Compreende a percepção subjetiva das normas, a interpretação pessoal e a expectativa de punição (55).

Esse conjunto de definições e perspectivas sobre o conceito de vulnerabilidade contém a ideia de risco, deste modo cabe aqui distinguir vulnerabilidade de risco.

A definição de risco é um elemento central para os estudos de epidemiologia, pois liga-se à ideia de identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde. Por sua vez, vulnerabilidade tem como propósito trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, em que os nexos e mediações entre esses processos sejam o objeto de conhecimento. Diferentemente dos

estudos de risco, as investigações conduzidas no marco teórico da vulnerabilidade buscam a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua inferência. Assim, a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento relacionados a todo e cada indivíduo (55).

Na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (54).

Há também leituras que problematizam o conceito de vulnerabilidade. De um modo geral há quase um consenso entre os autores citados anteriormente que a vulnerabilidade está ligada à ideia de “defeito”, algo que deve ser eliminado. Na sociedade capitalista contemporânea, a vulnerabilidade é sinônimo de fracasso. Deste modo, o vulnerável é tomado e produzido como fracassado. Nessa perspectiva, diante do vulnerável inicia-se uma operação, por diferentes segmentos da sociedade (incluindo os serviços públicos), pela eliminação da diferença que o vulnerável introduz, seja colocando-o em “seu lugar” de direito, remodelando-o, readaptando-o ou mesmo restituindo seu lugar na sociedade (18).

O conceito de vulnerabilidade pode se tornar mais interessante e produtivo se pensado não como atributo de um objeto, algo separado de nós, mas como uma vulnerabilidade nossa, de todos.

Monteiro (2011) ao discutir a noção de vulnerabilidade nos mostra que ela foi trazida do campo jurídico para o campo da saúde, principalmente a partir da problemática do

HIV/AIDS (56). O uso do termo foi uma tentativa de superar a noção de grupo de risco ou risco social, deslocando o foco individual, ampliando a compreensão da suscetibilidade aos agravos de saúde, incluindo a consideração do contexto social. A noção de vulnerabilidade identifica indivíduos, grupos e comunidades que estão expostos a condições de maiores níveis de risco nos planos sociais, políticos e econômicos – condições essas que afetam a vida individual, familiar e comunitária. Segundo Monteiro (2011), uma situação de vulnerabilidade abrange múltiplos condicionantes, não se restringindo a uma pessoa ou grupo, mas sim a determinadas condições e circunstâncias que poderiam ser revertidas (56). É nesse ponto que tal noção/conceito tem importância para a reflexão sobre políticas públicas: a diminuição dos níveis de vulnerabilidade social pode se dar a partir do fortalecimento dos sujeitos pelo acesso a bens, serviços e direitos que as políticas públicas têm a função de ofertar.

É importante o avanço discursivo na substituição/superação do conceito de risco pela ideia de vulnerabilidade, pois desloca a responsabilidade sobre uma condição vivida por um sujeito como sendo de sua exclusiva responsabilidade, incorporando nessa equação outros elementos e condicionantes. No campo das políticas públicas, o que a vulnerabilidade introduz (uma localidade, determinadas condições de vida de um grupo ou pessoa) é indispensável. Todavia, definir vulnerabilidades em relação a pessoas e grupos populacionais é uma parte de um processo maior. Pensando o campo da saúde, o deslocamento da vulnerabilidade do sujeito para as condições de produção social é essencial, porém, é igualmente importante implicar os profissionais que produzem as intervenções junto aos vulneráveis neste processo.

Assim, passamos a ter duas vulnerabilidades: a maneira de trabalhar o território e a maneira de trabalhar a integralidade das dimensões de saúde de uma vida. A rua, não considerada como espaço de vida, acaba não sendo considerada espaço que diz respeito à saúde (18).

Ao analisar a vulnerabilidade referida à vida nas ruas, Macerata (2015) afirma que a vida de rua é de uma vulnerabilidade tão extrema que coloca em questão nossa permeabilidade ao outro, trazendo para a relação profissional/equipe e vulnerável o inédito, o impensado, o que nos mobiliza, pois de um modo geral o trabalhador e as equipes de saúde não têm repertório para interagir com imagens que emergem das ruas, com o que não tem significado de apreensão imediata, com o que é brutal, com o que é pura intensidade (18). Deste modo, a vulnerabilidade das ruas coloca em xeque a vulnerabilidade das práticas de saúde, pois tais práticas estão baseadas em saberes que não dão conta desta realidade. A vida nas ruas e sua fragilidade revela a fragilidade de todos (usuários, profissionais, serviços) e pode ser um eixo de análise neste contexto.

Macerata (2015) segue nos apontando que pensar a saúde no contexto das ruas significa enfrentar também as vulnerabilidades das próprias práticas de saúde, entre elas: a separação entre mente e corpo; o território reduzido a uma mera delimitação geográfica abstrata, descolada de seus significados; o reconhecimento de diferentes formas de experimentar a vida; a neutralidade da intervenção em relação ao seu objeto (18). Este autor sugere que a clínica na Atenção Básica se faz pela composição com o que é básico, assumindo que compor é acompanhar vetores, tornar permeável a presença do outro enquanto vetor também em minha existência (18).

3.4.2 Síntese sobre a Resolutividade

A noção de resolutividade tem relação direta com o ato de dar solução à alguma coisa. Deste modo, no campo da saúde e mais especificamente para os serviços de saúde, resolutividade é uma das maneiras de avaliar estes serviços por meio dos resultados obtidos na oferta de atendimento aos usuários (57). Dito de outro modo, pode-se considerar resolutividade como a resposta satisfatória que um serviço de saúde oferece ao usuário do SUS quando procura por atendimento para alguma necessidade de saúde. Essa resposta não

abrange somente a cura de doenças, mas inclui o alívio ou a minimização do sofrimento, assim como a prevenção de outros agravos ou doenças, a promoção e a manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos.

Nesta perspectiva, a resolutividade pode ser avaliada por dois vieses: um é o do serviço e da equipe, quanto à capacidade de atender as demandas que chegam por via espontânea ou programada e no encaminhamento e compartilhamento dos casos que necessitem de atendimentos mais especializados; e o outro dentro do sistema de saúde, que se desdobram desde a primeira consulta, os exames e o tratamento do usuário nos serviços de AB até a solução do problema em outros níveis de atenção do SUS (58).

No contexto do modelo hegemônico médico-centrado, no período da década de 80, resolutividade significava a solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários, incluindo a satisfação do profissional médico. Nesta leitura, um serviço resolutivo era o que fosse capaz de solucionar a maior parte dos problemas que chegavam a sua porta. (58).

A ação resolutiva, segundo Merhy (1994) não se reduz a uma conduta (59). O autor afirma que resolutividade é quando colocamos à disposição do usuário um conjunto de tecnologias disponíveis com o objetivo de promover o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, contemplando as dimensões individuais e coletivas dos problemas de saúde (59). Deste modo, a intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas. Este autor nos alerta para a associação entre as ações coletivas e as individuais, pois na atualidade os problemas de saúde transcendem, na sua maioria, a questão individual (60).

Diversos estudos vêm se desenvolvendo com o objetivo de monitorar e avaliar a resolutividade da Atenção Básica. Um dos indicadores indiretos de acesso oportuno e efetivo é a análise das hospitalizações por causas sensíveis à AB, incluindo as ações de prevenção e

promoção da saúde, o tratamento adequado e a continuidade do cuidado, preferencialmente inserido em uma linha de cuidado (61,62).

Um dos elementos fundamentais para a produção de efeitos positivos na saúde de pessoas e comunidades é o acesso aos serviços de saúde. O acesso pode ser a primeira barreira de entrada no sistema ou a primeiro elemento de composição do processo de vinculação aos serviços e equipes. Neste contexto, o acesso se coloca como eixo de entrada do usuário no serviço de saúde e no debate sobre resolutividade na AB (63,64).

Discutir o acesso significa também pensar a associação deste com a organização dos serviços e na relação da entrada com a continuidade das ações de atenção. Aqui torna-se importante apresentar brevemente os conceitos de eficácia, eficiência e efetividade. De forma sucinta, eficácia é a capacidade do serviço de produzir melhorias na saúde e no bem-estar dos usuários. O conceito remete a condições mais favoráveis e a resultados desejados e planejados para a melhoria das condições de saúde da população, ou seja, o que estabelece se um serviço ou equipe é eficaz é a relação entre as ações desenvolvidas e o alcance dos resultados previstos. Já efetividade representa a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições habituais da prática cotidiana, assim, efetividade trata dos resultados alcançados em relação aos benefícios ou mudanças geradas nas condições de saúde e/ou hábitos dos sujeitos. Por sua vez, eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na condição de saúde é alcançada. Se duas formas de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a que tiver menor custo (65).

Outro ponto importante para abordar a questão da resolutividade é o trabalho em equipe. Para o profissional, a possibilidade de uma prática colaborativa, com troca de saberes e experiências clínicas entre as diversas categorias profissionais e experiências, possibilita maior resolutividade para os problemas apresentados pelos sujeitos e também pela comunidade (65).

Pensar o conceito ampliado de saúde é considerar junto com os determinantes biológicos do processo saúde-doença, o ambiente, o estilo de vida e os fatores sociais e culturais. Tal conceito também estabelece o desafio de encararmos a interação e a resolução de demandas e necessidades vistas pelo prisma da complexidade. Assim, fica posta a necessidade de que o setor saúde estabeleça parcerias com outros setores, fato que aponta que a produção de intersectorialidade será determinante do grau de resolutividade do sistema de saúde (57). Neste contexto, outro elemento importante na discussão sobre resolutividade na AB é a existência de uma rede hierarquizada, organizada e articulada no compartilhamento do cuidado prestado aos usuários, de modo que garanta a continuidade do cuidado, a integralidade e a resolutividade da atenção (57).

O perfil dos profissionais é outro ponto da discussão sobre resolutividade da AB. Neste ponto, o perfil considerado adequado para o profissional da AB exigiria uma capacitação técnica específica para estes pontos de atenção; vínculos empregatícios mais estáveis e com estratégias de remuneração por desempenho; investimento em ambiência e infraestrutura das unidades de saúde (UBS); adequação do suprimento de recursos de apoio ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação; além da aproximação entre os gestores, a comunidade, os profissionais e os pesquisadores por meio de ações construídas com e na comunidade (66,67,68).

Nesse ponto, a Educação Permanente pode se apresentar como uma possibilidade de gerar ações inovadoras que contribuam para a ampliação da resolutividade na AB, pois trata-se de uma instrumento de transformação que investe na discussão do processo de trabalho entre os profissionais com temas, informações e discussões emergidos e mapeados a partir do próprio processo de trabalho da equipe ou serviço, possibilitando a superação do simples acúmulo de informações para um olhar e atuação sobre os processos de trabalho em saúde, tendo como base a construção de um projeto político, ético e técnico comum entre os

trabalhadores. Aqui, a estratégia do matriciamento, entendida como forma de agenciar a interlocução entre diferentes equipes e serviços da rede de saúde, que tem como um de seus objetivos contribuir na organização do processo de trabalho e aumentar a resolutividade das equipes de AB, recebeu destaque na pesquisa realizada por Almeida (2011) entre as inovações mencionadas por gestores e trabalhadores da AB para qualificar as ações da AB, pois o matriciamento prevê a possibilidade de que especialistas apoiem profissionais de AB por meio de consultas compartilhadas, interconsultas, discussão de casos clínicos e capacitações, entre outras formas de trabalho conjunto entre as equipes de referência e apoio, além de funcionar também como retaguarda especializada para os casos que necessitem de cuidado direto oferecido pela equipe de apoio (69).

Vale ressaltar que a escolha de tratar da resolutividade implica em compartilhar a responsabilidade do acompanhamento e da avaliação sistemática dos resultados entre gestores, serviços, equipes e trabalhadores, inseridos em um amplo processo de planejamento (68,70). Deste modo, o monitoramento e a avaliação dos resultados pelos gestores municipais e estaduais torna-se indispensável para a maior qualidade da atenção. Assim, o fomento e o fortalecimento da cultura informacional e do uso de ferramentas como o e-SUS AB (sistema de informação da AB) para a produção de informações que subsidiem o monitoramento e a avaliação da atenção (a informação em saúde aliada ao monitoramento e à avaliação das equipes e serviços) também podem ser considerados uma forma de garantir maior resolutividade (71, 66).

Outro ponto nesta discussão é o acolhimento e a corresponsabilização. A ampliação da resolutividade tem relação com um atendimento acolhedor, a responsabilização das equipes e as atitudes criativas e flexíveis. Dito de outro modo, o trabalho resolutivo em saúde está também baseado no cuidado corresponsável, em que haja o protagonismo da equipe multiprofissional, no intuito de entremear os saberes e as práticas no campo da saúde.

Por fim, para a análise da resolutividade da AB é igualmente fundamental utilizar como balizador deste item a visão do usuário dos serviços e sua satisfação.

Pensar a questão da resolutividade na AB exige uma reflexão sobre capacidade do sistema de saúde como um todo, com seus limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver os problemas de saúde que levam o usuário a procurar os seus serviços, em cada nível de atenção. Assim como há de se refletir sobre os problemas que causam impacto coletivo à saúde da população, a partir do ideário/lógica de que serviços têm seu funcionamento e organização a partir de um território específico (72).

De um modo geral, não há consenso no Brasil sobre o que se espera em termos da resolutividade dos serviços da AB. Além disso, a formação de recursos humanos segue sendo um desafio para o SUS e para a AB. A medicina de família e comunidade só foi reconhecida como especialidade médica em 2002. Há também a baixa credibilidade e reconhecimento dos profissionais de AB pela rede de saúde com relação à resolutividade, elemento que se torna um obstáculo para coordenação dos cuidados a partir da AB (69).

3.4.3 Síntese sobre os Indicadores

Para iniciar e entender a centralidade da discussão sobre indicadores assume-se o pressuposto de que o acesso às informações sustentado por dados válidos e confiáveis é um ponto fundamental para a construção de uma análise objetiva da situação sanitária de um território, da mesma forma que é essencial para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (73).

Aurélio (1996) apresenta informação como dados acerca de alguém ou de algo, conhecimento, participação. Dado é o elemento sob o qual tem base uma discussão, componente elementar para a formação de um juízo (74).

De um modo geral, os indicadores são medidas-síntese que apresentam informações relevantes sobre determinadas propriedades do estado de saúde, além de informar sobre como caminha o desempenho do sistema de saúde (73).

Os indicadores de saúde são informações em saúde construídas com periodicidade definida, realizada com base nos dados coletados pelos sistemas de informação. Outra forma de conceituar os indicadores de saúde é como parâmetros de utilização internacional que objetivam avaliar, do ponto de vista sanitário, a saúde dos coletivos humanos, assim como subsidiar o planejamento em saúde, possibilitando o acompanhamento das alterações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades (75).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define indicadores de saúde como variáveis capazes de realizar a mensuração direta, refletindo o estado de saúde de pessoas e comunidades (76). Indicador de saúde para Carvalho e Eduardo (1998) é a forma numérica (ou não), coletado a partir dos sistemas de informação, em que os dados coletados são utilizados para se mensurar as ações realizadas (quantitativa e qualitativamente) ou o risco de um evento ou agravo à saúde acontecer e a partir desse conhecimento promover interferências (76).

Dois outros conceitos permeiam a discussão sobre indicadores e de planejamento em saúde construído a partir do nível local/territorial: informações e dados.

Recorrendo ao Guia de Vigilância Epidemiológica (2002), este apresenta informação como o conhecimento obtido a partir dos dados já trabalhados, o resultado da análise e a combinação de vários dados. Deste modo, a informação é um instrumento primordial para a tomada de decisão, sendo fator desencadeador do processo informação-decisão-ação (77).

A informação na visão de Penna (1995) não é determinada somente pela consolidação de dados e posterior construção de indicadores, mas sim pela capacidade de

leitura e articulação dos indicadores no processo de formar um juízo sobre uma situação (78). Na definição de Carvalho e Eduardo (1998), informação é significado atribuído por um sujeito a um determinado dado, através de representações e combinações. Assim, toda informação tem de gerar uma decisão que acarretará, por sua vez, em uma ação (76). Neste sentido, a construção de indicadores faz parte da composição de um ciclo de produção de dados, leitura e interpretação dos dados transformados em informação, que irão subsidiar as tomadas de decisão.

Voltando à noção de indicador, a qualidade de um indicador tem relação direta com as características dos elementos utilizados em sua construção (tamanho da população em risco, frequência de casos) e também do quão precisos são os sistemas de informação utilizados para esta construção (coleta, registro, transmissão dos dados). A validade de um indicador é definida por sua capacidade de aferir/medir o que se pretende e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em situação ideal o indicador é claro e compreensivo para todos (trabalhadores de saúde, gestores e controle social) (73).

A confiança dos usuários na informação produzida é construída a partir do monitoramento da qualidade dos indicadores, além da revisão periódica da consistência da série histórica de dados e da disseminação da informação de forma regular (75).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das entrevistas individuais, questionários e da produção do Café Mundial foi adotada a técnica da análise de conteúdo de Laurence Bardin.

De acordo com Bardin (45), a análise de conteúdo caracteriza-se como um conjunto de técnicas de investigação que, progressivamente, por meio de descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, interpreta o conteúdo comunicado.

Os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos nas entrevistas e grupos focais foram o material da análise de conteúdo, pois esta seria, segundo Minayo (79), a metodologia de análise que melhor atende a investigação qualitativa em saúde, uma vez que está centrada na noção de tema. Para Bardin (45), o tema é a unidade de significação, objeto a ser analisado no texto produzido pelos enunciados dos sujeitos de pesquisa, enunciados que foram interpretados a partir do referencial teórico que sustenta esta leitura.

Neste sentido, analisar o conteúdo significa elucidar os núcleos de sentido presentes numa determinada comunicação, possibilitando que a presença ou a frequência destes núcleos apresentem significados para o objetivo analítico da pesquisa (45).

A análise de conteúdo divide-se em três etapas:

- a. *Pré-análise* (organização e sistematização das ideias iniciais trazidas pelos sujeitos);
- b. *Exploração do material* (análise sistemática do texto em função das categorias formadas anteriormente) e;
- c. *Tratamento dos resultados, inferências e interpretação* (as categorias/unidades de análise escolhidas foram sistematicamente organizadas quantitativa e qualitativamente, de modo a ressaltar as informações obtidas). O procedimento seguinte será a produção de inferências e interpretações a partir das categorias enunciadas e do referencial teórico previsto pela pesquisa (45).

O modo específico de análise dos dados produzidos pela pesquisa será apresentado no capítulo sobre resultados e discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ENTREVISTAS COM OS GESTORES: O PRIMEIRO CONTATO DA PESQUISA COM A REALIDADE DO DF

As entrevistas com os gestores ligados aos Consultórios na Rua tiveram como fio condutor as questões propostas por um questionário específico (Apêndice F) que, além do mapeamento sociodemográfico dos entrevistados, buscou levantar questões sobre a criação das equipes e sua atuação no DF, as demandas mais importantes, a rede que dá suporte às eCR, os movimentos e as ofertas da gestão para as equipes, a influência da PNAB no processo de trabalho, os efeitos das eCR junto à Pop Rua e a rede, além dos principais desafios para a consolidação dos Consultórios na Rua no DF.

Assim, foram destacadas as falas pelo critério de relevância para a discussão das práticas das eCR, como proposto pelo objeto desta pesquisa, assim como as formas instituídas e estratégias em curso para a sua a qualificação do processo de trabalho destas equipes, oportunizando o enriquecimento da leitura e as análises, por dar visibilidade aos conteúdos e estruturas de discurso que confirmam (ou informam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens emitidas (45).

Neste contexto, muitos foram os temas e as visões que emergiram das entrevistas com os gestores. De um modo geral, o grau de aproximação do gestor com as equipes (da direção de AB para a gerência das eCR) deu o tom das entrevistas, em que a direção e a coordenação da AB apresentaram uma visão e um acompanhamento dos Consultórios na Rua mais globais e inseridos no contexto das redes e da inserção na Atenção Básica como um todo, enquanto a experiência da gerência das eCR proporcionou aos entrevistados uma interação com as questões de uma posição mais próxima e conhecedora do dia a dia das

equipes, abordando desde temas históricos da construção destas equipes, até pontos como o efeito deste trabalho/relação com a rua em suas vidas pessoais e profissionais.

Neste contexto, um dos primeiros temas abordado foi como se deu a constituição e o processo de implantação dos Consultórios na Rua no DF. Aqui emergiram questões sobre a novidade da pauta para a Secretaria de Saúde, a necessidade de dar visibilidade ao problema no DF, a garantia do direito fundamental à saúde e a afirmação de políticas públicas que incluam como eixo de defesa, além da proteção social, os preceitos dos direitos humanos.

Nossa primeira equipe aqui do Plano Piloto (Ex-gerência das eCR)

É uma área nova, né, que não se trabalhava um olhar diferenciado para pessoas em situação vulnerável. (Ex-gerência das eCR)

Como eu vejo hoje? Qual é a imagem objetivo que eu faço? Primeiro que a nossa população vulnerável, acho que mais expressiva, que a gente visualiza melhor, é a comunidade que está na rua desprovida do direito de habitação, do direito de residência, né, como preceitos humanos, como preceitos dos direitos humanos, e esse grupo ele fica muito explícito demonstrando claramente como é o grau de exclusão. (Coordenação de AB)

Quando a gente cria uma política e direciona essa política para esse grupo de excluídos, né, de não abrangidos pelo Estado, a gente passa a ter uma política, que na minha formação de direitos humanos, é altamente afirmativa e não só protetiva, mas expansiva do ponto de vista da garantia de um direito, que é o direito à saúde em detrimento dos outros que ele não tem, né. (Coordenação de AB)

Eu puxo muito para o meu lado de direitos humanos porque eu não consigo discernir entre uma abordagem de um enfermeiro que trabalha com um público vulnerável sem você afirmar que o cara tem direitos e que precisa gozar desses direitos para ele poder entrar no nível de patamar mínimo pra ele poder gozar do que nós chamamos do direito à saúde pleno, né. (Coordenação de AB)

Um tema subjacente à criação destas equipes no DF foi a migração de Consultório de Rua (com a equipe inserida na dinâmica de trabalho da Saúde Mental) para a constituição de uma equipe de Atenção Básica específica e o trabalho na perspectiva do Consultório na Rua. Alguns dos efeitos desta transição foram descritos pelos entrevistados, em especial a especificidade da atenção e dos cuidados prestados, no caso às questões referentes à relação com as diversas drogas, não existindo uma perspectiva de atenção integral. A experiência com a perspectiva da Redução de Danos, advinda principalmente do trabalho inicial do Consultório de Rua, e o contato com a trajetória de implantação de equipes similares em outros municípios possibilitaram algumas escolhas à gestão, com vistas à construção de uma

perspectiva de trabalho das equipes inseridas nas diretrizes e nos princípios da AB. Também foi relatada a “resistência” dos trabalhadores em permanecer com o foco nas questões AD.

