

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Luiz Guilherme Leal Ferreira Filho

**A prática médica do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro na perspectiva da
clínica ampliada**

Rio de Janeiro

2020

Luiz Guilherme Leal Ferreira Filho

**A prática médica do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro na perspectiva da
clínica ampliada**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Alda Lacerda.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a. Mirna Barros
Teixeira.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: The medical practice of the “Consultório na Rua” team in the city of Rio de Janeiro from the perspective of the comprehensive care.

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

F383p Ferreira Filho, Luiz Guilherme Leal.
A prática médica do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro na perspectiva da clínica ampliada / Luiz Guilherme Leal Ferreira Filho. -- 2020.
95 f. : il. color. ; mapas

Orientadora: Alda Lacerda.
Coorientadora: Mirna Barros Teixeira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Prática Profissional. 5. Médicos.
6. Estratégia de Saúde da Família. 7. Clínica Ampliada. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098153

Luiz Guilherme Leal Ferreira Filho

**A prática médica do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro na perspectiva da
clínica ampliada**

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

Aprovada em: 09/11/2020

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Marise de Leão Ramôa
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a. Elyne Montenegro Engstrom
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a. Mirna Barros Teixeira (Coorientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Prof.^a Dr.^a. Alda Lacerda (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus sobre todas as coisas, pois tornou possível a realização deste trabalho.

Agradeço às pessoas incríveis que fizeram e fazem parte da minha vida e foram fundamentais em minha formação e na constituição de quem eu sou.

Agradeço a minha família querida que sempre apoiou meus desafios acadêmicos, por mais difíceis que inicialmente parecessem.

Agradeço aos colegas da equipe de Consultório na Rua de Realengo, ou melhor ao CnaR da CAP 5.1, por todo aprendizado adquirido neste serviço. Obrigado Marco Aurélio, Aline e Andris, parceiros de trabalho e de vida.

Agradeço aos companheiros da minha turma de mestrado, pessoas lindas e apaixonadas pela Atenção Básica, que levarei sempre comigo em amizade.

Aos professores, especialmente às minhas queridas orientadoras Alda Lacerda e Mirna Teixeira, agradeço a paciência, disponibilidade, carinho e compreensão, sempre.

Agradeço a Elyne Engstrom por ter acreditado neste sonho desde o primeiro momento.

Enfim, não poderia deixar de agradecer a todos que compartilharam comigo momentos de convivência e me ensinaram a lidar com a delicada relação entre nossos limites e desejos.

RESUMO

As equipes de Consultório na Rua, constituem um dos principais eixos articuladores das experiências de promoção de cuidado integral para a população em situação de rua no Brasil. Analisamos a prática médica destas equipes por meio de uma abordagem qualitativa tendo como ponto de partida o material empírico coletado pela pesquisa fonte intitulada “Avaliação da efetividade do modelo de atenção primária à saúde das equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro” entre 2016 e 2017. Resultados: Observamos uma crescente incorporação de atividades do campo da saúde e da clínica ampliada no processo de trabalho destes profissionais. Novas funções para a prática médica passaram a ser exercidas rumo a integralidade do cuidado, tornando a práxis médica mais permeável aos efeitos das territorialidades. Foi identificada a satisfação do profissional com o trabalho realizado, favorecendo sua permanência na localidade e, conseqüentemente, a maior garantia de longitudinalidade do cuidado. Conclusão: As características da prática médica das equipes Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro vêm mostrando que é possível construir um cuidado fundamentado na clínica ampliada que, a partir do trabalho em equipe, se manifeste como um campo de resistência em defesa do SUS.

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Consultório na Rua, Prática Médica, Clínica Ampliada, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The teams “Consultório na Rua” constitute one of the main articulating axes of experiences of promoting comprehensive care for the homeless population in Brazil. We analyzed the medical practice of these teams through a qualitative approach based on the empirical material collected by the source research entitled "Evaluation of the effectiveness of the primary health care model of the teams “Consultório na Rua” in Rio de Janeiro city” between 2016 and 2017. Results: We observed a growing incorporation of activities in the field of health and the expanded clinic in the work process of these professionals. New functions for medical practice began to be exercised towards the integrality of care, making medical praxis more permeable to the effects of territorialities. The professional's satisfaction with the work performed was identified, favoring their stay in the locality and, consequently, the greater guarantee of longitudinality of care. Conclusion: The characteristics of the medical practice of the teams “Consultório na Rua” in Rio de Janeiro city have shown that it is possible to build a fundamental care in the expanded clinic that, from teamwork, manifests itself as a field of resistance in defense of the SUS.

Keywords: Homeless People, “Street Clinic” team, Medical Practice, Comprehensive Care, Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição de famílias em situação de rua no Cadastro Único Brasil, 2019.....	22
Quadro 1 – Principais características dos levantamentos censitários sobre PSR.....	23
Figura 2 – Localização dos consultórios na rua na cidade do Rio de Janeiro.....	25
Quadro 2 – Comparação entre os conceitos de território, territorialidade e rede.....	36
Quadro 3 – Lista de atividade de campo da APS.....	40
Quadro 4 – Atribuições profissionais nos diferentes documentos.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIAMP Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
EPS	Educação Popular
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário MDSA
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos
MNPR	Movimento Nacional de População de Rua
MRJ	Município do Rio de Janeiro
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PEP	Prontuários Eletrônicos
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos (RD).
SBMFC	Sociedade de Medicina de Família e Comunidade
SISREG	Sistema de Regulação
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistencial Social
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3.	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONCEITOS NORTEADORES	19
3.1	É POSSÍVEL MENSURAR A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA POR MEIO DE CENSOS DEMOGRÁFICOS?	19
3.2	O CONSULTÓRIO NA RUA COMO DISPOSITIVO DE POLÍTICA PÚBLICA: PRINCÍPIOS, CONCEITOS NORTEADORES E NORMATIVAS ESTRUTURANTES	26
3.3	ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO DO CONSULTÓRIO NA RUA: FUNDAMENTOS HISTÓRICO-NORMATIVO DE SEU PROCESSO DE TRABALHO	37
4.	METODOLOGIA	45
4.1	RECORTE ANALÍTICO DA PESQUISA	46
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	A FUNÇÃO DO MÉDICO DO CONSULTÓRIO NA RUA	52
5.2	BARREIRAS À PRÁTICA MÉDICA DO CONSULTÓRIO NA RUA E SUAS ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE SUPERAÇÃO	61
5.2.1	Persistência do paradigma biomédico e sucateamento da Atenção Primária no Brasil	62
5.2.2	Dificuldades em gerir o cuidado a partir do uso de tecnologias de informação: SISREG, prontuários eletrônicos e sistemas de avaliação e monitoramento	66
5.2.3	Deficiência de insumos estruturais para a prática médica dos Consultórios na Rua	69
5.2.4	Violência urbana, afetos e as dificuldades inerentes ao trabalho multiprofissional das equipes de Consultório na Rua	72
5.2.5	Dificuldades no trabalho intersetorial	75
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE - TRAJETÓRIA DO CONSULTÓRIO NA RUA COMO ESTRATÉGIA DE POLÍTICA PÚBLICA	95

PRÓLOGO

Sou médico. Esse fato impôs crenças e modos de agir destinados a mim, normas e regras que comandariam grande parte das relações que eu estabeleceria com o outro e com as diversas formas de organização da sociedade. Um pacto silencioso e tácito, uma expectativa de comportamento dentro de um papel social que se concretizaria no cotidiano de minha prática.

Acontece que o viver em sociedade mudou rapidamente nos últimos anos. Vivi de perto o início da epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Presenciei os movimentos sociais que eclodiam nessa década e se organizavam na luta contra os estigmas direcionados as pessoas portadoras de vírus da imunodeficiência humana (HIV) e que depois foram ampliadas a outros grupos populacionais. Aos poucos crescia em mim o desejo por garantia de direitos de cidadania que fossem universais, pois me percebia potencialmente vulnerável às mesmas coisas que afligiam meus pacientes: Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), violência, instabilidade econômica, por exemplo. Me reconhecer vulnerável me aproximaria das experiências de quem eu iria cuidar e me faz entender que a vida das pessoas pode ser atravessada por diversas formas de violação de direitos.

Demorei anos para assumir essa percepção como vantagem e não como empecilho à minha práxis. Eu me aproximaria do “outro” por meio do interesse genuíno em perceber o que não havia sido revelado diretamente durante a consulta, mas que ganhava voz pela convivência. Comecei então a experimentar os primeiros passos no distanciamento do discurso hegemônico da faculdade de medicina buscando nos corredores, sala de espera e rodas de conversa, ambientes alternativos de escuta qualificada.