O Consultório de Rua era voltado para a questão da saúde mental e para a questão específica da drogadição, pelo menos era assim que era trabalhado aqui no DF. Era uma visão muito específica, né, então, assim, eu vou atrás das pessoas que estão usando droga, eu vou entrar em cena de uso, vou buscar e trabalhar redução de danos, né, mas não existia um olhar ampliado, que é o olhar da Atenção Primária. (Ex-gerência das eCR)

... conhecendo o Consultório de Rua eu entendia, e eu sendo da Atenção Primária, que precisaria de um olhar da Atenção Primária, então eu constituí uma equipe de ESF sem domicílio aqui nos moldes do Rio Grande do Sul porque eu fui lá para conhecer a equipe de lá e tal... e transformamos as equipes ESF sem domicílio em Consultório na Rua. (Ex-gerência das eCR)

... como eles (os trabalhadores das equipes) tinham a equipe de Consultório de Rua aqui, então eles gostariam muito que a gente fizesse da mesma forma como eles faziam, né, só que a nossa postura era diferente porque agora nossa equipe era uma equipe de Atenção Primária. (Ex-gerência das eCR)

Outro tema presente durante as entrevistas foi o da forma de atuação das eCR no DF e suas características e especificidades. Nesse aspecto, a parceria com os serviços da rede de Assistência Social, sobretudo com o Centro Pop, foi destacada pelos entrevistados. Foi problematizada a questão do local dos atendimentos (na rua e na UBS) e a rua foi referida como espaço privilegiado para as primeiras estratégias de abordagem à PSR, incluindo a discussão sobre a atuação da equipe junto aos usuários de drogas e sob efeito de substâncias psicoativas e a construção de vínculo fundamental para o acesso e a continuidade das ações de cuidado. Já a UBS foi colocada como espaço de garantia de institucionalização da equipe junto às demais equipes de AB, forma de acesso a maiores densidades tecnológicas de cuidado e também à regulação para os outros pontos de atenção. Estratégias de encaminhamento e compartilhamento dos casos junto à rede local foram abordadas, em que a eCR atua como *link* entre a rua e a rede e ainda entre os próprios serviços da rede local na continuidade do acompanhamento dos usuários. Foram também citadas as maneiras menos “efetivas” de aproximação e atendimento à PSR, como as palestras de saúde bucal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, álcool e drogas, referidas como pouco atraentes. Porém, as táticas de atrelar os atendimentos à alimentação e ao corte de cabelo foram

mencionadas como tendo maior potencial de êxito para atrair e vincular a PSR à equipe. O estrato de gestão mais geral (direção de AB), e por consequência mais afastado do fazer habitual destas equipes, referiu uma relação mais próxima com o trabalho da equipe do Plano Piloto e trouxe o acolhimento e a resolutividade desta equipe como característica central de atuação.

A gente buscou uma parceria bastante importante com a assistência social, né, por isso que eu consegui aquela sala aonde fica hoje lá no CentroPop. (Ex-gerência das eCR)

Claro que eu entendo que o melhor lugar para fazer o atendimento em si é dentro da unidade, onde você tem uma estrutura para poder atender, o atendimento na rua não é o lugar ideal, mas é o lugar onde você vai fazer aproximação com essa pessoa, é o lugar dele, é o lugar em que ele está. Então você chega ali e vai construir o vínculo e nesse vínculo você vai chamando, você vai buscando, você vai trazendo a pessoa para o exercício do seu direito de acesso à saúde, de acesso aos serviços de saúde. (Ex-gerência das eCR)

Isso eu fazia questão, que ela ficasse vinculada a uma das unidades de saúde porque a unidade de saúde é que detém todo esse processo de trabalho em relação à regulação. (Ex-gerência das eCR)

Então, assim, eles [Consultórios na Rua] acompanham do início ao fim, tanto que eu tive relatos que teve gente que saiu daquele meio vulnerável, né, deixou de ser paciente do Consultório na Rua. (Gerência das eCR)

Tem que trazer algum atrativo pra eles [PSR] porque se for falar que é uma palestra de saúde bucal, que é uma palestra de prevenção de DST, álcool e droga, essas palestras, eles não vão. Então, eles [eCR] usavam meios atrativos que são alimentação, café da manhã, corte de cabelo e tudo para poder trazer essas pessoas e aí sim poder abordar esses temas. (Gerência das eCR)

Conhecer pessoalmente eu conheço uma única equipe, é a equipe que do Centro Sul, que atua no CentroPop. Eu acredito que é uma equipe que se aproxima da forma de trabalhar como eu acredito que tenha que trabalhar um Consultório na Rua. Eles fazem um bom acolhimento, eles conseguem perceber muito das necessidades daquela população, mas é uma população que consegue responder também clinicamente as demandas. (Direção de AB)

As principais demandas das eCR para a gestão foi um outro tema que fez parte das entrevistas. Os insumos para o trabalho e a solicitação por espaços físicos para os atendimentos ganharam destaque nas falas. Quanto aos insumos, duas foram as questões presentes: a dificuldade de acesso às demais equipes de AB das UBS, demonstrando uma separação entre os próprios funcionários das UBS e neste caso as eCR são “desprestigiadas” em relação às outras equipes de AB dentro de uma mesma UBS; e os insumos utilizados pelas eCR são, de um modo geral, os mesmos das demais equipes da AB, havendo uma maior demanda para *folders* educativos. Também foram citadas demandas por transporte adequado

para as ações, gratificações pelo trabalho na AB e maior flexibilidade da gestão na adequação dos horários de trabalho da equipe, em consonância com os tempos e funcionamentos da rotina da PSR. Quanto às solicitações por espaço físico mais adequado e com mais equipamentos, estas se relacionam com a ampliação da resolutividade da equipe e com o elemento estratégico para o processo de trabalho que é a localização física da UBS da equipe e sua proximidade com os pontos de concentração da PSR na cidade.

Às vezes, questões de insumos, então “o centro de saúde não está me dando material. (Ex-gerência das eCR)

Eram os mesmos (insumos das equipes de Saúde da Família). Só tirando a questão de folders educativos direcionados, né, algumas coisas de álcool e drogas, essas coisas. (Gerência das eCR)

Uma das (solicitações) que chegou primeiro foi a gratificação, né, a equipe que trabalha no Consultório na Rua faz atenção primária. (Coordenação de AB)

Então, houve também uma demanda no sentido de ter um espaço para que a equipe ficasse lotada e que fosse um ponto de apoio, de referência dela lá, com acesso aos insumos e equipamentos da UBS. (Coordenação de AB)

A principal demanda que tem chegado para a Gerência é a dificuldade que eles (PSR) têm para ir até as equipes, então eles têm uma dificuldade de transporte muitas vezes para ir até a equipe; tem dificuldade de horário de funcionamento, trabalhar em horários diferentes para atender à PSR, é muito rígido aqui no Distrito Federal os horários. (Direção de AB)

O desenho e a estruturação da rede local e a relação de suporte/parceria com a eCR foi outro tema destaque das entrevistas. As parcerias mais citadas são com os serviços de Saúde Mental (CAPS) e da Assistência Social (Centro Pop). Na articulação com a Saúde Mental, mais uma vez é citada a frequência dos problemas na relação com o uso de drogas. Além disso, foi relatada a questão da saúde bucal dos usuários como merecendo uma atenção especial pelas equipes. A regulação de vagas em consultas especializadas e o monitoramento dos encaminhamentos realizados pelas eCR para outros serviços foram avaliados como deficitários pela gestão. Há uma aposta destes gestores de que o aumento da institucionalização e a legitimação dos Consultórios na Rua junto às demais equipes de Saúde da Família sejam instrumentos de melhoria dos nós apresentados em relação à regulação de vagas e ao circuito referência e contrarreferência. Outra aposta é de que as eCR possam

qualificar as demais equipes de Saúde da Família (estratégias de matriciamento) para que estas possam acolher também, e de maneira autônoma, a PSR.

Mais frequente é com a saúde mental, né, porque a gente realmente tem muito problema tanto de transtorno quanto de drogadição. Eu acho que é mais isso. (Ex-gêrência das eCR)

Cada unidade tem o seu quantitativo de vagas (para atendimentos especializados), e para o Consultório na Rua nunca tinha vaga dependendo da especialidade. (Gerência das eCR)

... tem também o elemento assistencial que faz uma conexão com unidades ambulatoriais especializadas ainda de forma muito dificultosa... as unidades não têm o sistema de referência muito claro do ponto de vista de monitoramento, a gente acaba perdendo a linha de conexão com a atenção especializada. Então, isso é um problema não só do Consultório na Rua, mas da Atenção Primária em geral. (Coordenação de AB)

O que a gente tem conseguido melhorar foi a questão do relacionamento do Consultório na Rua com as equipes de Saúde da Família porque, muitas vezes, o Consultório na Rua é acionado para um território, né, para uma população que está no território, que tem o seu serviço de referência. Quando é um serviço de Saúde da Família é muito mais fácil a gente referenciar e a gente até treinar, discutir, porque mesmo o Saúde da Família hoje as equipes não têm muito treinamento para lidar com populações vulneráveis.... Com um trabalho de expansão que a gente tem do Saúde da Família no Distrito Federal eu acho que a gente consegue melhorar isso. (Direção de AB)

O tema das ofertas da gestão para estas equipes também foi abordado junto aos gestores e os elementos que mais surgiram foram os treinamentos e as capacitações. Neste campo, a inclusão das eCR nas ofertas de formação da Secretaria de Saúde surgiu na fala dos gestores, além da liberação dos trabalhadores das eCR para participar de outras ofertas mais específicas para estas equipes, porém nenhuma formação específica e direcionada às equipes, construída pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), foi referida. As visitas da gestão às equipes para, entre outras questões, tentar garantir a institucionalidade dos Consultórios na Rua junto às demais equipes de AB, nas UBS, também foi citada. O apoio da gestão no acompanhamento das equipes para contribuir no monitoramento dos dados e na construção de indicadores específicos surgiu como uma oferta da gestão, porém esta oferta foi reconhecida como não sistemática e carente de espaço protegido na agenda das equipes e da gestão.

Tudo a gente fazia no sentido de treinamento, capacitação, a gente incentivava, as reuniões eram frequentes também, de vez em quando a gente ia na reunião porque

eles chamavam; às vezes, faziam alguns espaços de supervisão também. (Ex-gerência das eCR)

Era muita briga para conseguir o apoio no sentido de o centro de saúde achar que não era importante, então a gente ia lá e tinha que fazer gestão nesse sentido, né, mostrar que a equipe fazia parte, que ela não era excluída, que era parte e não um apêndice. (Ex-gerência das eCR)

Não tem nada direcionado para o Consultório na Rua, mas ele está vinculado ao processo de trabalho de aperfeiçoamento que está previsto pela FEPECS, então a gente tem uma programação de capacitação. (Coordenação de AB)

Agora, não existe um fórum específico, não existe um horário protegido, ainda eu desconheço que exista para que eles possam. Uma reunião uma vez por mês com algumas pessoas, mas não é sistemático, nada sistemático, e eu acho que há necessidade porque as demandas ali são muito difíceis. (Direção de AB)

A Política Nacional de Atenção Básica e as formas como esta é levada em consideração no trabalho dos Consultórios na Rua do Distrito Federal foi outro tema elencado nas entrevistas. A PNAB foi mencionada nas entrevistas como principal referência de diretrizes e princípios para estas equipes, como estratégia de ampliação do olhar dos trabalhadores para o campo da saúde. Além disso, a PNAB foi referida com uma possibilidade de sustentação da AB como política de Estado, não somente de governo. Porém, também surgiu a dificuldade de operar uma política pública que proponha um amplo horizonte de trabalho e uma construção com profissionais com formação inadequada para este processo, exigindo, assim, maior atenção por parte da gestão.

Eu acho que a PNAB é referência o tempo todo (...) teve a PNAB em 2012, mostrando a importância das equipes, de uma visão diferenciada que a PNAB traz, né, lá nas diretrizes e tal, né, ela tenta ampliar um pouco essa questão da saúde (...) a gente começou no DF até mesmo antes da PNAB, né, e a PNAB vem e nos ajuda a poder melhorar. (Ex-gerência das eCR)

... sem a PNAB poderia ser que mudando o governo a equipe acabasse e falasse “não, vamos aproveitar essa equipe como equipe de ESF, de Estratégia de Saúde da Família. Para que a gente vai ter uma equipe para atender morador de rua?”, né. Mas com a PNAB não, ela vem e fala assim “não, a gente vai ter que ter isso, isso é Atenção Básica”, eu achei maravilhoso isso ter passado para a Atenção Básica porque eu acho que o olhar da saúde mental é extremamente importante, mas ele é especializado e ele é específico para a questão da saúde mental, né, para o transtorno, para a drogadição. (Ex-gerência das eCR)

Aí como eu acredito que deve ser. Os mesmos princípios orientadores da PNAB são direcionados para o Consultório na Rua e aí todos os princípios estabelecidos na Política que são afirmativos do ponto de vista da organização devem ser seguidos pelo Consultório na Rua: territorialização, longitudinalidade, todo o conceito macropolítico da própria PNAB tem que está sendo colocado em prática. (Coordenação de AB)

Nas entrevistas os efeitos dos Consultórios na Rua junto à PSR e também junto à rede local fizeram parte das temáticas abordadas. Neste aspecto, um dos efeitos das eCR na relação com a rede foi a ampliação do acesso da PSR aos serviços de saúde e um tensionamento nas formas de preconceito (na comunidade e até institucional). Para estes gestores a própria existência desta equipe afirma a luta no SUS contra os pré-conceitos, a invisibilidade desta população, as iniquidades, além de provocar um processo de responsabilização do sistema de saúde e de seus trabalhadores junto a todos os cidadãos. Foi colocada a dificuldade de avaliar os efeitos concretos destas equipes na ausência de ações sistemáticas de monitoramento e avaliação por parte da Secretaria de Saúde.

Eu avalio que você tem que começar, é um processo, né, eu sempre pensei dessa forma. Tudo você precisa começar e quando você começa nunca mais vai voltar ao que era antes, (...) quem sabe, de uma redução do preconceito ou de pelo menos de ampliação do acesso dessa população. (Ex-gerência das eCR)

Trouxe à tona, a realidade é essa porque as pessoas não viam o morador de rua, então elas começam a escutar “opa, morador de rua tem direito de ser atendido”, “Mas eu não enxergava ele” “não, mas agora você está enxergando, está vindo aqui para a sua unidade”. Então, assim, é trazer para perto, mas trazer para perto no sentido de responsabilidade, né, qual a responsabilidade que eu tenho? Eu tenho que atender, ele é uma pessoa. (Ex-gerência das eCR)

Temos um problema: monitoramento e avaliação, em geral. Como a gente não tem esse mecanismo de monitoramento e avaliação, eu não consigo traduzir isso no impacto, sistematizar qual é o impacto, quantos estão controlados, quantos estão sendo acompanhados, quantos estão usando medicamento, quantos estão diagnosticados. (Coordenação de AB)

Eu não tenho como fazer uma avaliação hoje de como ocorre no DF, eu acho que cabe realmente um estudo melhor pra gente entender como isso funciona. Mas o Consultório na Rua em si, ao que ele se propõe, a forma como ele tem que trabalhar, é essencial pra Rede, não tem como você promover rede dessas próprias populações vulneráveis se você não tiver alguém que interligue isso tudo. Eu acho que o Consultório na Rua é ideal para conseguir promover isso, integrar essas pessoas na rede. (Direção de AB)

Outro tema abordado, na visão da gestão, foi referente aos desafios para consolidação das ações das eCR, como revisão do formato da equipe para a ampliação da resolutividade da mesma, assim como estruturar no âmbito federal e local mecanismos de avaliação de impactos destas equipes específicas em função dos sentidos para os quais elas foram criadas. A ampliação da qualidade e da relação na parceria entre Atenção Básica e Saúde Mental, em especial no apoio aos casos nos quais as pessoas que têm questões na

relação com alguma droga, foram pontos que emergiram nas entrevistas. A necessidade de ampliar e qualificar a inserção dos Consultórios na Rua na rede, de um modo geral, também foi tematizada pelos gestores como um desafio. Seguir assegurando às populações vulneráveis o direito à saúde e a assistência digna e adequada é outro desafio apontado pelos gestores. O desafio de ampliar o número de equipes para o DF, qualificar os processos de formação de trabalhadores para estes postos de trabalho e melhorar a integração dos Consultórios na Rua com as demais equipes de Saúde de Família e da Secretaria com os movimentos organizados desta população vulnerável foram pontos citados nas entrevistas.

Primeiramente, eu acho que tem que ser revista a equipe, né, eu acho que precisaria de uma avaliação com relação a perfil dos profissionais. Eu acho que já teve tempo suficiente, então, assim vamos ver como está sendo resolutivo ou não, quais os impactos que estão tendo? (Ex-gerência das eCR)

Mas se pensar em alguma forma de poder verificar em que sentido que você tendo uma equipe específica você pode realmente estar melhorando indicadores da saúde da população em situação de rua, né. (Ex-gerência das eCR)

A equipe precisava estar na Atenção Primária e ter o apoio da saúde mental porque a saúde mental é importantíssima porque ela está presente em todos, mas eu acho que a Atenção Primária precisa deter o contexto, ela precisa estar à frente e chamar a saúde mental para esse momento e trabalhar em uma parceria muito íntima, assim como a assistência social, a Secretaria de Assistência Social. (Ex-gerência das eCR)

O desafio é como eu estava te falando, a dificuldade é deles estarem inseridos na Rede, em outras políticas, na SES, estarem trabalhando juntos. Essa é a grande dificuldade porque muitos não conhecem o Consultório na Rua, não sabem nem que ele existe. (Gerência das eCR)

Olha, primeiro afirmar a necessidade de que o direito à saúde, como direito humano, nós estamos afirmando que populações vulneráveis no DF são sim objeto de cobertura da política de saúde. O segundo, e aí são os aspectos assistenciais, é que esse grupo está mais exposto a determinadas doenças e quando a gente tem o Consultório na Rua a gente consegue mapear, consegue se aproximar, consegue entrar. Esse é um mundo próprio. Então, lidar com esse público demanda uma expertise própria, uma abordagem própria. (coordenação de AB)

Fazer pra esse ano, fazer com que essas equipes do Consultório na Rua se integram mais com as equipes de Saúde de Família a essa população vulnerável. (Direção de AB)

Brasília é muito grande, hoje a gente divide a saúde em 7 grandes regiões (...) a gente tem só 3 Consultórios na Rua, é muito difícil, né, então, assim, a proposta que a gente tem é aumentar isso. (Direção de AB)

Aumentar RH; a segunda coisa é estabelecer que essas equipes têm que ter um local delas, um ponto de apoio, uma equipe de rua não sobre no carro e vai para a rua, não é só isso, ter um espaço físico, um local. (Direção de AB)

Precisam de um esforço maior até nosso da gestão para que a gente possa promover mais cursos, mais ensino, mais treinamento, para que a gente melhore um pouco. Acho que os principais desafios são esses. (Direção de AB)

Eu vejo um ponto positivo quando a gente fala em expansão desse modelo de Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal, a gente fala em uma forma de

qualificar melhor o Consultório na Rua porque a gente entende que a forma do Consultório na Rua trabalhar tem que ser na lógica do Saúde da Família. (Direção de AB).

De forma quase inusitada, pois não estava presente como questão norteadora ou não apareceu na literatura pesquisada, surgiu a questão da invisibilidade destas equipes em relação às outras equipes de AB, além da invisibilidade dos próprios gestores que estão ligados a esta pauta junto aos seus pares na Secretaria de Saúde do DF. Os gestores sentem-se objeto dos mesmos pré-conceitos e invisibilidades que fazem sofrer a PSR.

E comecei a implantar apesar de a minha chefe naquele momento achar que era uma gerência que não era importante, chamada de gerência do índio, né, e aí você já percebe o nível de preconceito. (Ex-gerência das eCR)

A gente era visto com muito preconceito, a nossa gerência, eu não era chamada, eu não era incluída em grupos de trabalho e aí eu ia lá e brigava “como assim que não é incluída? Mas olha a importância e não sei o quê. (Ex-gerência das eCR)

Mas não, era muito difícil isso, né. Então, as equipes também enfrentavam isso, assim como a população enfrenta. Então, o mesmo preconceito que você vê na sociedade é reproduzido, entendeu? (Ex-gerência das eCR)

A formação das equipes foi um pouco difícil porque poucas pessoas se identificam com esse trabalho, né, quando a gente apresenta a metodologia, como funciona, de que não é na unidade de saúde, é o servidor que vai até o cliente. Então, assim, no começo teve bastante dificuldade de adesão do profissional. (Gerência das eCR)

A aproximação com a temática das populações vulneráveis também apresentou efeitos nos sujeitos envolvidos na gestão destas equipes, desde a conexão com elementos de ordem pessoal até a citação de uma potência transformadora para os sujeitos envolvidos na qualificação como gestor.

Quando você resolve trabalhar com pessoa em situação vulnerável, de alguma forma você em uma predisposição, né, alguma coisa assim, eu acho que tem uma coisa interna que te chama senão você nem daria conta para trabalhar porque os problemas são muito complexos. (Ex-gerência das eCR)

É, eu mesma aprendi muito, para você ter ideia, com o Consultório na Rua. Nós temos aqui (na atual UBS onde a gerente trabalha) eventos, (...) no dia do carnaval mesmo, nós fizemos um evento; hoje mesmo nós estamos fazendo um evento que vai ter café da manhã, sorteio de cesta básica, sorteio de kit de maquiagem, então essas coisas os ACS divulgam e os pacientes vêm. Todas ideias vindas de lá (Consultório na Rua). (Gerência das eCR)

Você vê essas pessoas com outros olhos, como te falei, é falta de sensibilização, falta de conhecimento, mesmo de nós profissionais, entendeu, porque eu nunca trabalhei com essa população. (Gerência das eCR).

Além de todas as questões suscitadas pelos gestores no que tange à construção, à implementação, à sustentabilidade e ao impacto dos Consultórios na Rua junto à PSR e à rede

local, as entrevistas possibilitaram que emergissem três temas/conceitos que puderam ser discutidos e problematizados na estratégia metodológica seguinte da pesquisa: vulnerabilidade, resolutividade e indicadores. Além disso, as reuniões junto à gestão e trabalhadores também apontaram estes três temas/conceitos como pertinentes ao escopo do estudo.

As questões sobre a vulnerabilidade da PSR e da eCR, o preconceito, a garantia de direitos (direito à saúde), a questão da invisibilidade da PSR e da eCR, entre outros temas e questões enunciadas provocaram a pesquisa a colocar/provocar a discussão sobre a vulnerabilidade junto aos trabalhadores na etapa seguinte da pesquisa. Além destas, houve também questões sobre a migração do Consultório de Rua para Consultório na Rua e a ampliação do cuidado para o modelo da atenção integral (Estratégia de Saúde da Família), deslocando o cuidado às questões referentes aos problemas com drogas e transtornos mentais para um contexto mais amplo e incluindo outros agravos no processo de trabalho da equipe. Estas discussões fizeram com que a pesquisa incluísse na sua etapa seguinte a questão da resolutividade desta equipe. Outro tema que foi levado para a terceira etapa da pesquisa foram os indicadores pois a partir de questões levantadas, como o monitoramento e a avaliação destas equipes, o impacto das mesmas na rede e o acompanhamento dos indicadores da saúde da população em situação de rua, o tema dos indicadores para as eCR foi evidenciado.

4.2 MAPEANDO AS PRÁTICAS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA, NO DF: O QUESTIONÁRIO COM OS TRABALHADORES

Os resultados dos questionários são apresentados a seguir e foram orientados por questões que se dividiram em duas partes: a primeira foi composta por questões referentes ao processo de trabalho e às ofertas da equipe e versaram sobre os tipos e as características dos atendimentos ofertados, os critérios para definir o acompanhamento de um usuário, as principais referências para embasar o trabalho na eCR, a qualificação dos trabalhadores, a

remuneração e as condições de trabalho, o compartilhamento e os encaminhamentos dos casos, os critérios de reinserção do usuário, os indicadores e a importância das eCR para a rede local; na segunda parte foram mapeados os dados sociodemográficos dos trabalhadores.

Na análise do conteúdo dos dados coletados e dos enunciados da parte aberta do questionário foram utilizados os mesmos critérios propostos por Bardin (2009), já anunciados anteriormente, sempre destacando nos achados elementos de relevância para o objeto de estudo escolhido. Todos os resultados e as discussões referentes a cada conjunto de dados apresentados seguem abaixo.

A Tabela 3 apresenta o conjunto de atendimentos, atividades e serviços ofertados pelos Consultórios na Rua às pessoas em situação de rua no Distrito Federal.

Tabela 3 – Atendimentos, atividades e serviços ofertados pelas eCR

ATENDIMENTOS, ATIVIDADES E SERVIÇOS OFERTADOS AOS USUÁRIOS	RESPONDENTES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES
Atendimento individual/consulta individual	14	100 %
Atendimento/consulta na rua	14	100 %
Articulação com equipes e serviços de saúde	14	100 %
Distribuição de preservativos	14	100 %
Curativos.	14	100 %
Articulação com equipes e serviços da rede de garantia de direitos (Centro Pop, CREAS, CRAS, Conselhos Tutelares, Ministério Público, entre outros)	14	100 %
Testagem para: Gravidez; HIV; Hepatite C; ou Sífilis	14	100 %
Coleta de Citopatológico de Colo Uterino	13	92,8%
Retirada de pontos de cirurgias básicas	13	92,8%
Consulta compartilhada/conjunta	13	92,8%
Sutura simples	12	85,7%
Distribuição de medicamentos	12	85,7%
Drenagem de Abscesso	11	78,5%
Ações coletivas de promoção da saúde	10	71,4%
Acompanhamento do Pré-natal	8	57,1%
Ações de Educação Permanente, ou Educação Continuada no seu processo de trabalho	8	57,1%
Ações de matriciamento junto às demais equipes do território	7	50%
Grupos terapêuticos na unidade base da equipe	6	42,8%
Oficinas na unidade base da equipe	4	28,5%
Oficinas na rua	4	28,5%
Grupos terapêuticos na rua	3	21,4%
Grupos de acolhimento	3	21,4%
Grupos de sala de espera	0	0

Fonte: O autor, 2017.

Entre os atendimentos que foram mencionados por todos os trabalhadores das eCR estão o atendimento individual/consulta individual e o atendimento/consulta na rua. A articulação com equipes e serviços de saúde e com as equipes e serviços da rede de garantia de direitos, além da distribuição de preservativos, também foram citados por todos como ações das eCR. No campo dos procedimentos, a realização de curativos e testagens de gravidez, HIV, hepatite C e sífilis também foram citados por todos os trabalhadores.

Entre os procedimentos citados por um percentual de trabalhadores acima de 78% estão a coleta de citopatológico de colo uterino, a retirada de pontos de cirurgias básicas, a sutura simples e a drenagem de abscesso. Já entre os atendimentos/ações acima de 70% estão a consulta compartilhada/conjunta, a distribuição de medicamento e as ações coletivas de promoção da saúde.

As ofertas de acompanhamento do pré-natal, das ações de Educação Permanente, ou Educação Continuada, e das ações de matriciamento junto às demais equipes do território e de grupos terapêuticos na unidade base da equipe foram citadas por menos de 58% dos trabalhadores, com um destaque aqui para as ações de matriciamento que surgiram durante o trabalho do Café Mundial como uma estratégia para ampliar a resolutividade das eCR, mas que ocupa aproximadamente a agenda de metade dos trabalhadores.

As oficinas na unidade base da equipe e na rua, dos grupos terapêuticos na rua e dos grupos de acolhimento ocupam menos de 29% do processo de trabalho dos profissionais das eCR no Distrito Federal, demonstrando certo “desprestígio” das ofertas coletivas por parte destes profissionais. Comparadas com os atendimentos individuais, na unidade ou na rua, pode-se notar que as ofertas coletivas ocupam um espaço subalterno na agenda das eCR/DF.

O Quadro 3 mostra os critérios que os Consultórios na Rua do Distrito Federal avaliam ser importantes para a definição de um usuário que está sendo acompanhado pela equipe. Para hierarquizar as respostas dos trabalhadores foram utilizados os seguintes

critérios: 1º - Maior número de notas 7 (sete) recebido pelo item; 2º Maior número de notas 6 (seis) recebido pelo item.

Quadro 3 – Critérios para definição do acompanhamento de casos

CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO QUE UM USUÁRIO ESTÁ SENDO ACOMPANHADO PELA eCR	
1º	Compartilhamento do caso entre os membros da Ecr
2º	Vínculo com o usuário com um trabalhador, ou com a eCR
3º	Um trabalhador, ou a eCR conhecer o usuário e o caso em detalhes
4º	Ter um diagnóstico para o caso e um plano de trabalho definidos
5º	Compartilhamento do caso com outras equipes, ou serviços da rede

Fonte: O autor, 2017.

No caso dos critérios elencados pelos trabalhadores das eCR para definir que um usuário está sendo acompanhado pela equipe surge como o mais importante o compartilhamento do caso por mais de um membro da equipe, critério que valoriza sobretudo o trabalho em equipe e a relação entre acompanhamento e processo de trabalho da equipe. O segundo critério coloca o vínculo como elemento central para o critério de acompanhamento, sendo o vínculo relacionado à equipe como um todo ou com um dos trabalhadores. O diagnóstico mais preciso do caso ficou em quarto lugar entre os critérios, o que pode indicar uma valorização de critérios mais relacionais e complexos. O último critério elencado foi o que relaciona acompanhamento com o compartilhamento do caso com a rede, dado que parece indicar que a ideia de “acompanhar” mais valorada entre os trabalhadores das eCR/DF seja a conexão entre a equipe como um todo e o usuário.

A Tabela 4 indica as principais referências teóricas e práticas que deram subsídio aos trabalhadores das eCR/DF para a inserção no início do trabalho neste tipo de equipe específica.

Tabela 4 – Referências para os trabalhadores das eCR

AS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS QUE EMBASARAM A SUA INSERÇÃO INICIAL NO TRABALHO NA eCR	RESPONDENTES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES
Manual de Cuidado junto à População em Situação de Rua – MS	9	64,2%
Cursos, palestras, workshops e oficinas sobre a temática	8	57,1%
Artigos acadêmicos	7	50%
Reuniões com outros serviços	7	50%
Outros (itens citados nesta categoria seguem hierarquizados abaixo)	5	35,7%
Documentos produzidos por outras equipes	4	28,5%
Supervisão com profissionais de referência	4	28,5%
Documentos produzidos pela gestão local sobre perfil epidemiológico, sociodemográfico, cultural do território	4	28,5%
Visitas técnicas a outras experiências de eCR	3	21,4%
Orientações dos Conselhos Profissionais	1	7,1%
Orientações de colaboradores antigos da eCR.	1	7,1%
Curso eCR ENSP/Fiocruz	1	7,1%
Vivendo o cotidiano	1	7,1%
Curso Fiocruz de Saúde mental	1	7,1%

Fonte: O autor, 2017.

A Tabela 4 indica que mais de 64% destes trabalhadores utilizaram o único material de referência oficial do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde como horizonte teórico para dar base ao seu trabalho nesta equipe. Este dado corrobora os achados da revisão de literatura oficial que apontou o referido material como uma das poucas referências encontradas para informar o processo de trabalho das eCR. Além deste, cursos específicos nesta temática e artigos acadêmicos são citados por mais de 57% dos respondentes. A experiência de reuniões com outros serviços também foi citada como forma de acumular conhecimento para as singularidades deste trabalho. A Tabela 5 apresenta um panorama sobre a atualização dos trabalhadores no último ano.

Tabela 5 – Participação dos trabalhadores em qualificação recente (últimos 12 meses)

	NOS ÚLTIMOS DOZE (12) MESES VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUMA QUALIFICAÇÃO PARA ESTE TRABALHO?	
	SIM	NÃO
Respondentes	6	8
Percentual de trabalhadores	42,9%	57,1%

Fonte: O autor, 2017.

No caso da qualificação profissional, mais da metade dos trabalhadores (57%) não participou de qualquer processo neste sentido no último ano, dado que reforça a necessidade de pensar as estratégias formativas e as ofertas da gestão da AB/GDF para estas equipes.

A Tabela 6 traz o cenário quanto à atuação profissional dos trabalhadores nos Consultórios na Rua ser seu único trabalho remunerado.

Tabela 6 – Remuneração pelo trabalho na eCR

ESTE É SEU ÚNICO TRABALHO REMUNERADO?		
	SIM	NÃO
Respondentes	10	4
Percentual de trabalhadores	71,5%	28,5%

Fonte: O autor, 2017.

A Tabela 6 mostra que a maioria expressiva (71,5%) tem no Consultório na Rua e na sua inserção na Secretaria de Saúde do GDF seu único trabalho remunerado.

A Tabela 7 apresenta a avaliação dos trabalhadores em relação às condições de trabalho nos Consultórios na Rua.

Tabela 7 – Avaliação das condições de trabalho

COMO VOCÊ AVALIA SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO?					
	MUITO BOAS	BOAS	RAZOÁVEIS	RUINS	PÉSSIMAS
Respondentes	0	2	7	5	0
Percentual de trabalhadores	0%	14,3%	50%	35,7%	0%

Fonte: O autor, 2017.

Na avaliação das condições de trabalho mais de 85% avaliou como razoável ou ruim este item referido aos Consultórios na Rua. Não foi especificado no questionário especificidades (condições na UBS, falta ou dificuldades no uso do veículo de transporte da equipe, falta de insumos, entre outras coisas).

A Tabela 8 mostra o cenário das equipes e dos serviços com os quais os Consultórios na Rua no Distrito Federal compartilham os casos.

Tabela 8 – Principais parceiros no compartilhamento de casos da eCR

PARCEIROS	RESPONDENTES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES
CAPS AD	13	92,8%
UBS de referência	10	71,4%
CAPS	10	71,4%
Ambulatórios especializados	10	71,4%
Centro Pop	10	71,4%
Equipe de Abordagem Social	9	64,2%
Demais UBS	7	50%
Hospital psiquiátrico	6	42,8%
Abrigos Institucionais	5	35,7%
CREAS	5	35,7%
Comunidade terapêutica	5	35,7%
CRAS	2	14,2%
NASF	0	0
Outros	0	0

Fonte: O autor, 2017.

Os principais parceiros no compartilhamento de casos com os Consultórios na Rua/DF são o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial específico para Álcool e outras Drogas), a UBS de referência da eCR, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), os ambulatórios especializados, o Centro Pop (Centre de Referência Especializado da Assistência Social para PSR adulta) e a equipe de abordagem social, todos citados por mais de 64% dos trabalhadores. Estes dados corroboram as direções assinaladas pela PNAB, pelo Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua e pelas Portarias nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012 (8,9,10,11), que apontam os serviços de saúde mental e assistência social como parceiros privilegiados das eCR.

As demais UBS da rede de AB do GDF foram citadas por 50% dos trabalhadores como parceiras no compartilhamento de casos da eCR. Estas UBS têm uma relação importante com o processo de descentralização do cuidado ofertado pelas eCR e também com o processo de produção de autonomia da rede já citada como parte do trabalho destas equipes, em que o matriciamento foi citado como estratégia de aumento da resolutividade, trabalhando

a produção de transferência de conhecimento entre as eCR e os demais serviços da rede, o que inclui as demais UBS.

Um ponto que chama a atenção nas respostas aos questionários pelos trabalhadores das eCR é o lugar onde aparecem o hospital psiquiátrico (42,8%) e as comunidades terapêuticas (35,7%) como parceiros no compartilhamento dos casos. É um fato que os CAPS AD são os principais parceiros das eCR, com 92,8% das respostas, porém o hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica, que, de um modo geral, operam com lógicas e éticas de cuidado opostas à Redução de Danos (direção de trabalho dos CAPS, do Ministério da Saúde e da OMS), são acionados para o compartilhamento com relativa frequência. Além disso, os próprios Consultórios na Rua trabalham na perspectiva da Redução de Danos e o compartilhamento de casos com serviços que têm uma direção no acolhimento (por exemplo, não acolhendo pessoas que queiram seguir com o uso de drogas) e nas diretrizes de cuidado (por exemplo, organizando todo o tratamento para que o sujeito deixe de usar drogas) que podem trazer dificuldades para o próprio Consultório na Rua quando os usuários deixarem estas instituições (hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica) e retornarem para os cuidados da eCR.

Também chama a atenção não haver nenhuma citação de compartilhamento de casos com os NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família), equipe de Atenção Básica que tem entre as categorias profissionais que podem compor estas equipes os psicólogos, os assistentes sociais, os psiquiatras, os educadores físicos, os nutricionistas e os fisioterapeutas, que podem contribuir no cuidado direto à PSR e também no *link* entre os Consultórios na Rua e as demais equipes de AB.

A Tabela 9 apresenta o panorama das equipes e dos serviços para os quais os Consultórios na Rua encaminham os casos no Distrito Federal.

Tabela 9 – Principais parceiros para encaminhamento dos casos da eCR

PARCEIROS	RESPONDENTES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES
CAPS AD	13	92,8%
Centro Pop	9	64,2%
Ambulatórios especializados	8	57,1%
Hospital psiquiátrico	8	57,1%
CAPS	8	57,1%
Abrigos Institucionais	8	57,1%
UBS de referência	7	50%
Equipe de abordagem social	5	35,7%
CREAS	5	35,7%
Demais UBS	4	28,5%
CRAS	3	21,4%
Comunidade terapêutica	3	21,4%
Outros (emergência hospitalar)	2	14,2%
NASF	1	7,1%

Fonte: O autor, 2017.

Os dados referentes aos encaminhamentos realizados pelas eCR para outras equipes e serviços são similares aos dados apresentados pela Tabela 8, dos compartilhamentos dos casos. Aqui as equipes e os serviços para quem as eCR mais encaminham casos são os CAPS AD, o Centro Pop, os ambulatórios especializados, os CAPS e os abrigos institucionais, com citações acima de 57% pelos trabalhadores das eCR.

Aqui também chama a atenção, pelos mesmos motivos comentados na discussão do compartilhamento de casos, os encaminhamentos para o hospital psiquiátrico (57,1%) e para a comunidade terapêutica (21,4%).

Diferentemente da ausência de compartilhamentos com o NASF, no caso dos encaminhamentos o NASF é citado por 7,1% dos respondentes, porém a prática de “encaminhar” ao NASF pode significar um modo de parceria com esta equipe que se aproxime de um entendimento “ambulatorial” da mesma, abrindo mão desta parceria como forma de potencializar as ações de âmbito matricial e de compartilhamento de conhecimento entre os diversos profissionais e campos do saber que podem se envolver e imbricar em ações de cooperação.

Os critérios que a equipes têm para considerar que um usuário está reinserido são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Critérios para definição da reinserção dos usuários

CRITÉRIOS	RESPONDENTES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES
Utiliza outros serviços públicos de maneira autônoma	13	92,8%
Amplia seus vínculos afetivos	12	85,7%
Adere as propostas de tratamento de eCR	11	78,5%
Trabalha	11	78,5%
Retorna para a família	9	64,2%
Saí das ruas	7	50%
Tem uma vida escolar	7	50%
Vai para uma casa	6	42,8%

Fonte: O autor, 2017.

Os pontos hierarquizados na Tabela 10 apontam elementos importantes para os Consultórios na Rua, pois a categoria reinserção pode contribuir significativamente para balizar o fazer destas equipes, isso pelo motivo de que no imaginário da população em geral, dos gestores da saúde, da assistência social e para os próprios trabalhadores das eCR pode ser povoado pela ideia de que a “missão” destas equipes é fazer com que as pessoas saiam da rua ou voltem para as suas casas ou famílias. Deste modo, o fato de dar voz a estes trabalhadores para que se coloquem em relação a este tema é relevante para esta pesquisa.

Os critérios mais valorados têm relação com autonomia e ampliação de vínculos dos sujeitos. Ao valorar estes aspectos dos sujeitos pode-se inferir que estas equipes têm uma maior chance de dirigirem suas práticas para a produção e defesa desses valores (autonomia e produção de vínculos), valores centrais do SUS e ligados à lógica de reinserção como produção de cidadania e de solidariedade.

Trabalho e educação também aparecem entre os critérios de entendimento de reinserção, citados por mais de 50% dos trabalhadores, dialogando intimamente com a ideia de produção de autonomia citada no parágrafo anterior.

Outros critérios que receberam pontuação significativa foram o retorno para a família, a saída das ruas e a ida para uma casa (com mais de 42%), podendo estes critérios

terem uma relação com a ideia de que a rua é um “erro” ou algo a ser “superado”, pontos que podem obscurecer a complexidade do fenômeno “estar em situação de rua”, podendo tornar mais difícil à equipe e aos trabalhadores se manterem atentos e abertos às singularidades presentes nos casos e “nas ruas”.

A questão dos indicadores foi retomada pelo questionário aplicado aos trabalhadores das eCR, de forma semiestruturada, pois havia pontos diretos e fechados (sim/não) e para o caso de a resposta ser sim, havia campos para qualificar quais indicadores foram criados. Todos estes itens são apresentados pela Tabela 11.

Tabela 11 – Indicadores de monitoramento e avaliação

A EQUIPE TEM INDICADORES PARA MONITORAR E AVALIAR O TRABALHO DA eCR		
SIM	NÃO	
7	7	
PERCENTUAL DE TRABALHADORES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES	
50%	50%	
INDICADORES CRIADOS	RESPONDENTES	PERCENTUAL DE TRABALHADORES
Consolidado de consultas diárias, mensais e anuais	3	21,4%
Planilha de produtividade	3	21,4%
Consolidado de uso de substâncias	1	7,1%
Consolidado epidemiológico	1	7,1%
Consolidado demográfico	1	7,1%
Relatório quinzenal de atividades da equipe	1	7,1%
Reuniões periódicas	1	7,1%
Cadastro individual	1	7,1%
Dados de abordagem às DSTs	1	7,1%
Continuidade dos encaminhamentos	1	7,1%

Fonte: O autor, 2017.

A importância dos Consultórios na Rua para a rede local, na avaliação dos trabalhadores, é apresentada no Quadro 4. Esta foi uma pergunta aberta no questionário.

Quadro 4 – Importância da eCR para a rede local

(Continua)

QUAL A IMPORTÂNCIA DAS eCR PARA AS REDES LOCAIS (PLANO PILOTO, TAGUATINGA E CEILÂNDIA)?
“Quebrar as barreiras que o paciente tem para acessar os serviços de saúde.”
“Responder às demandas de algumas instituições como defensoria pública, equipe de abordagem social, CAPS AD, Centro Pop, SAMU e abrigos.”
“Estar sob vigilância com os pacientes que já temos um vínculo, facilitando sua abordagem e a continuação do atendimento prestado a esse paciente, facilitando assim a inserção dele em qualquer UBS, quando necessário.”