Somente anos mais tarde fui entender que a essa proximidade se daria o nome de vínculo e que ele se tornaria a base do complexo jogo das relações interpessoais praticadas no processo de trabalho no Consultório na Rua (CnaR). Essa prática de ficar disposto a ouvir o paciente não era fruto de nenhuma técnica aprendida na faculdade. Era sim um instintivo reflexo da minha própria necessidade de superar o modelo biomédico para aumentar a efetividade do cuidado que tentava produzir. Essa proximidade com o paciente me dava a chance de perceber coisas que o exame físico e anamnese dos colegas por vezes não percebiam: Uso prejudicial de álcool e outras drogas, situação econômica precária e sexualidade frequentemente eram negligenciados como fatores de adoecimento. Assim, quanto mais eu me permitia construir esse vínculo mais me distanciava do modelo médico tradicional e experimentava diferentes formas de exercer a medicina. Assumi que, dali em diante, meu encontro com o paciente direcionaria

o cuidado e não o contrário. Mas não era mais possível para mim cuidar das pessoas sem compreender melhor como suas diversas demandas eram influenciadas pelas escolhas de vida que faziam. Percebi que a medicina não tinha resposta para tudo. Foi esse caminho que me levou na direção da clínica ampliada:

Em 2015 fui convidado para participar da implantação do CnaR de Realengo, zona oeste do Rio de Janeiro, onde trabalho até hoje. O conjunto de práticas do CnaR se unia de forma inovadora à Estratégia de Saúde da Família para promover acesso e integralidade do cuidado à população em situação de rua (PSR). O desafio que enfrentaria a partir de então era a articulação do trabalho em equipe ampliada da Atenção Primária a Saúde (APS) para atender as necessidades do usuário. Junto a isso a atuação intersetorial, um desafio ainda em construção, era pouco contemplada pelos protocolos clínicos de assistência.

Paradoxalmente a equipe multiprofissional começou a manifestar um estranhamento pelo meu interesse em participar de atividades consideradas “não nucleares” da profissão médica como acolhimento, cadastro, aconselhamento, reuniões de supervisão, atividades coletivas de discussão. Naquele momento havia um importante tensionamento entre os paradigmas da Saúde Mental e da Atenção Básica e pouco espaço para a construção conjunta de “protocolos clínicos”.

Hoje percebo que toda essa tensão era um sintoma da extrema dificuldade dos profissionais em se apropriar adequadamente das noções de campo e núcleo de nossas profissões (CAMPOS, 2000). Havia o déficit de capital cultural no acesso a bens simbólicos sobre o que seria trabalhar em equipe (BOURDIEU; PASSERON, 1990).

É importante destacar que superar as dificuldades de integração da equipe de saúde não deve ser considerado um processo que se dê pacífica ou espontaneamente pelo mero agrupamento de profissionais, mas sim parte importante do processo de trabalho do CnaR que deve estimular a inserção horizontal dos seus integrantes e auxiliar no desenvolvimento das práticas coletivas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Em meio a todo esse aprendizado minha prática médica foi modificada pela proximidade com os usuários e pelos arranjos interdisciplinares que experimentei nas diversas fases do amadurecimento do meu trabalho. Posso dizer que transformei minha práxis por meio das experiências sociais a que fui exposto e que pude transformar a quem se permitiu ser contaminado pela minha prática. O poder transformador das práticas interdisciplinares do campo da saúde sobre o núcleo de minha profissão foi tão intenso que me induziu a produzir

essa pesquisa para evidenciar alguns de seus reflexos nos demais colegas de profissão e não permitir que toda essa potência seja invisibilizada.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, até a década de 80, as estratégias de acolhimento, cuidado em saúde e outras possibilidades de vida para a População em Situação de Rua (PSR) frequentemente ficavam na dependência do trabalho realizado por instituições sociais e religiosas (ROSA; SANTANA, 2018). Historicamente a prática de cuidado a este grupo populacional enfrentou diversas dificuldades, iniciando pela multiplicidade de definições existentes sobre as características da “população de rua”. O avanço para a delimitação de um conceito nacional só foi possível por meio da mobilização de sociedade civil e movimentos sociais junto ao Governo Federal, em especial o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), que a partir de 2006 iniciaram um amplo processo de estudos e elaboração de propostas que culminaram na publicação do Decreto 7053/2009 (BRASIL, 2009).