Quadro 4 – Importância da eCR para a rede local

(Conclusão)

QUAL A IMPORTÂNCIA DAS eCR PARA AS REDES LOCAIS (PLANO PILOTO, TAGUATINGA E CEILÂNDIA)?
“A eCR é de grande importância visto que Ceilândia é uma área que possui um número considerável de PSR, tanto quanto Brazlândia que hoje integram a região oeste de saúde do DF. Estes pacientes necessitam do atendimento pois para a maioria só existe esse atendimento de saúde por vários anos.”
“A eCR veio oferecer um serviço de atendimento à saúde da PSR, que não tinha acesso aos serviços de saúde. Para as redes locais foi e ainda é uma surpresa e uma grata ação do estado em oferecer atendimentos de saúde para a PSR. Cabe ainda a nós continuar sensibilizando a rede, haja vista que muitos acreditam que o paciente é “nosso” ao invés de perceberem que o paciente é do SUS e tem direito de ser atendido em qualquer ponto da rede, com ou sem documento ou comprovante de endereço, merecendo um atendimento digno e de qualidade.”
“Fundamentalmente ser um facilitador do acesso do usuário à rede.”
“Proporcionar acesso ao serviço de saúde, do qual se acham excluídos.”
“Acredito que o Consultório na Rua é um trabalho de suma importância. Haja vista que possibilita acesso dos usuários à rede. Tendo um olhar diferenciado, com respeito, A equipe procura ver a necessidade do usuário e atende as demandas.”
“Vejo a eCR como ponto de ligação entre vários serviços da rede.”
“Mapear, monitorar, avaliar demandas das PSR e atender suas demandas dentro dos limites e possibilidades da equipe.”
“Vinculação com a PSR, estimulando a autonomia e inserção na rede de saúde e assistência social, além de proporcionar atendimento integral à saúde de cada um.”
“Descentralização dos serviços de saúde pública.”

Fonte: O autor, 2017.

Quanto ao lugar e à importância dos Consultórios na Rua para as três regiões do Distrito Federal (Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia), os trabalhadores trouxeram, nesta parte aberta do questionário, como palavra mais presente o “acesso” da PSR à rede como um todo - acesso à saúde, aos serviços, ao órgão de garantia de direitos e à assistência social. Para os trabalhadores o maior efeito parece mesmo ser o de “quebrar as barreiras” e garantir aos “que se acham excluídos” pontos de conexão com as instituições de um modo geral, garantindo também que esta mesma rede também se responsabilize por esta população específica “descentralizando” os serviços e as estratégias de cuidado.

Outro destaque é a construção de um olhar diferenciado para esta população, influenciando talvez na produção de maiores graus de visibilidade para a PSR e suas questões. Além disso, a ideia de “atender” as demandas da PSR recoloca, agora referida a discussão sobre os efeitos das eCR para a rede, a discussão sobre a resolutividade da equipe, seus limites e possibilidades em relação a esta população específica. Houve também a menção

sobre a importância de o Consultório na Rua ocupar um lugar de conexão entre os diversos pontos da rede local, incluindo no processo de trabalho que este movimento seja realizado gerando também a autonomia do usuário na circulação por esta rede.

4.3 APROXIMANDO UM POUCO MAIS DA REALIDADE DO DF: O CAFÉ MUNDIAL

Neste ponto da pesquisa são apresentados os resultados e as discussões referentes ao processo provocado pelo Café Mundial.

4.3.1 A Discussão sobre Vulnerabilidade Inserida no Contexto do Café Mundial

Na discussão para a construção do produto do Café Mundial para a temática de vulnerabilidade, os trabalhadores trouxeram a falta de acesso a direitos elementares como alimentação, moradia e saúde, falas que se inserem na discussão da apreensão da noção de vulnerabilidade no campo da garantia de direitos políticos, jurídicos e sobretudo o direito à cidadania (54). Para além destes elementos “concretos”, foram incluídos também como aspectos importantes de vulnerabilidade as questões emocionais e a falta de vínculos.

Ele (PSR) não tem acesso a medicamentos, à alimentação, à moradia. Isso é falta de acesso, são direitos básicos da Constituição – moradia, saúde, alimentação, segurança. (Grupo 1)

Eu acho que não é só essa questão física, eu acho que a vulnerabilidade está na questão emocional também – a falta de vínculos familiares, a falta dessa estrutura que faz o indivíduo ficar em pé, se sentir confortável, se sentir parte da sociedade. (Grupo 1)

Se eu quero garantir a equidade... então, para que um indivíduo que já tem acesso a esses recursos, né, do que ele precisa? Ele vai precisar de x recursos a mais para acessar todos os direitos. Já uma pessoa que não tem acesso a nada, que é a população em situação de rua, ela vai precisar de 10x a mais de recursos para conseguir atingir aqueles mesmos direitos que o outro cidadão conseguiu. (Grupo 1)

Eu acho que vulnerabilidade não é só financeira, ela é uma vulnerabilidade psíquica e emocional. (Grupo 2)

Os efeitos da vulnerabilidade na condução dos casos e nas práticas clínicas da equipe foi outro ponto que surgiu durante a construção coletiva. A necessidade de readequação de condutas, procedimentos e protocolos clínicos, além da rotina de trabalho, foi

colocada como um efeito necessário na relação da equipe com as questões referentes à vulnerabilidade da PSR.

Eu considero a vulnerabilidade para acrescentar um pouco mais no meu tratamento, entendeu? Por exemplo, enquanto que com uma pessoa com infecção urinária eu faria 3 dias de antibiótico, por conta da alta vulnerabilidade e da falta de proteção eu vou um pouco mais além e estendo um pouco mais os dias de tratamento para garantir que haja um resultado eficaz, entendeu? (Grupo 1)

Influi na conduta com certeza. Se eu passo antibiótico fraco para uma pessoa normalmente, para ele eu vou ter que fazer um pouco mais forte; se eu passo um medicamento psiquiátrico com uma dose x, para ele vou passar um tratamento psiquiátrico na dose 2x para que haja o mesmo efeito, por conta da alta vulnerabilidade e para que haja o mesmo efeito, entendeu? E tem protocolos mesmo dizendo que a gente considera a vulnerabilidade para uma ação. (Grupo 1)

O cara perde a medicação. Quantas vezes a gente não tem que fazer uma supervisionada lá porque o cara perde a receita, perde o medicamento. Então, eu não posso tratar o cara do mesmo jeito que eu trataria no Saúde da Família, a vulnerabilidade é maior. (Grupo 1)

A equipe tem de adequar a rotina conforme o tratamento e conforme a vulnerabilidade (...) a vulnerabilidade vai definir o tratamento. (Grupo 2)

As relações entre o uso de drogas x vulnerabilidade e abrigo institucional x vulnerabilidade emergiram também como pontos com repercussões na condução dos casos. A facilidade de acesso às drogas e a dificuldade de acesso aos abrigos, além do despreparo dos mesmos para acolher a PSR, foram situações citadas no contexto da vulnerabilidade, potencializando-a.

E uma outra coisa (relativa a vulnerabilidade) é que a gente tem uma exposição muito grande a droga, né, a ambiente de droga, então eles têm o acesso muito fácil e constante à droga. (Grupo 1)

E sabe qual mais situação de vulnerabilidade que eu percebo e que nesse tempo de chuva a gente vê muito é que às vezes ele tem vontade de abrigo. (Grupo 1)

Teve um (abrigo) que não quis receber um paciente que estava com HIV, não sei se vocês souberam. O cara tinha HIV e não queriam receber o cara de jeito nenhum (...) ou com hanseníase, também não quiseram receber com tuberculose (...). Então, assim, essa questão do abrigo é muito séria. (Grupo 1)

Foram citados exemplos de estratégias de autoproteção e de parcerias para a diminuição das vulnerabilidades, construídas no ambiente das ruas e que podem constituir novas ferramentas de trabalho para as equipes. Como nos aponta Ayres (1997), a noção de vulnerabilidade inclui os direitos das pessoas e também a participação política dos sujeitos, trazendo para o centro deste debate a ideia de luta política pela participação na vida pública (55), como se coloca na fala a seguir.

Tem um cara, o aleijadinho, que toma conta de um estacionamento, a família dele toma conta há 30 anos de um estacionamento. E ele é o maior empregador do pessoal que recém sai da cadeia porque é o único lugar, ou é no lava-jato, eles vão lavar carro, e ele paga para eles uma quantia todo mês. E todos conhecem ele, todos os presidiários, porque eles sabem que ele é o único cara que emprega eles. É um emprego informal, claro né, porque o cara cuida de um estacionamento que é muito grande lá no Setor Comercial, mas, assim, é um cara que ajuda, é um cara que é referência, que dá oportunidade. Então, assim, existe realmente isso e eles não vão lá por um acaso, eles vão lá porque não tem outra opção. E o cara fica ali 2, 3 meses até conseguir um emprego e quando ele consegue emprego ele sai e entra outro (...) ter o emprego ajuda muito em relação a vulnerabilidade. (Grupo 2)

A vulnerabilidade dos próprios trabalhadores das eCR e da rede aparece nos grupos como ponto sensível dessa discussão, que passa pelos manejos das frustrações e expectativas dos trabalhadores, além das limitações do acesso e trânsito dos usuários pela rede. Nos trechos a seguir pode-se retomar os debates trazidos por Macerata (2015), que afirma que a inserção dos serviços de saúde no contexto das ruas exige que estes serviços, a rede local e por consequência seus trabalhadores, tenham de encarar as suas vulnerabilidades e também as das práticas em saúde (18).

Um colega meu que tem uma noção psiquiátrica muito maior que a minha, a minha formação é cirurgia geral. Eu fico vulnerável com meus pacientes porque a maioria deles é pacientes psiquiátricos. E essa dificuldade que eu encontro em encaminhar os pacientes para a psiquiatria me torna vulnerável demais. (Grupo 2)

Como que a gente lida com as situações de vulnerabilidade do paciente? Lidar com as frustrações e não criar expectativas é a maneira que a gente lida com essa vulnerabilidade da população que não adere ao tratamento; sensibilização da rede; acolhimento diferenciado. (Grupo 2)

A questão da vulnerabilidade da rede é o seguinte: a rede não te ofertar condições adequadas para o atendimento. (Grupo 3)

A rede nos deixa vulneráveis na medida que não atende a nossa população. (Grupo 3)

A sensibilização de profissionais de outras equipes além da nossa? A gente sensibilizar uma UBS (...) seria uma maneira de a gente está lidando com essa vulnerabilidade de acesso. (Grupo 2)

4.3.2 A Resolutividade do Consultório na Rua a partir das Discussões do Café Mundial

No debate para a construção dos elementos que fizeram parte da temática sobre resolutividade, inserida na realidade dos Consultórios na Rua, também foram variadas as abordagens sobre o assunto. A questão das práticas clínicas reaparece. De modo consonante com as afirmações de Chioro e Scaff (1999) (72), as próximas falas trazem a questão dos

limites da complexidade de um serviço de saúde e sua capacidade tecnológica para resolver de forma mais assertiva os problemas de saúde que levam dos usuários.

Às vezes eu escolho um medicamento de dose única por dia ao invés de fazer aquele de 6 em 6 horas porque o cara não consegue dar conta. Então, eu faço o que toma uma dose por dia (...) é mais resolutivo. Se puder fazer o benzetacil, é complicado, mas eu vou fazer porque eu prefiro fazer o benzetacil que é uma dose que faz efeito durante 21 dias do que fazer antibiótico. (Grupo 1)

O haldol injetável, né, a gente precisa muito fazer porque se fizer oral ele não toma. Por isso que eu estou lutando para ter haldol injetável lá no consultório porque a gente precisa dessas medicações especiais. O ideal era a gente ter lá mesmo, não era em para mandar para o CAPS. (Grupo 1)

Quanto mais centraliza (em serviços especializados) mais barreiras vão ter para se chegar a esse serviço. (Grupo 1)

A necessidade da construção de uma atenção articulada e em rede, apontada por D'Aguiar (2001) (57), especialmente entre os próprios serviços do setor saúde, aparece nas falas que se seguem. Além disso, a importância do compartilhamento do cuidado em rede que garanta, entre outras coisas, a ampliação da resolutividade mencionada por Oliveira (2009) (66), também é enunciada. Deste modo, a noção de resolutividade inserida num contexto das relações com a PSR e com a rede local foi citada e problematizada pelos trabalhadores das eCR/DF. A relação de vínculo e confiança que a eCR tem com a PSR e os limites concretos das possibilidades de ofertas de parcerias da rede, além dos limites impostos por restrições na compatibilidade do processo de trabalho das demais equipes de saúde como o “funcionamento” da PSR vem à tona no percurso de produção dos grupos.

Essa resolutividade às vezes nem vai passar por nós, mas vai ter a ver com o que a gente construiu na nossa parte. Por exemplo, ele está precisando de um tratamento qualquer, a gente não vai conseguir encaminhar imediatamente, mas a gente vai construir com ele um processo de entendimento do que é ofertado para ele. (Grupo 2)

Eu acho que interfere muito na resolutividade porque a gente tem os limites da nossa atuação e às vezes a gente depende de um outro serviço dessa rede esteja funcionando para que esse paciente seja melhor assistido, né. (Grupo 2)

São as queixas e as necessidades que eles sempre têm, que é dentista, só que o dentista vem de manhã. Eles não têm horário para dormir, na verdade eles não dormem à noite, né? À noite eles passam andando. Então, não adianta você marcar dentista 8 horas da manhã, igual foi marcado e ninguém foi. E isso deu maior confusão lá porque tirou uma agenda de 10 pessoas para o atendimento de manhã para 6 de paciente morador de rua e ninguém apareceu. (Grupo 2)

Também aparece no discurso dos trabalhadores o trabalho de “sensibilização” dos outros serviços realizados pelas eCR, no intuito de possibilitar maior acesso da PSR ao sistema de saúde e com isso ampliando a resolutividade. O acesso que é, segundo Lima (2007), o elemento primordial na construção do processo de vinculação dos usuários aos serviços de saúde (62), compondo como elemento essencial os debates sobre resolutividade e que é apresentado nos enunciados destacados a seguir.

Acho que isso (acesso aos outros serviços de saúde) aqui são efeitos do nosso trabalho no sentido de sensibilizar essas equipes, né. Então, na medida que a gente vai lá e fala “olha, nosso paciente é assim, né, não adianta marcar 7 horas da manhã, não vai funcionar”. Então, faz parte do nosso trabalho ir sensibilizando esses outros serviços, né, apontando essas especificidades da população. (Grupo 2)

A gente depende dessa rede funcionar para esse paciente ser bem assistido (...). Olha só, a nossa parte a gente faz. A gente aborda, a gente sensibiliza, a gente convence o paciente de que ele precisa se tratar. (Grupo 2)

Outras conexões foram realizadas pelos grupos na articulação da noção de resolutividade com o de promoção de saúde, assim como a relação entre a participação da comunidade e a resolutividade, deslocando o termo resolutividade para um contexto de produção de cidadania e de construção de um processo societário mais coletivo e solidário.

Se a gente pensa que para ser resolutivo a gente tem que ir em um âmbito maior, até por isso eu gosto da palavra promover – eu acho que ela é maior, ela é maior que doença, é maior que tratamento, maior que recuperação – então quando a gente pensa em promover saúde a gente precisa da rede local para ter resolutividade porque o ser humano é um ser humano completo e se relaciona com a sociedade de várias formas. (Grupo 2)

A importância da participação efetiva da comunidade. Nós conseguimos mandar há um mês ou 2 um paciente de volta para o Piauí com recursos da comunidade. Aquela comunidade acolheu aquele paciente, cuidou dele, tomou as providências necessárias, da saúde nós cuidamos. (Grupo 2)

A resolutividade também mereceu descrições objetivas e diretas, propondo parâmetros de verificação, como número de pessoas atendidas dividido pelo número de pessoas encaminhadas. Como foi ressaltado por Souza e Henman (2009), o fomento da cultura informacional inserida no contexto do acompanhamento e da avaliação das ações e ofertas das equipes é um dos fatores que faz parte da discussão sobre resolutividade (68). Além disso, foram destacados pelos participantes o debate sobre a resolutividade da Atenção

Básica e o dimensionamento de uso de maior densidade tecnológica nos outros níveis de atenção e a relação entre resolutividade, complexidade e capacidade tecnológica.

A resolutividade é um termo que eu tenho uma definição muito concreta porque a gente trabalha com resolutividade como sendo um indicador de qualidade bem estabelecido para as equipes de Saúde da Família (...) o que significa resolutividade na equipe de Saúde da Família? A resolutividade significa quantas pessoas você atendeu no mês dividido pelo número de encaminhamentos, ou seja, quantas pessoas você atendeu e resolveu todos os problemas sem precisar encaminhar. E qual é o mínimo que preconiza? 85%. (Grupo 3)

Lá no Consultório na Rua, por exemplo, a gente está com resolutividade de 92% em média. Então, assim, há uma resolutividade boa e o que isso quer dizer? Quanto maior a resolutividade dentro da Atenção Primária, menos tecnologias duras são necessárias para se trabalhar com a população; quanto menor a resolutividade, mais tecnologias duras e mais caro é o tratamento daquela população, né. (Grupo 3)

Se você tem uma equipe que resolve pouco, isso quer dizer que aquela equipe está tendo um custo maior para o Governo. (Grupo 3)

O que viria a ser resolutividade para a gente? Ações conclusivas conforme a demanda e aceitação da pessoa em situação de rua; possibilitar a construção de relação com o usuário; favorece o acompanhamento e a autonomia. (Grupo 3)

Por outro lado, também surgiram falas que colocam em xeque uma noção de resolutividade que se afilie em demasia ao pragmatismo, trazendo para o debate a relação entre resolutividade e autonomia do usuário.

Mas aí o que é considerado resolutividade? Por exemplo, eu atendi o paciente, eu acolhi o paciente, ouvi a demanda do paciente, né, então isso já é uma situação importante, percebi a demanda dele, mas, no entanto, a medicação que ele necessita não tem na rede. Então eu não fui resolutiva? (Grupo 3)

... o rapaz que está lá no hospital. Então, quer dizer, precisava de uma atividade resolutiva ali e então o que nós fizemos? Perguntamos se ele aceitava, o conduzimos ao centro de saúde e fizemos ali o procedimento que era necessário para aquele momento. Aí, assim, passado esse momento crucial, crítico, veio o acompanhamento restabelecendo a sua autonomia, a partir dali foi estimulando. Então, a partir dali ele já sabia o que fazer, aonde buscar o recurso e como e as providências que tinham de ser feitas. Então, pronto, já larga a mãozinha, já vai por conta própria. (Grupo 3)

O paciente precisa de abrigo (...), mas o abrigo está fora da sua competência, então aí você não foi resolutiva, porque você depende de terceiros. A resolutividade tem a ver com a sua capacidade de resolver sozinha e você tem autonomia para tratar daquele assunto completamente. (Grupo 3)

Outro ponto que emergiu da discussão entre os trabalhadores na construção coletiva sobre essa temática foi a influência da competência técnica do trabalhador e o acesso a materiais, medicamentos e equipamentos no aumento da resolutividade na AB. Além disso, as equipes multiprofissionais foram citadas como uma das potências para aumentar a resolutividade. A literatura referente ao tema da resolutividade ratifica os pontos destacados

pelas falas dos trabalhadores, reforçando que o perfil adequado para o profissional da AB com capacitação técnica específica e adequação do suprimento de recursos de apoio ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação (57,67). Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional, com práticas colaborativas e troca de saberes e experiências clínicas entre as diversas categorias profissionais, é elemento importante para a construção da resolutividade na Atenção Básica (80).

A minha competência de prestar informação enquanto aos riscos de DST's, de fornecer preservativo e de fazer o planejamento familiar, você e sua equipe tem recurso para isso? Tenho camisinha, tenho anticoncepcional, tenho médico preceptor e tenho a informação, então eu tenho tudo. Se eu tenho tudo, eu posso ser resolutivo naquela ação. (Grupo 3)

É por isso que há um movimento grande político para a descentralização do serviço, para aumentar a autonomia das equipes na Atenção Primária, para aumentar a resolutividade (...) porque se eles me dão um fio de sutura, um cabo de bisturi e a partir daquele momento eu posso fazer sutura, a minha resolutividade vai aumentar basicamente. Porque eu não vou mais precisar encaminhar, eu vou poder fazer sutura dentro do meu consultório. Eu tenho um bisturi e eu tenho anestésico, eu posso tirar um cisto sebáceo. Eu vou lá e tiro o cisto sebáceo ali no consultório e acabou, eu não precisei encaminhar e aumenta ainda mais a resolutividade. (Grupo 3)

Não é à toa que a gente está recebendo equipes multiprofissionais. As equipes multiprofissionais vêm aumentar a resolutividade. A minha resolutividade seria 30% se eu não tivesse enfermeiro, se eu não tivesse psicólogo, se eu não tivesse técnico de enfermagem e assistente social. Ia ser 30%, se a equipe fosse só eu. (Grupo 3)

Seja por falta de estrutura, inclusive por falta de esclarecimento por parte dos servidores, seja por falta de habilidades, né, às vezes o servidor não é treinado para isso. (Grupo 3)

A estratégia do matriciamento (relação clínico-pedagógica entre equipes, serviços e profissionais para qualificação da atenção), ressaltada por Almeida (2011) (69) como forma inovadora de qualificação as ações da AB, foi descrita pelos trabalhadores durante as discussões em grupo como tática concreta para aumentar a resolutividade e a autonomia das eCR.

O matriciamento aumenta a resolutividade porque fica como sendo procedimento meu, não fica como procedimento do matriciador (...) o matriciamento entra dentro da minha produção, não vai entrar dentro da produção do CAPS lá, entendeu? (...) o matriciamento é bom por causa disso. Os NASFs. Os procedimentos dos NASFs também aumentam a resolutividade da equipe. Nós somos matriciados e eles matriciadores. Então, toda vez que nós somos matriciados aquela resolutividade entra como sendo nossa (...) no momento que eu recebo o matriciamento eu consigo resolver o que eu não conseguiria resolver sozinho. E outra, a equipe aprende e na próxima vez ela pode fazer sozinha. Por exemplo, se eu não sei fazer DIU e vem uma ginecologista me matriciar e ele me ensina a colocar o DIU aí dali em diante eu

posso fazer a colocação de DIU sem a presença dela. Então, eu estou aumentando a minha resolutividade. (Grupo 3)

O tema da inserção política do Consultório na Rua surge quando os trabalhadores relatam a sua atuação “representando” e “advogando” em prol da PSR, inserindo essa representação no contexto da atuação da equipe na garantia do acesso desta população aos demais serviços da rede.

E o interessante é que antes do Consultório o povo ia enxotar (da UBS) esse homem que nem cachorro, ia mandar ele correr e dizer que ele estava lá para roubar. E o vigilante ficou lá do lado dele dizendo “você vai conseguir, tenha paciência, já, já a equipe vai levar você”. E quando ele foi indo ele foi dizendo “olha, o sr. Jurandir (que era o vigilante) me ajudou, ele me apoiou, ele disse que vou conseguir” “você vai, vai dar tudo certo” (...) A impressão que dá é que a gente é advogado da saúde deles (...) Eles precisam de uma pessoa advogando os direitos deles. (Grupo 3)

Eu acho que o efeito é essa representação, né, eu acho que o efeito é a garantia do exercício do direito, a garantia do exercício da equidade, que está em colisão no SUS (...) e a equipe do Consultório na Rua é esse *plus*. Ela é esse fator de inclusão. Eu acho que tem a resolutividade da equipe, que é isso, mas tem a resolutividade da demanda do paciente, que a partir do momento que ela consegue afetar outro setor. (Grupo 3)

Viu, foi resolutivo para nós porque nós chegamos ao máximo do que a gente poderia fazer por ele (...), mas ele não teria esse acesso se não tivesse passado pela gente. (Grupo 3)

Por fim, surge o tema da relação entre autoestima da pessoa em situação de rua e a resolutividade. Nas falas dos trabalhadores há uma possível conexão entre a autoestima, o aumento da dignidade do sujeito e o comprometimento consigo mesmo e, por consequência, entre o tratamento e outras dimensões da vida.

Autoestima, né (...) com autoestima porque ele vai ter um trabalho, ele vai ter uma ocupação. Isso, recuperar a dignidade como pessoa humana, né. Isso pode ser resolutivo porque ele vai se comprometer com o tratamento, por exemplo (...) quando você o trata com respeito e humanidade ele se compromete com o tratamento e outras coisas que a gente pode oferecer. Isso pode ajudar na resolutividade no nosso ponto de vista, agora tem que ver o que é atividade para eles. (Grupo 3)

4.3.3 O Café Mundial e a Discussão sobre os Indicadores para os Consultórios na Rua

Os indicadores também foram objeto da construção coletiva entre os trabalhadores das eCR, objetivando, através do debate entre pares, a construção de visões e assertivas sobre o tema. Neste contexto, a produtividade, a alta de tratamento, o acesso, o número de reuniões,

a adesão ao tratamento e a inserção do usuário na rede surgem como indicadores para estas equipes. Além disso, de forma pouco definida e podendo acarretar uma ligação preconceituosa entre PSR e violência, foram propostos como indicadores a queda de violência e a criminalidade. A descrição para um indicador, segundo Carvalho e Eduardo (1998), estabelecendo-o, a grosso modo, como forma numérica de mensuração de ações em saúde pode contribuir na leitura de alguns dos indicadores propostos, porém para alguns deles (produtividade e número de reuniões) a construção é simplificada em demasia e efetivamente não seria possível avaliar a qualidade das ações a partir dos mesmos ou mesmo produzir inferências mais elaboradas sobre o processo de trabalho (76).

Sabe o que eu acho que poderia ser um indicador? É o básico, sabe. Produtividade é uma coisa que atinge a todos, se é negativa ou positiva não interessa, entendeu? É fato e acabou. Isso é uma coisa que é mensurável e atinge toda a sua população. Uma equipe que conseguiu fazer reuniões semanais durante o ano, em quantos meses ela não conseguiu fazer as 4 reuniões, quantos ela fez 3, quantos ela fez 2, quantos ela fez 1. (Grupo 3)

A alta dos pacientes, é um indicador de avaliação (...) o indicador de acesso também, adesão ao tratamento. (Grupo 1)

A adesão entra como avaliadores do nosso processo de trabalho porque a gente está trabalhando bem, trabalhando em conjunto e conseguindo a adesão ao tratamento pelos pacientes. Resolutividade entraria no número 2, nos resultados alcançados. (Grupo 1)

Quando você consegue inserir ele na rede, pra mim é um indicador de que a gente fez um bom trabalho, ele já não precisa mais do nosso serviço, ele já está inserido. (Grupo 1)

Assim, outros indicadores também que a gente pode pensar. Aquela coisa de notoriedade, queda de violência, de criminalidade (Grupo 1)

Em relação às propostas de indicadores mais complexos, como a alta de tratamento, o acesso, a adesão ao tratamento e a inserção do usuário na rede, há a ideia de o indicador ser fruto do resultado da análise e combinação de vários dados, podendo contribuir mais com o escopo de leituras sobre o processo de trabalho das equipes (77).

A relação entre os indicadores e o processo de trabalho emergiu no debate, propondo que a organização do processo de trabalho seja realizada em função de indicadores que apontem os pontos que indiquem melhores resultados. As falas apontam para a lógica do

uso da informação como ferramenta para a tomada de decisão, disparando assim o processo informação-decisão-ação, como nos informa o Guia de Vigilância Epidemiológica (2002).

Para tentar resumir. Quais são os indicadores de avaliação? É tipo os nossos objetivos, indicadores-objetivos para a gente alcançar algo ou alguma coisa. Aí, vamos lá: quais são os melhores? Quais que estão me levando ao sucesso? Então aí eu coloco todos que me levam ao sucesso. O processo de trabalho é montado depois que eu vejo quais que me levaram ao sucesso, porque aqui eu tive alguns resultados né (...) daí eu não estou dando tiro no escuro, eu já estou indo mais ou menos na forma mais certa, entendeu? (Grupo 1)

O debate trouxe a dificuldade das equipes em mensurar de forma qualitativa suas ações. A forma artesanal como o cuidado é construído, por vezes com a agenda da equipe inteira consumida por um único caso, é colocada como uma barreira para pensar indicadores condizentes com o processo de trabalho da equipe. Aqui, mais uma vez o matriciamento é citado como uma possível estratégia de qualificação das eCR na superação do desafio da construção de indicadores e do monitoramento das ações da equipe. Além disso, pela primeira vez neste contexto surge a relação entre indicadores, monitoramento e planejamento.

O que me vem à cabeça é como que a gente gera dado porque pra mim essa dificuldade em gerar dado em uma equipe como a nossa, que é uma equipe que é muito qualitativa e muito pouca quantitativa (...) às vezes passar o dia inteiro por conta de um paciente, a equipe inteira. (Grupo 2)

Me parece que esse processo também depende de um domínio de metodologias não tradicionais de coleta de dados. Existem, mas a gente conhece pouco, a gente tem pouco domínio, então seria mais uma frente do trabalho, a gente já tem várias frentes no nosso trabalho e mais essa de a gente estudar metodologia e tal. Mas eu acho que de repente então buscar parcerias ou o matriciamento mesmo ou supervisão para a gente pensar na metodologia para a construção desses instrumentos, que não seja uma metodologia conservadora de dados. (Grupo 2)

Eu acho que esse processo (monitoramento) depende de uma organização por parte da equipe (...) planejamento. (Grupo 2)

Elemento central na discussão do acesso aos dados produzidos, do monitoramento e do planejamento, citados anteriormente, o prontuário eletrônico aparece como uma ferramenta estratégica (66,71,76). Porém, a questão da dificuldade de alimentação dos prontuários aparece e no discurso das eCR está associada à dificuldade de organizar o processo de trabalho para atender demandas tão “subjetivas” e transferir o acúmulo dos atendimentos para o prontuário. Além disso, foi referida a questão da necessidade do “engajamento” dos trabalhadores para o preenchimento do prontuário eletrônico.

O prontuário eletrônico é uma ferramenta muito boa, né (...) porque se for uma ferramenta super rebuscada e não sei o que vai inviabilizar a gente no processo de trabalho lá no dia a dia, no meio do atendimento. (Grupo 3)

A questão do prontuário eletrônico, né. A gente tem acesso aos dados sem precisar ir à unidade de saúde para qual a gente encaminhou determinado paciente, porém a gente tem que frisar essa alimentação de dados nessa unidade porque o que a gente está vendo hoje é que o pessoal não alimenta os dados. E a gente que trabalha com esses dados sofre muito porque o paciente que a gente encaminha. (Grupo 3)

É, e organização mesmo para a gente conseguir praticar nos nossos atendimentos porque daí eu acho que a gente se dá conta que não vai ter como a gente pegar um prontuário e olhar todas as intervenções dele e criar um dado ou então como são dados muito subjetivos, a gente vai ter que pensar em um jeito de alimentar na hora que a gente está fazendo o atendimento. (Grupo 2)

Eu acho que depende de muita organização e eu acho que só reforça essa necessidade de engajamento de todos (...) da responsabilidade de alimentação dos dados. (Grupo 3)

Então, eu vejo mais o indicador que focaliza no meu objetivo, né, porque ele vai me dar um resultado em que eu possa planejar meu processo de trabalho ou não, ele vai me dar um dado em que eu vejo que o meu processo de trabalho está bom, entendeu? Talvez ele me dê um dado “não, realmente eu estou no caminho certo, o meu processo de trabalho está legal” ou não, ou eu preciso melhorar ou mudar, voltar ao início e mudar tudo de novo. (Grupo 3)

O planejamento multiprofissional e contínuo com estudos de caso e reuniões de equipes com engajamento de todos; ferramentas acessíveis a todos os profissionais, qualquer profissional da equipe que tiver acesso vai conseguir. E aí eu colocaria a responsabilidade da alimentação dos dados. (Grupo 3)

O documento da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) (2008) também assinala as questões citadas pelas falas anteriores dos trabalhadores, colocando a importância dos sistemas de informações para a coleta de dados confiáveis e o uso destes para a tomada de decisão pelas equipes e gestores (73).

Mais uma vez surge a necessidade de que os possíveis indicadores para o acompanhamento do trabalho das eCR levem mais em consideração os elementos qualitativos deste processo, capazes de avaliar as mudanças na vida desta população.

Então comecei a colocar no papel: o seu Fulano conseguiu, por meio do acolhimento, do vínculo e do tratamento, benefício e esse benefício gerou uma condição de mudança de perspectiva de vida dele e ele saiu da rua, alugou um imóvel; o seu Sicrano conseguiu um benefício social, sofreu um acidente e parou de usar o álcool, parou de usar droga, teve uma redução de danos porque ele precisava cuidar do pé e ele usava muito crack e o cuidado com o pé fez com que ele diminuísse o uso da droga e fosse para uma droga mais leve. Para mim, isso é indicador. (Grupo 3)

E eu acho que isso é qualitativo, não teve uma quantidade enorme, foram 12 ou 13 casos reais que a gente atendeu e que produziu uma transformação muito forte, houve uma mudança na vida dessas pessoas, sabe, essas pessoas saíram de uma condição desse lugar e foram para esse. (Grupo 3)

Uma questão relatada no debate sobre indicadores para os Consultórios na Rua foi a diferença entre esta equipe específica e as equipes de Saúde da Família, ambas atuando na Atenção Básica e orientadas pelos mesmos princípios e diretrizes, porém com singularidades. E na opinião dos profissionais essa questão tem de aparecer na construção dos indicadores.

A gente pega o carro e sai rodando à tarde inteira atrás de uma pessoa e não encontra a pessoa, e o que a gente fez à tarde? A gente não trabalhou? Então, realmente, tem os que são específicos nossos. Já no Programa Saúde da Família, você sai para fazer uma visita domiciliar, você já sabe o endereço do cara e até marcou antes. É muito diferente, né. (Grupo 3)

Se a gente olha para o diário de campo por exemplo e a gente começa a olhar para ele com intuito de fazer um diagnóstico de qual informação a gente gostaria de tirar de forma objetiva dali isso como um primeiro passo. (Grupo 3)

O tempo de resposta, você acha que poderia ser um parâmetro válido? Por exemplo, a pessoa chegou e disse “eu tô precisando de uma vaga no CAPS para tratamento” e aí quanto tempo, quantos dias, ela leva até conseguir aquela vaga e entrar, entendeu? Porque já que a gente precisa muito trabalhar com celeridade, geralmente são questões que não podem esperar, né. (Grupo 3)

Por fim, ainda na discussão sobre a temática dos indicadores, emergiu um ponto, que é ao mesmo tempo central e anterior a esta problematização, sobre “o que é que se quer que estas equipes realizem?”. Esta pergunta que se coloca como anterior à construção de indicadores, pois os mesmos são postos para contribuir no acompanhamento e na avaliação dos objetivos estabelecidos pelo programa ou política pública, aqui surge ao final do debate sobre indicadores, dado que abre a possibilidade do tema seguinte, o do objetivos e funções desta equipe.

Então, será que o primeiro ponto seria a gente saber o que é esperado? (Grupo 3)

4.3.4 Os Objetivos e Funções da Equipe

Propostos como disparadores do aquecimento para o início de utilização do método do Café Mundial, junto aos trabalhadores das eCR/DF, os temas dos objetivos e das funções da equipe se apresentaram como pertinentes e complementares aos três temas anteriormente debatidos. Estes dois temas são balizadores das discussões sobre vulnerabilidade, resolutividade e indicadores, pois todos são tributários dos objetivos e das

funções previamente estabelecidos para os Consultórios na Rua (8,9,10,15). Porém, como estes objetivos e funções não são claros nos documentos oficiais que regulamentam o fazer destas equipes, foi avaliado ser pertinente e estratégico para este estudo contemplar também o percurso deste debate para que se possa discuti-lo e problematizá-lo no decorrer desta descrição nos quadros-síntese apresentados posteriormente e nas considerações finais.

Este momento inicial da metodologia, com um papel demonstrativo do método de trabalho, permitiu uma nova interação com o referencial teórico metodológico da Pesquisa Clínica, pois o tema que estava previsto para funcionar como “aquecimento” dos grupos de trabalho no Café Mundial acabou por operar uma produção intensa entre os trabalhadores, proporcionando um debate sobre o tema dos objetivos e das funções do Consultório na Rua. A “posição” do pesquisador clínico, na perspectiva da Pesquisa Clínica defendida por Lévy (2001), deve ser a de total atenção aos movimentos oferecidos pelos grupos de trabalho, oferecendo-se como ferramenta para acompanhar e mapear tais movimentos, o que inclui no campo de pesquisa a possibilidade de registro dos vários regimes de significação circulantes durante o processo de pesquisa. Neste contexto, optou-se por incluir nos registros da pesquisa a produção discursiva dos trabalhadores na etapa de aquecimento do Café Mundial.

A garantia do acesso da PSR à saúde emerge dos grupos como um dos objetivos prioritários dos Consultórios na Rua. Além disso, a inserção da PSR na sociedade, a sensibilização de outras equipes para que também atendam a PSR, o reconhecimento e avaliação das demandas da PSR e avaliação da articulação com as demais equipes, serviços e instituições foram citados como objetivos e funções das eCR, além de dar consistência e consequência à lógica da Redução de Danos.

Ah, o objetivo é dar acesso à saúde àquelas pessoas que não conseguem atendimento né. Garantia de acesso à saúde à população em situação de rua em todos os níveis de atenção. (Grupo 1)

É querer a inserção da população em situação de rua na sociedade. Possibilitando que ele tenha conhecimento dos seus direitos. (Grupo 2)

Ali do lado de equipes também eu acho que sensibilizar outras equipes, outros pontos, outras instituições da rede visando a reintegração do usuário ao serviço público. (Grupo 2)

Eu sei que a gente consegue perceber que a Política de Redução de Danos é muito real, é muito verdadeira e ela acontece de verdade. Os usuários que a gente atende, a gente consegue perceber que eles têm minimizado os problemas que eles têm, isso demais. Isso é um dos nossos objetivos. (Grupo 2)

Reconhecer as suas (PSR) demandas e avaliar (...) além de a gente reconhecer as demandas, a gente também atua, a gente resolve questões dentro das nossas possibilidades. (Grupo 2)

Objetivos: a gente articula e a articulação também possibilita a gente atender de forma integral, (...) a gente faz uma escuta qualificada, a gente fornece medicamento, a gente medica, a gente faz um monte de coisas. (Grupo 3)

4.3.5 A Plenária Final

A plenária final estabelecida pelo método do Café Mundial foi um momento para que todos pudessem ter acesso à produção coletiva final dos grupos e esclarecer possíveis dúvidas quanto à formulação escrita das propostas/assertivas referentes aos temas tratados, além de oportunizar ao conjunto de trabalhadores participantes mais um momento de interação, debruçados agora não sobre elementos separados da discussão, mas sim olhando para o contexto geral da produção dos grupos e novamente referidos os objetivos desta etapa da pesquisa. Deste modo, foram expostos os cartazes com a produção dos grupos sobre os três temas propostos (vulnerabilidade, resolutividade e indicadores) para que todos tivessem acesso à produção coletiva final, além da possibilidade de recolocar alguns temas e discussões.

No contexto da Enquete Clínica, a plenária final do Café Mundial se insere como um ponto de ligação entre as técnicas e os métodos de coleta e análise dos dados e as formas comunicáveis de apresentação (42), pois o momento da plenária final é ao mesmo tempo um ponto do método do Café Mundial em que todos os participantes podem ter acesso à produção sistematizada do trabalho dos grupos e uma estratégia de mapear e registrar novas impressões, releituras, reposicionamentos e novas discussões disparadas a partir do contato do grupo total de trabalhadores, todos juntos (14 trabalhadores), discutindo a síntese da produção dos grupos

(construídos em grupos menores de aproximadamente 5 trabalhadores por grupo), materializados em frases e assertivas sobre os temas propostos. Novamente o elemento fundamental da perspectiva de trabalho da Enquete Clínica, da Pesquisa Clínica e da Psicossociologia, que é o ato comunicacional, entendido na radicalidade como estratégia de falar e fazer falar, é reforçado e colocado em operação, no intuito de que o método tente ir além de “colher” informações para subsidiar os achados da pesquisa, contribuindo também para que os sujeitos envolvidos e implicados neste processo experimentem outras estratégias de comunicação entre si. Dito de outro modo, a Enquete Clínica passa a ser em si uma forma particular de comunicação entre os trabalhadores dos Consultórios na Rua/DF.

Na plenária final do Café Mundial ao entrarem em contato com a síntese da produção, fruto do trabalho de três rodadas de discussão sobre o tema da vulnerabilidade, os trabalhadores reforçaram e ampliaram as possibilidades de leitura de alguns enunciados emergentes nas discussões grupais: a relação entre o “psíquico e emocional” e a vulnerabilidade em que, na opinião do grupo, quanto mais potente psiquicamente menor a vulnerabilidade; a necessidade de incluir o usuário do serviço na construção das ofertas das equipes como forma de superação vulnerabilidades e de implicação da rede; a necessidade de também reconhecer as vulnerabilidades das equipes, sobretudo em estratégias de identificação entre pares a partir do trabalho, ponto que foi ressaltado diversas vezes neste momento da pesquisa como produtor de sofrimento para os trabalhadores e equipes “olhar também para a equipe”; o exercício do reconhecimento das potências dos sujeitos com o trabalho de mapear as vulnerabilidades; a criação de estratégias de identifiquem os processos de evolução destas equipes; e a utilização da relação com as instituições de formação (via estágios, internatos médicos e residências) como tática de ampliar o reconhecimento da sociedade para o trabalho realizado e com isso tentar diminuir a “vulnerabilidade técnico-política” destas equipes, além de apostar na formação de futuros trabalhadores para o SUS.

Ao revisitar a temática da vulnerabilidade, além de reforçar algumas dimensões citadas durante o trabalho nos grupos (já citadas e discutidas anteriormente), o conjunto de trabalhadores apontou as ofertas de ações coletivas como estratégia privilegiada de enfrentamento da questão da vulnerabilidade, além de citar os espaços de troca entre os trabalhadores como oportunidade de ressignificação do trabalho. Uma das falas coloca explicitamente um “pedido” para a pesquisa, solicitando que houvesse um olhar para a equipe e suas vulnerabilidades.

Mas tem um outro jeito que é trabalhar nessa questão psíquica, emocional e eu acrescentaria social que é com as pessoas conseguem no dia a dia diminuir a vulnerabilidade delas porque muitas pessoas já fazem, mas muitas vezes elas não se comunicam entre elas, as pessoas em situação de rua têm uma comunicação difícil entre elas próprias, com a comunidade, com a rede, com a igreja, com o restaurante que dá comida. Tudo isso eu acho que é um elemento importante de a gente trabalhar e eu acho que uma forma interessante seria por meio de atividade coletiva, de espaço aonde a gente pudesse pensar essa inserção no território e como é que ele pode ser menos difícil, menos doloroso e menos sofrido para essas pessoas

A gente fez uma roda de conversa e essa roda de conversa trouxe algumas questões de saúde e trouxe uma questão de drogas. Tinha aproximadamente 18 pessoas e tinha um indivíduo que começou a falar de como ele saiu das drogas e de repente todo mundo começou a interagir, os usuários começaram a falar e começaram a se colocar e dizer que usavam – um dizia que usava, outro que já tinha parado 2 meses, outro dizia isso e aquilo outro. E a gente colocava assim: e agora como a gente vai pensar? Vocês tinham caminhos, que caminhos escolher? Uma coisa é quando a gente só sabe um caminho, mas agora a gente pode pensar que outras pessoas conseguiram sair desse processo. Mas você tem interesse de sair desse processo? Se a gente tem interesse, a gente precisa de um movimento fruto dessa roda de conversa.

A gente primeiro pensou na tenda, na parte de fora da unidade, para realizarmos o grupo para o povo do centro de saúde não ficar enlouquecido e aí depois a gerente da unidade disse “não, eles vão ficar aqui. Quero que eles entrem, quero que eles participem, que o posto se exploda.

Uma outra sugestão poderia ser, por exemplo, trazer o usuário realmente para poder participar, para ele contar os casos. Muitos deles aderem, gostam de serem entrevistados, né.

Eu acho que se a gente (trabalhadores) consegue identificar os nossos pares, a gente vai se fortalecendo e percebe que a gente passa pelo sofrimento que o outro também passa. Então, o meu sofrimento não parece ser tão grande quanto eu pensava que era. Então talvez isso produza algum movimento dentro de mim para estar naquilo ou sair daquilo ou permanecer naquilo ou fazer alguma mudança.

O que eu percebo hoje é que todas as pessoas em situação de rua têm em comum essa vulnerabilidade, mas uma coisa também que todos eles têm em comum e cada um tem a sua é potência.

Tudo que a gente faz hoje é para evoluir esse serviço, que é um serviço em evolução, em processo de evolução. Os alunos lá da Católica agora estão acompanhando o Consultório na Rua como internato e isso serviu também para alavancar a gente no sentido de ser melhor visto (...) eles (colegas do centro de saúde) começaram a perceber não só o trabalho do médico, mas entenderam a

importância da equipe multiprofissional, de como funciona uma equipe multiprofissional.

Olhando um pouco também para a equipe, né, porque a gente olhou muito para o usuário, mas eu vi que algumas pessoas (trabalhadores) começaram a pensar na sua vulnerabilidade. Acho que algumas coisas também deveriam ser tratadas sobre o olhar para a equipe, sabe? Talvez não seja parte do seu trabalho claro, mas se fosse acrescentar coisas eu acrescentaria coisas olhando para nós né.

Os pontos descritos na temática da resolutividade voltaram à plenária final para receber do grande grupo de trabalhadores um novo olhar para críticas ou esclarecimentos de algumas ideias. No bojo dessa discussão a leitura que o Consultório na Rua é uma equipe diferenciada da equipe tradicional de AB, porém com certo “grau de invisibilidade” maior aparece no debate sobre a resolutividade da eCR. Além disso, retorna a questão sobre qual seria a justa medida para conceituar resolutividade neste contexto e a inapropriação de tomar a número de atendimentos da equipe com esse parâmetro. Novamente a imprecisão e a superficialidade das normativas legais sobre o que se espera destas equipes e quais os “parâmetros”, o que inclui a discussão sobre resolutividade, são reforçadas pelo grupo. Surge a ideia de que as normativas legais estabelecessem referências (pessoas) nos serviços da rede para ser o *link* da eCR com estes serviços, garantindo a continuidade do cuidado.

Tem uma coisa que me angustia muito (referente a resolutividade), como o J colocou e a C colocou. Como a gente sabe o Consultório na Rua é uma equipe totalmente diferenciada da equipe tradicional e acaba que a gente trabalha muito mais e, no entanto, nosso trabalho não é visto. É como se a gente fosse amarrado.

Então, essa resolutividade, mas como assim resolutividade? É resolutivo quem produz muito? É resolutivo quem atende exatamente, quem retira da rua e faz? O que é exatamente essa resolutividade

A Portaria 122 estabelece as competências dos profissionais dentro da equipe, mais ou menos, muito superficial, né, mas uma coisa que ela coloca é que a rede de saúde deve estar capacitada e aberta a receber as demandas que surgirem das eCR, seja qual for o nível de atenção. Só que me parece que na prática isso é impossível, sabe? A rede é muito complexa, a gente não tem pernas para sensibilizar uma rede inteira. Uma alternativa que eu acho que poderia ser prevista era estabelecer pessoas de referência. Por exemplo, no Hospital de Base ter um grupo de referência em que eu possa sempre contar com eles quando tiver uma demanda e eu tenho o telefone dessa pessoa, o nome dessa pessoa e essa pessoa vai estar sempre disponível para isso (...) ser referência para as equipes das eCR, no CAPS AD e assim por diante, na maternidade, nos CRAS.

A gente colocou isso “não criar expectativas” a equipe, o profissional porque muitas vezes a gente se frustra mesmo né e acaba não se desmotivando, mas a pessoa fica “o que eu podia ter feito, e não consegui resolver aquilo”. Então, é uma forma de a gente se resguardar, não criar muitas expectativas porque a gente sabe que o nosso paciente é diferenciado, um tratamento diferenciado, então às vezes a equipe sofre sendo que fez tudo que poderia ter feito.

Tem gente que fala que o nosso trabalho é enxugar gelo.

Diagnóstico do que que é, do que a gente quer ver, o que a gente quer observar, o que a gente quer colocar em número para depois a gente saber se a gente é resolutivo, se a gente é acessível e se a rede é, se existe inserção e se existe autonomia.

A plenária final do Café Mundial também oportunizou destacar pontos no trabalho realizado pelos grupos ao redor do tema dos indicadores. Neste processo de olhar para o todo da produção, a dificuldade de estabelecer momentos sistemáticos de avaliação e mesmo da “impossibilidade” de promover a avaliação das equipes com indicadores que sejam adequados às especificidades do trabalho do Consultório na Rua surge novamente no debate entre os trabalhadores. Um ponto que ainda não havia sido levantado até aquele momento foi a conexão entre os indicadores e a criação de uma “identidade” para as equipes e para os trabalhadores, ligando este tema com a identidade do trabalhador e das categorias profissionais inseridas nas ações das equipes, o que leva à discussão entre o que é geral da equipe como um todo e o que é específico de uma categoria.

Olha, pra mim é bem óbvio a questão dos indicadores. A gente tem uma dificuldade muito grande, e eu acho que as equipes estão sofrendo com isso, de poder se autoavaliar. Os indicadores normalmente utilizados para o Programa Saúde da Família, pelo PMAQ não têm se encaixado muito bem na nossa realidade e tem várias coisas que a equipe tem feito, tem sofrido e tem se esforçado para fazer que não são avaliadas e passam, né, não chegam à gestão.

Eu acho que isso é ponte dessa nossa dificuldade, né, e de identificação também como uma equipe de Consultório na Rua porque os indicadores também dão identidade às equipes.

Então, a equipe que tem aqueles indicadores aqui ela tem objetivos comuns, ela tem processo de trabalho em comum. Então, há uma identificação no final do trabalhador com aquele processo de trabalho em específico. E nós não temos uma identidade ainda. Pra mim, ainda estamos um pouco soltos ainda nesse processo, a gente ainda está se reconhecendo, entendeu? A gente ainda está se construindo.

É, do cuidado da equipe, avaliação do todo e individual, de cada um. Por exemplo, a competência dos técnicos de enfermagem e as responsabilidades deles enquanto Consultório na Rua; eu como médico enquanto Consultório na Rua, quais são os indicadores que vão ser cobrados de mim; o que vai ser cobrado da assistente social, entendeu? Tem nuances que são próprias daquela categoria, né, e a gente não tratou desses assuntos. Só para dizer que eu acho que a gente está precisando também de um pouco disso.

Após a rodada de aquecimento, as três rodadas de discussão sobre os temas propostos e a plenária final onde foi discutida, por todos os trabalhadores, a síntese final dos

principais aspectos discutidos ao longo do processo, foi possível construir os quadros com os principais achados desta etapa da pesquisa (Quadros 5-8).

4.4 SÍNTESE DOS PONTOS ELENCADOS NO PROCESSO DE CAFÉ MUNDIAL

O produto final do Café Mundial foi um conjunto de elementos escolhidos e sistematizados dentre os vários pontos e temas que emergiram e foram sendo desenvolvidos ao longo do processo de trocas e discussões proposto pelo método. O debate sobre o processo de trabalho das equipes, construído a partir dos três eixos de discussão (vulnerabilidade, resolutividade e indicadores) proporcionou um resultado apresentado nos Quadros 5, 6 e 7. Além destes, o tema proposto como aquecimento também foi sistematizado pelos trabalhadores, portanto, avalia-se que é pertinente que ele faça parte deste estudo e componha o conjunto de comentários e análises (Quadro 8).

Todos os 4 (quatro) quadros são a transcrição exata da síntese construída de forma coletiva pelos trabalhadores dos Consultórios na Rua do Distrito Federal durante as rodadas do Café Mundial e validadas por todos no momento da plenária final. Os itens aparecem na ordem estabelecida pelos grupos de trabalho. Não houve, por parte do pesquisador, mudança nos termos usados pelos trabalhadores.

Retornando aos achados desta fase da pesquisa, o Quadro 5 mostra a produção do grupo de trabalhadores sobre o tema da vulnerabilidade.

Quadro 5 – Síntese sobre a vulnerabilidade

(Continua)

VULNERABILIDADE
Como a falta de recursos básicos que o indivíduo não tem e as demais pessoas da população tem acesso.
Fragilidade desta população
Falta de vínculos familiares que essa população tem e os reflexos na sociedade e em sua cidadania.
Falta de compromisso dessa população em entender que tem serviços a sua disposição
Falta de proteção para vários aspectos da vida dela que os demais cidadãos têm e ela não tem acesso.
Vulnerabilidade essa que influi na conduta médica, por exemplo para alcançar nossos objetivos.
Vulnerabilidade influi na eficácia do tratamento, permanência do paciente numa internação por exemplo.
A vulnerabilidade tem influência na escolha da medicação de depósito e em dosagens únicas de certos medicamentos.

Quadro 5 – Síntese sobre a vulnerabilidade

(Conclusão)

VULNERABILIDADE
Econômica (barreira de acesso aos insumos), transporte que dificulta no desenvolvimento do trabalho e o acesso deles, alimentação restrita, exposição muito grande ao ambiente e uso de drogas e substâncias psicoativas.
Limitação de vagas nos abrigos, seja em relação a quantidade de vagas, como também a critérios de abrigamento.
Dificuldade no acesso as políticas de distribuição de renda.
Dificuldade de acesso a outros pontos na rede de saúde e serviços governamentais.
Falta de oportunidade de acesso ao emprego.
Tempo limitado no abrigamento e acolhimento noturno (CAPS).
Vulnerabilidade psíquica e emocional.
Vulnerabilidade da equipe diante das barreiras encontradas pelos nossos usuários/equipe no acesso à rede.
Vulnerabilidade da equipe em relação a sua integridade física frente aos riscos inerentes à rua e aos transtornos mentais graves.
Realizar o tratamento conforme a demanda de cada usuário.
Adequar a rotina da equipe conforme a vulnerabilidade.
Lidar com as frustrações trazidas pelo trabalho e não criar expectativas exageradas.
Necessidade de ampliação das abordagens no período noturno.
Necessidade de estudos de casos periódicos
Capacitação/Educação Continuada da eCR

Fonte: O autor, 2017.

Na síntese apresentada no Quadro 5, a vulnerabilidade é concebida de inúmeras formas e articulada com diferentes temas pelos trabalhadores das eCR. A falta de acesso a recursos básicos de subsistência, de proteção, a falta de vínculos familiares, a falta de oportunidade de emprego, a fragilidade psíquica e emocional, as restrições econômicas e alimentares e a grande exposição a ambientes com a presença de substâncias psicoativas foram algumas das formas apontadas como elementos para compor o entendimento sobre o conceito de vulnerabilidade no olhar dos trabalhadores das eCR/DF. Há nestas leituras uma validação da proposta de ampliação do conceito de vulnerabilidade para além do âmbito individual (18), colocando a dimensão coletiva deste processo em destaque.

A vulnerabilidade foi articulada com a clínica produzida por estas equipes, assim como com o processo de trabalho das eCR na síntese final sobre o tema quando os trabalhadores associaram a influência da vulnerabilidade na conduta médica, na eficácia do tratamento, na permanência do paciente numa internação, na escolha das medicações ou mesmo das dosagens das mesmas. Além disso, emergiu também a necessidade de um

acolhimento diferenciado, levando em consideração os diferentes graus de vulnerabilidade e a necessidade de ampliar as abordagens no período noturno.

A relação dos Consultórios na Rua com a rede local também aparece na síntese como um ponto crítico na construção do pensamento sobre o tema da vulnerabilidade, citando nesse aspecto a limitação de vagas nos abrigos, a imprecisão nos critérios para inclusão no processo de abrigamento institucional e na limitação do tempo de permanência nestes serviços, a dificuldade do acesso da PSR pela eCR às políticas de distribuição de renda, a dificuldade de acesso da PSR atendida pela eCR a outros pontos na rede de saúde e serviços governamentais, a limitação de tempo no acolhimento noturno nos CAPS e a necessidade, por conta do conjunto de dificuldades descritas na relação com a rede, de sensibilizar a rede local para o problema como um todo.

A vulnerabilidade dos próprios trabalhadores e das equipes foi outro ponto que acumulou elementos neste debate, em que foram citadas as poucas garantias da integridade física da equipe na relação com os riscos inerentes à rua e os transtornos mentais graves, assim como a vulnerabilidade da equipe para superar as barreiras de acesso encontradas pelos usuários/equipe na relação com a rede. Neste ponto, a leitura de Macerata (18,56) indicando que um elemento de avanço na apropriação da noção de vulnerabilidade é apreendê-la como “nossa”, dos trabalhadores, equipes e rede, pode apontar uma estratégia interessante de superação dos limites impostos por esta vulnerabilidade compartilhada. Neste sentido, a necessidade de tornar os estudos de caso uma rotina, com periodicidade definida, articulados a processos de formação e educação permanente e continuada que apareceu como vulnerabilidade das eCR na enunciação dos trabalhadores, pode ser já um componente deste processo de interação com os limites apontados pelas vulnerabilidades de “todos” (18), elegendo estratégias coletivas e institucionalizadas no processo de trabalho das equipes para avançar nestes limites/vulnerabilidades. No campo das relações “afetivas” que implicam este

processo de trabalho, a necessidade de diminuir as expectativas e lidar com as frustrações, de ensinar o engajamento da equipe e a automotivação dos trabalhadores também surgiram na tabela final sobre este tema.

Além de todos os pontos elencados na sistematização comentados nos parágrafos anteriores, dois elementos reforçam a possibilidade de “defeito” ligado à ideia de vulnerabilidade (18), o que pode se desdobrar em uma leitura culpabilizante por um fenômeno de caráter social: a “fragilidade desta população” e a “falta de compromisso dessa população em entender que tem serviços a sua disposição”.

O produto das discussões e abordagens sobre o conceito de resolutividade, realizadas pelos trabalhadores das eCR/DF são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 – Síntese sobre a resolutividade

RESOLUTIVIDADE
Ações conclusivas conforme a demanda e aceitação da PSR
Possibilitar a construção de relação com o usuário que favoreça o acompanhamento e a autonomia – vínculo.
Quantas pessoas atendeu sem precisar encaminhar
Matriciamento aumenta a resolutividade pela transferência de conhecimento de outros profissionais.
Encaminhamento para especialistas com referência e contra referência.
Relação com a rede interfere de maneira direta visto que oferta de assistência não supre a demanda, seja por falta de estrutura, inclusive por falta de esclarecimento por parte dos servidores.
Importância da participação da comunidade (rede ampliada).
Aproximação da PSR com a rede ampliada e vice-versa.
Garantia do exercício com equidade (possibilita o exercício de direitos).

Fonte: O autor, 2017.

O Quadro 6 nos apresenta como o tema da resolutividade ganhou contorno através da síntese final proposta. Os trabalhadores das eCR consensuaram alguns entendimentos sobre o termo resolutividade que são simples e diretos, afirmando-o como ações conclusivas da eCR junto à PSR ou mesmo uma relação entre pessoas atendidas e encaminhamentos, uma leitura próxima a literatura que considera resolutividade como a resposta satisfatória que um serviço de saúde oferece quando um usuário do SUS procura por atendimento (57).

Além de descrições mais assertivas, outros pontos foram referidos na relação com a resolutividade, entre eles a necessidade da eCR relacionar construção de vínculo, o

acompanhamento, a produção de autonomia do usuário e resolutividade, a interferência da relação da eCR com a rede e a construção de ofertas mais resolutivas, a institucionalização das formas de referenciar e contrarreferenciar a PSR junto à rede e sobretudo uma aposta no matriciamento como estratégia de aumento da resolutividade da equipe e da qualificação dos profissionais. Estas leituras são mais próximas à perspectiva colocada por Merhy (59), que coloca a ação resolutiva não reduzida a uma conduta (59). Deste modo, para este autor, a efetividade da ação estará sempre pautada pela lógica da abordagem integral dos problemas (59). Por outro lado, fica apontada também pela síntese dos trabalhadores a necessidade de produção de intersectorialidade como determinante para a ampliação da resolutividade (57), assim como a existência de uma rede hierarquizada, organizada e articulada no compartilhamento do cuidado à PSR torna-se fundamental para a construção da resolutividade para as eCR (57).

A participação da comunidade local e da PSR na construção desta política pública, na perspectiva da garantia de direitos, surge da síntese final como elemento na construção do tema da resolutividade.

No contexto desta pesquisa, os trabalhadores trataram o tema dos indicadores de um modo aberto, sem distinções entre tipos de indicadores (por exemplo, de resultado ou processo), devido ao caráter exploratório do estudo. Assim, a produção da síntese do trabalho grupal é apresentada no Quadro 7.

Quadro 7 – Síntese sobre os indicadores

(Continua)

INDICADORES
Produtividade
Adesão
Acessibilidade
Resolutividade
Melhoria da condição de saúde
Inserção na rede
Autonomia
Construção de instrumentos para coleta de dados

Quadro 7 – Síntese sobre os indicadores

(Conclusão)

INDICADORES
Buscar parcerias e metodologias mais adequadas para coleta de dados qualitativos
Diário de campo como instrumento de coleta e avaliação
Com planejamento multiprofissional e contínuo, com estudos de casos e reuniões de equipe e engajamento de todos.
Ferramentas acessíveis a todos os profissionais
Responsabilidade na alimentação dos dados
Indicadores devem ser incorporados para nortear, planejar, avaliar os processos de trabalho. E qualificar

Fonte: O autor, 2017.

O Quadro 7 traz o produto do debate empreendido pelos trabalhadores sobre a temática dos indicadores. Algumas propostas na síntese foram na direção de tipos de indicadores como de autonomia, de adesão, de acessibilidade, de resolutividade, de melhoria da condição de saúde e de inserção na rede, porém não houve o apontamento concreto de como construí-los ou mesmo o que os mesmos significam exatamente para o grupo que o propôs. Na mesma linha, a produtividade das equipes também foi proposta como um indicador para o trabalho das eCR. As propostas de um modo geral escapam as indicações da literatura de que o indicador precisa ser claro para todos os envolvidos com seus usos (73).

Em outra linha da discussão sobre os indicadores, a síntese também trouxe a questão da necessidade do uso de ferramentas acessíveis aos profissionais (neste caso, o prontuário eletrônico) para que os indicadores propostos (quaisquer que sejam) possam ter dados sistemáticos e confiáveis, além de ressaltar a questão da responsabilidade na alimentação dos dados por todos os trabalhadores. Estas colocações estão em consonância com a necessidade do fomento e o fortalecimento da cultura informacional junto aos trabalhadores do SUS indicados pela literatura (66,71).

Outro apontamento da síntese foi necessidade de adequar ao processo de construção de indicadores os elementos qualitativos do trabalho das eCR. A questão do uso de indicadores para subsidiar o planejamento multiprofissional da equipe, os estudos de caso e as reuniões da equipe e a avaliação das eCR foi pontuada na síntese. Neste ponto, a questão da

tomada de decisão sobre o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes, baseada em informações precisas e seguras apontada na literatura (73,76,77) é reforçada pela síntese dos trabalhadores.

Quadro 8 – Síntese sobre os objetivos e as funções do Consultório na Rua

OBJETIVOS E FUNÇÕES DO CONSULTÓRIO NA RUA
Descentralização dos serviços de saúde
Garantia do acesso à saúde da PSR ao SUS
Possibilitar que o usuário tenha acesso aos direitos
Políticas de Redução de Danos na prática
Vínculo e acolhimento
Atender as demandas do paciente em situação de rua
Inclusão social
Orientação em saúde
Identificar riscos
Atendimento integral centrado no usuário
Construção e articulação com a rede
Escuta qualificada
Resolutividade (de parte) das demandas
Abordagem na rua nos possibilita ir ao encontro da PSR, reconhecer suas demandas, criar vínculos afetivos, promover ações multiprofissionais visando sanar suas demandas na sua totalidade.
Conhecer a PSR
Conhecer o território
Estabelecer vínculo
Promover saúde (tratamento, prevenção e recuperação)
Empoderamento (informações)
Escuta qualificada
Garantir a articulação da PSR, território, comunidade e serviços.
Tutelar as ações do morador de rua

Fonte: O autor, 2017.

A síntese dos objetivos e funções dos Consultórios na Rua apresentada no Quadro 8 coloca a questão da saúde como direito em vários itens, transitando pela garantia do acesso ao SUS, a inclusão social, o acesso da PSR a direitos além do campo da saúde e empoderamento da PSR. Além disso, a função de descentralizar os serviços de saúde, atender as demandas da PSR, ser resolutiva às demandas da PSR e de colocar em prática as políticas de Redução de Danos também foram apontadas pela síntese dos trabalhadores das eCR.

No campo da clínica, a escuta qualificada, o vínculo, o acolhimento, a orientação em saúde, o atendimento integral centrado no usuário e a construção e articulação com a rede figuraram entre os objetivos e funções destas equipes.

No que tange ao processo de trabalho dos Consultórios na Rua foram apontados como objetivos: conhecer o território, estabelecer vínculo, conhecer a PSR, identificar riscos, promover saúde (tratamento, prevenção e recuperação), além de garantir a articulação da PSR, território, comunidade e serviços. Porém, um item pode causar estranhamento ou dúvida quanto a sua inserção no conjunto da síntese, o “tutelar as ações do morador de rua”. Este item ganha contexto quando recorremos aos enunciados dos grupos de trabalho do Café Mundial, onde por algumas vezes emergiram enunciados que colocavam a questão do exercício constante de equilíbrio entre tutela e autonomia que as eCR precisam praticar, devido a isso o item pode ter uma relação com um momento específico da relação com a pessoa em situação de rua, onde a eCR assume um maior protagonismo na produção do cuidado.

5 AS AGENDAS FUTURAS OU DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA

O referencial teórico metodológico contribuiu também para construção e reflexão sobre outras agendas inconclusas que foram “transbordando” durante o processo da pesquisa e que merecem registro para que possam ter consequências em estudos posteriores. A possibilidade aberta pela Pesquisa Clínica (42) de explorar e incorporar elementos “não previstos” antecipadamente pela pesquisa, abrindo os registros e as sistematizações aos sinais, às questões e às demandas que possam aparecer durante o ato de pesquisar, assumindo assim o compromisso com os efeitos da relação pesquisador e objeto (40).

A primeira agenda inconclusa teve início durante a aproximação dos pesquisadores com as questões da PSR no Distrito Federal, período no qual conheceram a experiência de um projeto de reinserção social que trabalha pelo viés da cultura que é a Revista Traços (<http://www.revistatracos.com.br>). A revista foi criada como instrumento para dar voz às manifestações culturais da cidade, contendo conteúdos exclusivos sobre arte, música, lugares, pessoas e outros temas que envolvem a cidade de Brasília. A estratégia do trabalho de reinserção social da Revista para pessoas em situação de rua é a de torná-los porta-vozes da cultura. São estes sujeitos (os porta-vozes da cultura) que são responsáveis por comercialização da Revista. O preço de capa é de cinco reais, sendo que quatro reais vão direto para o vendedor e um real restante ele compra um novo exemplar, motivando com isso um ciclo de geração de renda e promoção de cidadania. As pessoas em situação de rua que participam deste empreendimento participam de rodas de conversa e treinamentos específicos para debates sobre a função de porta-voz da cultura, estratégias de abordagens e vendas, uso do dinheiro ganho, entre outros temas e questões.

A Traços foi lançada em setembro de 2015 e hoje está na sua 16ª edição. Neste momento existem aproximadamente 90 pessoas em situação de rua que trabalham como

porta-vozes da cultura, comercializando a Revista por bares, cafés, festas, galerias de arte ou qualquer outra possibilidade de reunir pessoas espalhadas pela cidade.

No período da montagem da banca de qualificação desta dissertação, os pesquisadores entraram em contato com a direção da Revista para verificar a possibilidade de que alguém do corpo diretor ou técnico pudesse compor a referida banca, no intuito de trazer contribuições para a pesquisa de um ponto de vista diferente, porém nenhum dos membros da Revista cumpria as exigências acadêmicas necessárias. No entanto, após o primeiro telefonema, foi solicitada uma reunião pela coordenação social da Revista com os pesquisadores para tratar da possibilidade de ajuda da Fiocruz Brasília no cuidado às questões dos porta-vozes que tinham problemas na sua relação com álcool e outras drogas. Após uma conversa inicial, em que os pesquisadores explicaram o porquê da Instituição não poder promover este tipo de ação diretamente com as pessoas, foi acordado que os pesquisadores em parceria com a Fiocruz Brasília iriam promover um conjunto de atividades com temáticas específicas referentes às questões da PSR da cidade, os serviços envolvidos e as Instituições de Ensino e Pesquisa interessadas, envolvendo a própria PSR, os trabalhadores e os gestores dos serviços e os professores. Desta ideia surgiu o EnconTraços/Café com Broas Ideias. A proposta foi a de mobilizar um conjunto de atores que tenham relação com a questão da situação de rua em Brasília para a construção coletiva de uma rede de ações a partir dos eixos serviço, formação e cultura, para sedimentar um espaço de discussão que possa acumular sobre o tema e propor articulações inéditas na dinâmica das instituições envolvidas.

A primeira parte da proposta constituiu-se em uma sequência de três encontros trimestrais, de modo que os dois primeiros produzissem um caldo de discussões e o terceiro fosse uma oficina de trabalho com o objetivo de mapear os serviços de saúde mental que possam se articular de modo a oferecer diferentes formas de atendimento à PSR. Os dois primeiros encontros aconteceram entre os meses de agosto e novembro, envolvendo

trabalhadores dos Consultórios na Rua, Centro Pop, CAPS e Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB/UnB), professores da Fiocruz Brasília e da UnB (Saúde Coletiva e Psicologia), diversos artistas, entre músicos, pintores, fotógrafos e desenhistas, além da sempre presente PSR, no caso específico destes encontros os que estavam ligados à Traços. Por conta de diferentes mudanças nas agendas dos envolvidos diretamente na organização desta proposta (pesquisadores, Fiocruz Brasília e Revista Traços), o terceiro encontro não pode acontecer até a conclusão desta dissertação, mas tem previsão para o segundo semestre de 2017.

A segunda agenda inconclusa desta pesquisa foi o georreferenciamento dos serviços de saúde mental para PSR no DF. A mobilização causada pela agenda com a Revista Traços provocou outros efeitos nos pesquisadores. Aproveitando a oportunidade aberta por um dos núcleos de pesquisa da Fiocruz Brasília (Colaboratório de Ciência, Tecnologia e Sociedade), capaz de operacionalizar, online, uma plataforma com a disponibilização de diversas informações sobre os serviços de saúde no DF, os pesquisadores propuseram a construção de um site com o georreferenciamento de todos os serviços de saúde mental do DF. A proposta foi de mapear e referenciar as unidades de saúde em um mapa que estabeleça as distâncias entre eles, porém o diferencial desta proposta foi a de incluir no mapa além do endereço e elementos geográficos, também elementos da forma de funcionamento do serviço. Entre os dados propostos para compor o rol de informações sobre os serviços referenciados no mapa estão: área de cobertura/abrangência do serviço (raio de 10km), horários de funcionamento, formas de acesso/acolhimento (triagem com dia e hora marcada, acolhimento a demanda espontânea, acolhimento em grupo, entre outros), ofertas clínicas (atendimento individual, grupos, oficinas, entre outros.), categorias profissionais e turnos de trabalho de cada uma, perfil de atendimento (RD ou abstinência, por exemplo) e equipes de AB/APS e

NASF mais próximas (raio de 10 km). Pelo mesmo motivo da proposta junto à Revista Traços, esse projeto também ficou adiado para o segundo semestre de 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passados cinco anos desde a criação dos Consultórios na Rua no contexto da Atenção Básica, com 135 equipes distribuídas por todo o país e com aproximadamente 1.000 trabalhadores de diversas categorias profissionais envolvidos em ações diárias junto à população em situação de rua, nos apontam a necessidade que mais estudos sejam dedicados ao processo de trabalho dessas equipes e também aos processos de monitoramento e avaliação, objetivando a sustentabilidade desta política pública com a qualidade exigida.

Tendo em vista que este estudo foi produzido no contexto de um mestrado profissional, o compromisso com a relação entre produção de conhecimento e o mundo do trabalho foi colocado como elemento norteador do desenho de pesquisa. As considerações que se seguem reafirmam o compromisso citado, articulando o conhecimento acumulado pelo estudo com a proposição de agendas de qualificação do campo das práticas dos Consultórios na Rua e da organização do processo de trabalho destas equipes.

A apreciação crítica dos documentos oficiais nos mostra que estes apresentam a caracterização da PSR, formas de composição e financiamento das equipes, elementos gerais para orientar o processo de trabalho, diretrizes e métodos gerais de trabalho, porém não estão postas as possibilidades concretas de funcionamento e organização do processo de trabalho das eCR ou mesmo sobre as expectativas quanto à sua resolutividade, pois se formos nos referenciar nas expectativas de resolutividade da Atenção Básica como um todo, por volta de 85% das questões que chegam às equipes (81), dado o conjunto de agravos, suas interações e a grave condição de vulnerabilidades as quais a PSR está exposta, essa expectativa será difícil de ser alcançada pelo Consultório na Rua. Estes parecem ser pontos importantes a serem discutidos e contemplados por esta política pública, já que as três modalidades de equipe podem ter composições muito distintas, tanto pelo número de profissionais quanto pela presença do profissional médico, bem como pelo tamanho da cidade onde estão. Portanto,

estes aspectos podem ter interferência significativa no modelo de atenção ofertada e na resolutividade da equipe. Tendo em vista que uma parte significativa dos trabalhadores (64%) referiu utilizar o material de referência oficial do Ministério da Saúde como fonte para organizar suas estratégias individuais e também as coletivas, coloca-se a necessidade de revisão ou aprofundamento de questões mais concretas da organização do processo de trabalho destas equipes pelos órgãos oficiais do governo.

A análise da literatura científica indica que o vínculo, o acesso e a articulação da rede em si e da PSR com esta rede são os objetivos mais presentes na atuação da eCR, havendo nessa relação com a rede destaque para a oferta de articulação entre os serviços nas áreas de saúde, educação, justiça e assistência social, especialmente as redes de saúde mental e assistência social. Realizando a leitura articulada com o conjunto da literatura científica encontrada e detalhadamente discutida, fica evidenciado que as equipes de Consultório na Rua têm a garantia do acesso, a articulação e o tensionamento da rede como sua principal tarefa, assumindo a equipe como um elemento de conexão entre o mundo da rua e a rede de serviços, adotando também o foco nas questões do campo da saúde mental, fundamentalmente em relação aos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas. Essa leitura provavelmente se constituiu como um traço das equipes que migraram de Consultório de Rua (Saúde Mental) para Consultórios na Rua (Atenção Básica), trazendo para a atuação dessas equipes na perspectiva do “cuidado integral”, majoritariamente, elementos éticos, técnicos, organizativos do processo de trabalho e clínicos do campo da Saúde Mental. Essa perspectiva de trabalho coloca em um plano secundário questões como a resolutividade da própria equipe de Consultório na Rua diante das demandas da PSR; seus limites no cuidado direto à PSR, assumindo um compromisso com a totalidade dos agravos que acometem a PSR (como a hipertensão, diabetes, feridas, úlceras, doenças de pele, entre outras); na construção de relação com a rede local pautada pelo compartilhamento do cuidado, mais do que pelo

encaminhamento dos casos; colocando no centro do debate a questão da resolutividade do Consultório na Rua, suas possibilidades e limites. Enfim, questões que podem ser centrais para a solidificação desta política pública parecem ainda estar fora do campo de debates estabelecido na atualidade destas equipes.

A pesquisa evidenciou agendas importantes para a gestão dos Consultórios na Rua/DF. A aproximação dos gestores com a pauta e suas necessidades tem diferentes extratos de conexão com as equipes e a rede. Em primeiro lugar, a garantia de institucionalidade das eCR como estratégia de dar visibilidade às questões da PSR e também dos trabalhadores, já que estes consideram-se com desprestigiados e estigmatizados assim como a PSR. Além disso, garantir processos de institucionalização é uma forma de dar maior sustentabilidade a esta política pública. Outra agenda que emerge dos resultados e discussões da pesquisa é a articulação intra e intersetorial, particularmente entre AB/APS e Saúde Mental e AB/APS e Assistência Social, articulações que foram mencionadas em todas as etapas do estudo, por todos os participantes, acentuando a necessidade desta articulação por parte da gestão. Os dados e as discussões sobre este tema evidenciaram a necessidade de manter uma agenda contínua, pautada pela Educação Permanente, “garantida” pelo protagonismo de gestores e trabalhadores das eCR com estes outros serviços. Neste sentido, a ampliação dos NASFs no Distrito Federal também se mostra pertinente, pois existem apenas oito equipes em todo o DF (82) e apenas uma (Ceilândia) em região com eCR. Com mais NASFs implantados, estas equipes poderiam contribuir com as eCR na articulação e qualificação da rede.

A agenda de formação dos trabalhadores também fica posta por duas vias: a construção de qualificações que sejam específicas para as eCR e a institucionalização de espaços e formas para que as eCR qualifiquem as demais equipes de AB/APS da rede, com vistas a ampliar o acesso e a qualidade da atenção prestada junto à PSR nas equipes de AB/APS como um todo, descentralizando e capilarizando o cuidado ofertado à PSR. A

questão da construção de estratégias específicas para regulação de vagas para a PSR é outro ponto a ser enfrentado pela gestão. O acesso à rede secundária e terciária do SUS para indocumentados (partindo do pressuposto que parte da PSR não possui, ou mesmo não deseja possuir, documentos oficiais de Estado brasileiro) é uma barreira de acesso ao SUS, pois os sistemas de regulação de vagas não são preparados para exceções, apontando o desafio para os gestores de operacionalizar modos de inserir os indocumentados nos sistemas de regulação, por exemplo propondo que a regulação também possa ser feita através do cartão SUS (que não exige documentação para ser feita), podendo ser produzido pela própria eCR, na sua própria UBS. Por último, fica a proposta para que a gestão fortaleça a aposta no Consultório na Rua como elemento de “tensionamento” e conexão da rede, elemento que pode por meio de estratégias singulares de organização do processo de trabalho instrumentalizar não só a AB/APS, mas a rede de um modo geral.

Para os trabalhadores as agendas que os resultados deste estudo provocam são próximas às dos gestores em alguns pontos, mas sempre operacionalizadas de uma perspectiva diferente. Ou seja, não se está afirmando uma separação entre clínica e gestão, mas sim que esta separação não existe, apenas se propõe uma separação do ponto de vista das táticas utilizadas para operar mudanças no processo de trabalho. A proposta de agenda mais estruturante para organizar e qualificar o processo de trabalho das eCR evidenciada pela pesquisa é a de construir e operar as diversas modalidades de matriciamento junto à rede. Observando, por exemplo, os dados referentes à consulta compartilhada que ocupa um lugar de destaque entre as ofertas das eCR (acima de 70%), sendo esta modalidade de consulta um instrumento importante na construção de estratégias de matriciamento desta equipe junto à rede e também como modo de qualificação dos próprios trabalhadores das eCR, tornando, assim, o matriciamento uma ação estruturante para o aumento da qualidade da atenção prestada. Neste contexto, a pesquisa evidenciou também que para as eCR/DF o usuário ter o

processo de cuidado compartilhado entre os membros da equipe é considerado o melhor critério para definir o acompanhamento de um caso, reforçando ainda a possibilidade e a necessidade de o matriciamento entre as diversas categorias e os campos do conhecimento que circulam pelas equipes seja colocado como estratégia de qualificação e estruturação do processo de trabalho.

Os resultados e as discussões do Café Mundial sobre os três eixos trabalhados pela pesquisa oportunizaram a construção de algumas propostas de trabalho futuras. No eixo vulnerabilidade, a articulação do conceito com a vulnerabilidade da equipe e seus trabalhadores colocam no horizonte a possibilidade de que gestão e trabalhadores se organizem de modo a garantir espaços, momentos e metodologias específicas para o autocuidado das equipes, intervenções aos moldes do “cuidando do cuidador”, visto que os resultados e as discussões fizeram emergir no discurso dos trabalhadores todo o peso e a dificuldade de trabalhar num contexto de tanta fragilidade, exacerbando a vulnerabilidade como condição humana e com isso fazendo-a retornar sobre os trabalhadores e as equipes.

No eixo resolutividade o tema aponta para diferentes direções futuras, com diferentes necessidades de trabalho e estudos. Por um lado, os dados sugerem que as propostas futuras para a ampliação da resolutividade destas equipes incluam debates e proposições sobre a competência técnica do trabalhador na eCR, dimensionamento da densidade tecnológica na AB e a clínica como produtora de cidadania e de um processo societário gerador de autonomia, este último colocando claramente o papel político do Consultório na Rua. Por outro lado, a discussão sobre resolutividade é portadora de algumas das questões mais importantes para estas equipes e que merecem ser objeto de novos estudos: até onde pode ir uma eCR na produção do cuidado? Quais os limites da AB no cuidado à PSR? Qual é a resolutividade possível para uma eCR? Enfim, questões que não puderam ser abordadas por este estudo.

Os resultados apresentados e discutidos sobre o eixo dos indicadores apontam para a necessidade de construção de indicadores de processo (número de pessoas cadastradas, atendimentos individuais e em grupos, compartilhamento e encaminhamento de casos, usuários regulados para os demais níveis de atenção, reuniões intra e intersetoriais, entre outros), mas também de resultados (número de pessoas aderidas ao tratamento, usuários inseridos na rede, usuários que mudaram a relação com o álcool e outras drogas, entre outros), posto que os indicadores de processo podem quantificar o processo, porém não são construídos para mensurar a qualidade do processo. Nos dois casos (processo e resultado), os dados e as discussões colocam a agenda da construção de alguns indicadores que sejam mais próximos e condizentes com o processo de trabalho e a realidade destas equipes, agenda esta que pode ser pactuada entre trabalhadores, gestores, pesquisadores e usuários.

O referencial teórico metodológico da Psicossociologia, e mais especificamente a perspectiva da Pesquisa Clínica, como estratégia de percurso investigativo se mostrou bastante pertinente, pois os métodos de coleta, com destaque para o Café Mundial, contribuíram para que emergissem, no discurso dos trabalhadores, novos significados e sentidos para temas e questões que haviam surgido durante as entrevistas com os gestores e na estratificação dos questionários semiestruturados. Porém, o jogo proposto pelo método de trocas e interações no Café Mundial possibilitou que os temas passassem por sucessivos debates e problematizações, tornando mais amplo o campo a ser explorado pela pesquisa. Além disso, este mesmo jogo de trocas e interações entre os trabalhadores oportunizou algo que é ainda mais caro do ponto de vista do referencial teórico metodológico utilizado, que é a chance de que os sujeitos envolvidos no processo investigativo coloquem suas questões, certezas, conhecimentos e dúvidas. Enfim, coloquem-se em análise, bem como o trabalho no qual estão envolvidos, induzindo a uma maior implicação neste processo (40). Sob este aspecto, desde as reuniões iniciais de apresentação da pesquisa até o momento do Café

Mundial, a densidade e a qualidade das demandas dos trabalhadores para os pesquisadores foram aumentando, fato que pode ser observado, sobretudo, na progressão dos debates sobre vulnerabilidade, resolutividade e indicadores apresentados anteriormente.

Concomitante, e também preconizado pelo referencial teórico metodológico, está o processo de implicação dos pesquisadores com o objeto e o ato de pesquisar. Neste contexto, os efeitos da pesquisa na Fiocruz Brasília são os mais evidentes, destacando o envolvimento de um conjunto de pesquisadores “de fora” desta pesquisa que se envolveram em variados projetos, referidos no item sobre as agendas inconclusas, levando à radicalidade a não necessária obrigação com o resultado, defendida por Lévy (2001) (42).

Ainda sobre o referencial teórico metodológico é fundamental declarar que há uma terceira agenda inconclusa desta pesquisa que é o último momento proposto pela Pesquisa Clínica, a apresentação em forma comunicável. Por conta da natureza da perspectiva de trabalho adotada, somente após a defesa desta dissertação será possível seguir com o que foi tratado durante as reuniões de apresentação e discussão da proposta de pesquisa, que é uma oficina para a apresentação e discussão dos achados e propostas do estudo. Somente quando esta etapa for cumprida é que o ciclo proposto pelo referencial teórico metodológico estará fechado.

Neste ponto, no intuito de qualificar as práticas e o processo de trabalho dos Consultórios na Rua/DF, partiremos acúmulo dos debates e dados produzidos para propor um conjunto de recomendações de estratégias para gestores e trabalhadores das eCR, são elas:

Gestão da eCR

- Construção de uma agenda periódica (mensal) da referência mais imediata para as eCR na gestão da AB (coordenação das equipes), no território de cada equipe, com vistas a interagir com as demandas de cada local, UBS e população atendida, a partir da realidade territorial;

- Construção de agenda periódica (mensal ou bimestral) de todas as equipes, na Secretaria de Saúde, constituindo um espaço de trocas, pautadas pela Educação Permanente e demandas de eventuais Grupos de Trabalho;
- Constituir fóruns territoriais de Saúde Mental (pois são as questões mais demandadas), envolvendo prioritariamente serviços de saúde, assistência social e organizações não governamentais (ONGs) ou entidades que estejam envolvidas com a PSR, para discussão de casos específicos, construção de fluxos de atendimento, encaminhamento e compartilhamento do cuidado, também pautados pela lógica da Educação Permanente;
- Construção junto à Instituição de Ensino e Pesquisa da Secretaria de Saúde de estratégias de inclusão da temática do cuidado à PSR no conjunto de formações oferecidas aos trabalhadores da saúde por esta Instituição, além de pautar junto à Instituição que sejam discutidos (com os trabalhadores) e construídas ofertas específicas para as eCR;
- Construção de estratégias específicas para a regulação de vagas da eCR para os demais níveis de atenção, levando em conta a questão da população indocumentada;
- Fomentar, via Instituição de Ensino e Pesquisa da Secretaria de Saúde, a articulação das eCR como espaço de formação para o SUS, constituindo-se como campo para estágios e residências;
- Criação de um espaço sistemático (mensal) de supervisão para estas equipes, conduzido por ator externo à equipe;
- Garantir para as eCR o uso de prontuário eletrônico, com autonomia de ofertar o cartão SUS, além de facilitar acesso aos dados produzidos pelos trabalhadores para as equipes;

- Criação de um Grupo de Trabalho (trabalhadores, gestores, Instituições de Ensino e Pesquisa e usuários) para construção de indicadores de processo e resultado, com vistas à efetivação de um processo de monitoramento e avaliação.

Trabalhadores das eCR

- Mapear parceiros e propor e organizar a metodologia de trabalho dos fóruns territoriais de Saúde Mental, assumindo o protagonismo da condução do espaço, sempre pautados pela lógica da Educação Permanente;
- Ampliar as ofertas de cuidado coletivo visando interferir no campo da promoção de grupalidade junto à PSR;
- Organizar ações sistemáticas de matriciamento entre os trabalhadores da eCR e junto à rede, reforçando o compartilhamento de casos como metodologia de trabalho, mapeando também as principais demandas de qualificações dos demais serviços da rede para ampliar o acesso e a qualidade da atenção prestada junto à PSR;
- Organizar o processo de trabalho de modo a permitir que as informações sejam sistematizadas (via prontuário eletrônico);
- Fomentar que a eCR seja espaço de formação para o SUS, como campo para estágios e residências, mapeando e contribuindo na articulação com as Instituição de Ensino e Pesquisa de cada território;
- Mapear as demandas de pesquisa referentes às necessidades de núcleos específicos de conhecimento, ou questões gerais do processo de trabalho da eCR, para incluir como demanda nas parcerias com as Instituição de Ensino e Pesquisa;
- Construir planos de estágios e residências de modo a organizar a inserção de estudantes no processo de trabalho.

Ao cabo, propõe-se, como uma direção geral para os Consultórios na Rua/DF, que a palavra “sensibilizar” tão citada nas entrevistas, questionários e durante o Café Mundial

possa ser superada e paulatinamente substituída pela palavra “instrumentalizar”. Seguindo o ideário apontado pela proposta do matriciamento, faz-se necessário que as eCR incluam na sua agenda, de forma mais contundente, estratégias de produção de autonomia para a PSR, mas, sobretudo, para as demais equipes de AB. As recomendações e propostas têm como pressuposto o exercício do protagonismo pelas eCR, provocando, organizando e operando, coletiva e compartilhadamente, espaços de trocas e qualificação do cuidado intra e inter universo da saúde. Deste modo, a palavra “acesso” que demonstrou já se constituir como um avanço promovido por esta política pública possa ser agregada às palavras “resolutividade” e “qualidade”.

Algumas temáticas tangenciadas por este estudo não puderam ser trabalhadas e aprofundadas dado o escopo, os recortes realizados e os limites do presente trabalho, porém cabe aqui apontar a possibilidade de futuras investigações, como foi o caso da função/missão destas equipes para a PSR, para a Atenção Básica e para a rede no contexto do SUS. Outra temática que não pode ser aprofundada pelos limites da pesquisa foi a dos indicadores *stricto sensu*, ou seja, quais seriam, a forma de calculá-los, quais as fontes, enfim, como seriam concretamente, pois a possibilidade deste estudo foi discutir sua inserção no processo de trabalho, mais do que pensá-los em si. A questão da PSR, seus modos de circulação pela cidade, a produção subjetiva, a organização em relação ao mundo do trabalho e a novas formas de moradia, entre outros recortes possíveis, também não apareceram neste trabalho por uma limitação anunciada inicialmente. Além disso, as próprias “agendas inconclusas” podem também instigar futuros estudos neste campo.

É importante sinalizar que este estudo escolheu focar na problemática das práticas e do processo de trabalho das eCR. Porém, sabendo-se de que existem questões referentes à esfera federal da gestão (notadamente as limitações evidenciadas na literatura oficial), esta problemática será objeto de discussão e debates no Departamento de Atenção Básica, tendo

em vista que esta dissertação está inserida no contexto de um Mestrado Profissional e que um dos pesquisadores é trabalhador deste Departamento. Assim, visando à qualificação desta política pública específica e tendo em vista que a revisão dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, corroborada pelas falas dos gestores e trabalhadores participantes, deixou explícita a significativa carência de informações e orientações mais específicas sobre estas equipes, será proposto um espaço de avaliação e discussão sobre os achados desta pesquisa para o próprio Ministério da Saúde.

Considera-se que os produtos desta dissertação – as temáticas emergentes durante o processo de pesquisa, o mapeamento e a análise das práticas das eCR/DF, as propostas/recomendações feitas aos gestores e aos trabalhadores e as agendas inconclusas – possam fornecer elementos, colaborando com a qualificação destas equipes, informando e, principalmente, implicando gestores, trabalhadores e Instituições de Ensino e Pesquisa no compromisso de qualificação do SUS.

Espera-se que promover um estudo sobre um tipo específico de equipe de Atenção Básica, num contexto local singular (o DF), possa estender alguns de seus achados, discussões e propostas à qualificação dos Consultórios na Rua de um modo geral, assim como acredita-se que um olhar apurado sobre estas equipes específicas possa também contribuir na qualificação da AB como um todo, pois se pudermos aprender com estratégias e modos de atenção à saúde construídos em contextos de tamanha dificuldade talvez possamos transmitir este aprendizado a todas as demais equipes de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Texto para discussão: Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea; 2016.
2. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR), Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília-DF; 2008.
3. Lopes LE, organizador. *Caderno de atividades - tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
4. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. *Institui a Política Nacional para a População em situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e dá outras providências*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 24 dez. 2011; Seção 1, 16-7.
5. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Guia do projeto consultório de rua*. Brasília: SENAD; 2011.
6. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília; 2010.
7. Reis Junior AG. *Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2011.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília; 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 24 out. 2011; Seção 1, 48-55.
10. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. *Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes dos Consultórios na Rua*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 26 jan. 2012; Seção 1, 46-7.
11. _____. Ministério da Saúde. 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 [da] República Federativa do Brasil. 26 jan. 2012; Seção 1, 48.

12. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Consultas: equipes eCR*. 2017; [Acesso em abr 2017]. Disponível em: http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes_eCR.asp
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Formulário FORMSUS preenchido pelas equipes de Consultório na Rua - 103 equipes de todo o Brasil* [Internet]. Brasília, 2015. [Acesso em 10 maio 2016]. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.238, de 06 de junho de 2014. *Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 9 jun. 2014; Seção 1, 43.
15. Equipe de Consultório na Rua/Rio de Janeiro – Centro. Universidade Federal Fluminense. *Diretrizes, metodologias e dispositivos do Pop Rua*. 2014.
16. Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais. *A psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios*. Belo Horizonte: CRP; 2015.
17. Conselho Federal de Psicologia. *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: CFP; 2013.
18. Macareta IM. *Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua*. [Tese]. Niterói: Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal Fluminense; 2015.
19. 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.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.922, de 05 de setembro de 2013. *Altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 06 set. 2013; Seção 1, 65.
21. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. *Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências*. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 21 mai. 2014; Seção 1, 55.
22. Silva CGP. Eixos estruturais da práxis em saúde pública do Consultório na Rua POP RUA do Rio de Janeiro. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 57-68.
23. Teixeira M, Sampaio C, Soares M, Lima C, Antunes V, Lima JD, et al. Promoção de saúde: relato da experiência das equipes de Consultório na Rua Teias- Escola Manguinhos- Ensp/Fiocruz. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e*

- práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 68-86.
24. Simas RS, Souza D. Território de pedra. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 87-99.
 25. Manchini VM. Experiência da equipe ESF sem domicílio, da secretaria municipal de saúde de São Paulo. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 100-21.
 26. Munaretti I. Experiência da ESF sem domicílio de Porto Alegre. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 122-24.
 27. Jorge JS, Moreira RD. Consultório na Rua: trajetórias, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 125-36.
 28. Francisco G, Espíndola L. Consultório na Rua do Recife: uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na atenção primária a saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 137-46.
 29. Macerata IM. Experiência do POP RUA: implementação de “Saúde em movimento nas ruas”, no Rio de Janeiro, um dispositivo clínico/político na rede de saúde do Rio de Janeiro. *Rev. Polis e Psique*, 2013, 3(2): 207-19.
 30. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface*, 2014, 18(49): 251-60.
 31. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. *Caderno de Saúde Pública*, 2015, 31(7): 1497-504.
 32. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio com cuidado de territórios existenciais: atenção básica e rua. *Interface*, 2014, 18 (supl.1): 919-30.
 33. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Revista Saúde e Debate*, 2015, 39: 246-56.
 34. Souza VCA, Pereira AR, Gontijo DT. A experiência no serviço de consultório na rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Caderno de Terapia Ocupacional*, 2014, 22: 37-47.

35. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. *Pesquisa Censo sobre a População em Situação de Rua*, 2013. [Acesso em 10 maio 2016]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smds/exibeconteudo?id=4607334>.
36. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Consultas: equipes*. 2016; [Acesso em dez 2016]. Disponível em: http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp
37. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio a Gestão Estratégica* [Internet]. Brasília, 2016. [Acesso em 10 maio 2016]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
38. Silva FM. A Psicossociologia Francesa como abordagem teórico-metodológica para a pesquisa em serviços de saúde. In: Azevedo CS, Sá MC, organizadores. *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 209-32.
39. Castro EM, Araújo JNG, Mata Machado MN, Roedel S, organizadores. *Psicossociologia: análise e intervenção*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
40. Barus-Michel J. *O sujeito social*. Belo Horizonte: PUC-Minas; 2004.
41. Azevedo CS. A abordagem de narrativas de vida como um caminho de pesquisa em saúde. In: Azevedo CS, Sá MC, organizadores. *Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 131-51.
42. Lévy A. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
43. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2003, 23(4): 64-73.
44. Aguiar KF, Rocha ML. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. *Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política*, 1997, 3(4): 87-102.
45. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
46. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
47. Manzini EJ. A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 1990-1991, 26/27:149-58.
48. Lakatos EM, Marconi MA. *Técnicas de pesquisa*. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1996.
49. Gomes MES, Barbosa EF. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Educativa: Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais* [Internet], 1999, [Acesso em 20 dez. 2015]. Disponível em: http://www.tecnologiaprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf

50. Brown J, Isaacs D. The World Café: awakening collective intelligence and committed action. In: Steele RD. *Collective Intelligence: creating a prosperous world at peace*. Virginia: Network; 2008.
51. Mandeli MC, Roland MI, Souza G, Germani AC, Gouveia N, Dias SL. “Catando e reciclando saúde”: Relatos do 1º encontro universidade – movimento nacional de catadores de recicláveis. *Cadernos Gestão Social*, 2013, 4(2): 285–95.
52. The World Café Community Foundation. *Café to go: a quick reference guide for hosting world café*. 2015. [Acesso em 10 fev. 2017]. Disponível em <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-Go-Revised.pdf>
53. Bertolozzi MR, Takahashi RF, Nichiata LYI. Vulnerabilidades em saúde do adulto. In: Kalinowski CE, Martini JG, Felli VEA, organizadoras. *Programa de Atualização em Enfermagem em Saúde do Adulto (PROENF/SA): Ciclo 2/Módulo 4*. Porto Alegre: ABEn/Artmed; 2008. 9-24.
54. Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saúde Coletiva*, 2007, 12(2): 319-24.
55. Ayres JRCM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. *Bol Epidemiol*. 1997, 15(3): 2-4.
56. Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*, 2011, 17(2): 29-40.
57. D´Aguiar JMM. *O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Mestrado em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz; 2001.
58. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad. Saúde Pública*, 2008, 24(3): 663-74.
59. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LC de O, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-60.
60. Dagani VC. *A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde*. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
61. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. Brasileira de Epidemiologia* [Internet] 2008, [Acesso em 10 fev 2010], 11(4): 633-47. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000400011&lng=en&nrm=iso.
62. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*, 2008, 42(6): 1041-52.
 63. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet], 2007 [Acesso em 12 fev 2017], 20(1): 12-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01032100200700010000&lng=en&nrm=iso.
 64. Ramos DR, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2003, 19(1): 27-34.
 65. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004, 20(2): 5190-8.
 66. Oliveira AC, Simões R, Andrade MV. *A relação entre a Atenção Primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros*. Texto para discussão nº 363, Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
 67. Rocha JSY, Caccia Bava MCGG. A atenção básica na construção da saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2009, 14(supl 01): 1336-45.
 68. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência Saúde Coletiva* [Internet], 2009 [Acesso em 24 fev 2017], 14(supl 1): 1325-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800002&lng=en&nrm=iso.
 69. Almeida PF de, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, 2011, 29(2): 84-95.
 70. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: n.14; 2007.
 71. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2004 [Acesso em 11 fev 2017], 4(3): 317-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=pt&nrm=iso.
 72. Chioro A, Scaff A. *Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

73. Organização Pan Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde [RIPSA]. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2 ed. Brasília: OPAS; 2008.
74. Informação. In: *Dicionário Eletrônico Aurélio*. Rio: Nova Fronteira, 1996.
75. Rouquayrol MZ. Medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC da. *Epidemiologia e saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993. p. 23-71.
76. Carvalho AO, Eduardo MB de P. *Sistema de informação em saúde para municípios*. v. 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).
77. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica: AIDS e Hepatites Virais*. 5 ed. Brasília: 2002. p. 61-74.
78. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS*. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 1995.
79. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
80. Nunes AA, Caccia-Bava MCGG, Bistafa MJ, Pereira LCR, Watanabe MC, Santos V, Domingos NAM. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med*, 2012, 36(1): 27-32.
81. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 726p, 2004.
82. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Consultas: equipes Nasf*. 2017; [Acesso em abr 2017]. Disponível em: http://cnes.datasus2.gov.br/Lista_Tot_Equip.es.asp

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS COM OS GESTORES (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa de mestrado intitulada “As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua, no Distrito Federal”, conduzida por Marcelo Pedra Martins Machado, mestrando do Curso de Políticas Públicas em Saúde, orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria Fabiana Damásio, na FIOCRUZ/DF. Este estudo tem por objetivos sistematizar as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCR), no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica, no DF. Você foi selecionado(a) por ser trabalhador de uma eCR.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer natureza. Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista individual sobre as práticas em uma eCR, do DF. As questões da entrevista foram elaboradas pelo pesquisador Marcelo Pedra Martins Machado, que fará também a análise e sistematização das suas respostas para responder à pergunta da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Marcelo Pedra Martins Machado. Endereço: QRSW 8A, Bloco 5, ap. 206, Sudoeste, Brasília; marcelopedra@bol.com.br, telefones 21 969291617, ou 61 33155903.

Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília: Endereço Avenida L3 Norte, s/n, Campus Darcy Ribeiro, Gleba A. CEP: 70910-900 – Brasília/DF. Telefone: (61) 3329 4500.

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

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa de mestrado intitulada “As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua, no Distrito Federal”, conduzida por Marcelo Pedra Martins Machado, mestrando do Curso de Políticas Públicas em Saúde, orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria Fabiana Damásio, na FIOCRUZ/DF. Este estudo tem por objetivos sistematizar as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCR), no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica, no DF. Você foi selecionado(a) por ser trabalhador de uma eCR.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer natureza. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre as práticas em uma eCR, do DF, temas referentes ao trabalho em uma eCR. O questionário será elaborado pelo pesquisador Marcelo Pedra Martins Machado, que fará também a análise e sistematização das suas respostas para responder à pergunta da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Marcelo Pedra Martins Machado. Endereço: QRSW 8A, Bloco 5, ap. 206, Sudoeste, Brasília; marcelopedra@bol.com.br, telefones 21 969291617, ou 61 33155903.

Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília: Endereço Avenida L3 Norte, s/n, Campus Darcy Ribeiro, Gleba A. CEP: 70910-900 – Brasília/DF. Telefone: (61) 3329 4500.

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

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NO CAFÉ MUNDIAL (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa de mestrado intitulada “As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua, no Distrito Federal”, conduzida por Marcelo Pedra Martins Machado, mestrando do Curso de Políticas Públicas em Saúde, orientado pela Prof.^a Dr.^a Maria Fabiana Damásio, na FIOCRUZ/DF. Este estudo tem por objetivos sistematizar as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCR), no trabalho junto à população em situação de rua, na Atenção Básica, no DF. Você foi selecionado(a) por ser trabalhador de uma eCR.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não é remunerada nem implicará gastos de qualquer natureza. Sua participação nesta pesquisa consistirá em discutir em grupo com outros trabalhadores de eCR, do DF, temas referentes ao trabalho em uma eCR. O pesquisador Marcelo Pedra Martins Machado fará a análise e sistematização da sua participação no grupo para responder à pergunta da pesquisa. O grupo será conduzido pelo mesmo pesquisador, com a ajuda de pesquisadores auxiliares.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos (ou instituições) participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Marcelo Pedra Martins Machado. Endereço: QRSW 8A, Bloco 5, ap. 206, Sudoeste, Brasília; marcelopedra@bol.com.br, telefones 21 969291617, ou 61 33155903.

Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília: Endereço Avenida L3 Norte, s/n, Campus Darcy Ribeiro, Gleba A. CEP: 70910-900 – Brasília/DF. Telefone: (61) 3329 4500.

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

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Marcelo Pedra Martins Machado, Psicólogo, mestrando do Curso de Políticas Públicas em Saúde, na FIOCRUZ/DF, convido você para participar da pesquisa “As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua, no Distrito Federal”, que tem como objetivo descrever e analisar as práticas das equipes de Consultório na Rua. Tal pesquisa auxiliará para a elaboração da dissertação de mestrado, orientado pela Prof.^a Dr.^a Fabiana Damásio, da FIOCRUZ/DF.

Sua contribuição é fundamental para obtenção de dados que aprofundarão a reflexão acerca do tema trabalhado.

A qualquer momento da realização desse estudo você poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários. Sua participação é completamente voluntária, sendo assim, você pode desistir de participar da entrevista em qualquer momento da mesma, não havendo nenhum tipo de prejuízo ou penalidade. A entrevista deverá ser gravada, entretanto, em caso de constrangimento, poderá se negar a responder qualquer pergunta, ou solicitar a suspensão parcial ou total da gravação realizada.

As informações obtidas são confidenciais, sendo usadas para fins unicamente acadêmico-científicos e apresentados na forma de dissertação de mestrado, não sendo utilizadas para qualquer outro fim.

Qualquer dúvida que surgir a respeito dessa pesquisa, você poderá entrar em contato comigo no endereço eletrônico: marcelo.pedra@saude.gov.br ou pelo telefone (21) 96929-1617.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo.

Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta pesquisa, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

Consentimento Após o Esclarecimento

Eu, _____,
portador(a) do documento de identificação _____, declaro
que estou ciente dos objetivos dessa pesquisa, de ter compreendido as informações dadas pelo
pesquisador, que por livre e espontânea vontade aceito participar da pesquisa intitulada
pesquisa “As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de Consultório na Rua, no Distrito
Federal”. Permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da
mesma.

Brasília, _____, de _____ de _____.

Assinatura da/o participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE E – INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA O CAFÉ MUNDIAL COM OS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA/DF

Local e Data:

Nome e formação dos participantes:

- 1.
- 2.
- 3.

Questões disparadoras para as rodadas do Café Mundial com os trabalhadores (eCR do Plano Piloto, Taguatinga e Ceilândia):

1. Vulnerabilidade:

Como vocês entendem vulnerabilidade, referida ao seu trabalho com a PSR?

Quais as principais situações de vulnerabilidade encontradas no processo de trabalho de vocês?

Como vocês lidam com estas situações?

2. Resolutividade:

O que vocês entendem por resolutividade, referida ao seu trabalho com a PSR?

Como a relação com a rede local interfere na resolutividade?

Quais são os efeitos das eCR junto à pop rua e junto à rede?

3. Indicadores:

Quais são os indicadores existentes como parâmetros de avaliação do trabalho da eCR?

Quais indicadores que avaliariam melhor o trabalho da eCR? Considere:

1. Processo de trabalho
2. Resultados alcançados

Como os indicadores podem ser incorporados no cotidiano da eCR?

APÊNDICE F - INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA AS ENTREVISTAS COM OS GESTORES DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA/DF

Local e Data:

Formação:

Tempo de formado:

Função:

Tempo de atuação como gestor:

Tempo de atuação como gestor no GDF:

Entrevista com os gestores (Coordenação de AB/GDF e referência específica para as eCR):

1. Como foi a constituição das eCR no DF?
2. Como é a atuação das eCR no DF? (Como se caracteriza o trabalho das eCR nas ruas e nas unidades da rede – UBS, CAPS, Centro Pop, CREAS e entidades não governamentais?)
3. Quais as principais demandas das eCR?
4. Como está estruturada a rede que oferece suporte às eCR?
5. Quais são as principais ofertas da gestão para as eCR (foi ofertada alguma qualificação inicial, EP, apoio institucional)?
6. Como a PNAB é considerada no trabalho da eCR?
7. Como são avaliados os efeitos das eCR junto a pop rua e junto a rede (P. Piloto, Taguatinga e Ceilândia)?
8. Como gestor, quais são os desafios para consolidação das ações das eCR?

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES DAS eCR

Caros trabalhadores das equipes de Consultório na Rua,

Estamos realizando uma pesquisa sobre a configuração do trabalho das equipes de Consultório na Rua. Tal pesquisa faz parte do trabalho desenvolvido no Mestrado em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fiocruz de Governo - Fiocruz/DF. Nesse sentido, gostaria de te convidar a responder este questionário, que durará em média 10 minutos. Ressalto que a sua participação será essencial para o cumprimento dos objetivos da pesquisa em questão.

Desde já, agradeço a sua participação.

Marcelo Pedra

Mestrando em Políticas Públicas em Saúde

Parte 1: Processo de trabalho e ofertas da equipe

Quais são os atendimentos, atividades e serviços ofertados aos usuários?

<input type="checkbox"/> Atendimento individual	<input type="checkbox"/> Distribuição de medicamentos
<input type="checkbox"/> Grupos terapêuticos	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Grupos de acolhimento	<input type="checkbox"/> Pré-natal
<input type="checkbox"/> Grupos de sala de espera	<input type="checkbox"/> Distribuição de preservativos
<input type="checkbox"/> Oficinas	<input type="checkbox"/> Retirada de pontos de cirurgias básicas
<input type="checkbox"/> Ações coletivas de promoção da saúde	<input type="checkbox"/> Coleta de Citopatológico de Colo Uterino
<input type="checkbox"/> Sutura Simples	<input type="checkbox"/> Drenagem de Abscesso
<input type="checkbox"/> Testagem para: Gravidez; HIV; Hepatite C; ou Sífilis	<input type="checkbox"/> Outros:

Em uma escala onde um (1) é pouco importante e sete (7) é fundamental, avalie os itens abaixo em relação aos critérios para definição que um usuário está sendo acompanhado pela eCR:

1. Vínculo com o usuário com um trabalhador, ou com a eCR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
2. Um trabalhador, ou a eCR conhecer o usuário e o caso em detalhes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
3. Ter um diagnóstico para o caso e um plano de trabalho definidos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
4. Compartilhamento do caso entre os membros da eCR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
5. Compartilhamento do caso com outras equipes, ou serviços da rede	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

Quais são as principais referências que embasaram a sua inserção inicial no trabalho na eCR?

- Manual de Cuidado junto à População em Situação de Rua – MS
- Orientações dos Conselhos Profissionais
- Documentos produzidos por outras equipes
- Artigos acadêmicos
- Documentos produzidos pela gestão local sobre perfil epidemiológico, sociodemográfico, cultural do território
- Visitas técnicas a outras experiências de eCR
- Supervisão com profissionais de referência
- Reuniões com outros serviços
- Cursos, palestras, workshops e oficinas sobre a temática
- Outros: _____

Nos últimos doze (12) meses você participou de alguma qualificação para este trabalho?

- Sim Não

Este é seu único trabalho remunerado?

- Sim Não

Como você avalia suas condições de trabalho?

- Muito boas Boas Razoáveis Ruins Péssimas

No seu cotidiano de trabalho, você costuma compartilhar casos com:

- UBS de referência
- Demais UBS
- CAPS
- CAPS AD
- Ambulatórios especializados
- Centro Pop
- Equipe de Abordagem Social
- Abrigos Institucionais
- CREAS
- CRAS
- Ambulatórios especializados
- Comunidade terapêutica
- Hospital psiquiátrico
- NASF
- Outros: _____

No seu cotidiano de trabalho, quais são os serviços para os quais você mais encaminha os seus casos:

- UBS de referência
- Demais UBS

- CAPS
- CAPS AD
- Centro Pop
- Equipe de Abordagem Social
- Abrigos Institucionais
- CREAS
- CRAS
- Ambulatórios especializados
- Comunidade terapêutica
- Hospital psiquiátrico
- NASF
- Outros: _____

Você considera que um usuário está reinserido quando:

1. Retorna para a família
2. Saí das ruas
3. Vai para uma casa
4. Utiliza outros serviços públicos de maneira autônoma
5. Amplia seus vínculos afetivos
6. Adere as propostas de tratamento de eCR
7. Tem uma vida escolar
8. Trabalha

Vocês criaram indicadores para monitorar e avaliar o trabalho da eCR?

Sim Não. Caso sim, cite os quatro principais:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Qual a importância das eCR para as redes locais (P. Piloto, Taguatinga e Ceilândia)?

Parte 2: Dados sociodemográficos

Idade: _____ anos

Escolaridade: _____

Formação: _____

Maior titulação: _____

Tema da sua maior titulação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo na eCR: _____

Outra experiência profissional: _____