O decreto instituiu a Política Nacional da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), identificando a PSR com as seguintes características:

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

Conjuntamente a essas características o viver na rua traz em seu cotidiano um contexto de vulnerabilidade modulado por fatores socio-sanitários, contexto de violência, exposição a fatores de risco de adoecimento, estigmas e preconceitos sociais que dificultaram historicamente o acesso desta população aos serviços de saúde. Com o objetivo de ampliar o acesso à rede de atenção e ofertar cuidado integral à saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a) criou equipes de atenção básica específicas para a população de rua, denominadas de Consultórios na Rua. A criação dessas equipes se fundamentou na junção das experiências exitosas da Estratégia de Saúde da Família sem domicílio das cidades de Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba, entre 2002 e 2010, com o programa Consultório de Rua voltado para ações de redução de danos e saúde mental em usuários em situação de rua e uso prejudicial de álcool e outras drogas na cidade de Salvador (BRASIL, 2012a).

As equipes de CnaR ganharam uma composição variável de profissionais, tais como enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, com a perspectiva de um trabalho interdisciplinar mais ampliado do que a Estratégia de Saúde da Família e equipes de saúde mental poderiam oferecer isoladamente. As equipes têm a responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua em conjunto com a APS, realizando nos espaços comunitários, território e unidades de saúde, atividades itinerantes, compartilhadas e integradas com os outros pontos da rede de atenção à saúde. Em Municípios que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral à PSR segue sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 20017 a).

Assim, conforme a necessidade, o cuidado é construído com o usuário no próprio território com foco em suas questões subjetivas, individuais e coletivas. Dentre as atividades praticadas pela equipe, destacam-se o apoio a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, assistência social, defensoria pública e o fomento a educação em saúde, educação popular e atuação intersetorial. As equipes também realizam ações de mobilização da sociedade e atividades de comunicação intersetorial com o objetivo de influenciar tomadores de decisão na mudança ou na criação de políticas públicas que ajudem a resolver ou minimizar problemas sociais da PSR. Essas atividades, por meio da construção de uma clínica ampliada, visam o cuidado integral da PSR.

Em síntese, o CnaR como equipe integrante da APS, procura oportunizar à PSR a vivência coordenada de ações direcionadas ao cuidado integral, pois “estar na rua” não significa obrigatoriamente estar ou ser doente, mas exige que cuidados diferenciados sejam oferecidos a essas pessoas, identificando e colaborando na construção compartilhada de estratégias que supram suas necessidades. Ao optar pela clínica ampliada como forma de operar a integralidade do cuidado, conceito polissêmico e de concepção difusa e complexa no SUS (MATTOS, 2006), as equipes procuram adotar o conceito ampliado de saúde, abandonam o especialismo em favor da construção de um campo de atenção psicossocial mais abrangente e buscam aumentar a autonomia do usuário, famílias e comunidade frente aos serviços de saúde e às suas dificuldades (BASÁGLIA, 2005). A clínica ampliada, portanto, objetiva integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas de saberes na busca de um cuidado e tratamento individualizado por meio da criação de vínculo com o usuário, nos diversos níveis de atenção, em especial na

Atenção Primária a Saúde (APS), incorporando a noção de vulnerabilidade e risco presentes no território às suas ações de planejamento em saúde.

Após refletir sobre os últimos 05 anos de minha própria atividade laboral na equipe do Consultório na Área Programática da Saúde 5.1 identifiquei uma diversidade de práticas cotidianas presentes no trabalho médico de CnaR que foi estimulada pela vivência da multiprofissionalidade na direção da interdisciplinaridade / interprofissionalidade. Esta diversidade parece responder à multiplicidade de contextos territoriais, processos de implantação das equipes e às variadas formas de inserção da prática médica no trabalho em equipe multiprofissional com a PSR. E, embora tenha ficado evidente a importância do trabalho em equipe para o SUS, é necessário ressaltar que existem poucas publicações científicas que se dediquem a compreender como o trabalho médico se adapta e potencializa a produção do cuidado integral, em especial quando inserido em uma equipe multiprofissional, dedicado às populações submetidas a processos de exclusão social, como a PSR.

Problemas habituais tais como insegurança alimentar, dificuldade de acesso a serviços de saúde, ausência de programas de habitação que contemplem PSR, escassez de itens de higiene e de proteção à contaminação pelo COVID, entre outras doenças negligenciadas, são frequentes na literatura (OLIVEIRA, 2018; TRINO *et al.*, 2020). Buscando minimizar essas fragilidades, o município do Rio de Janeiro (MRJ) tem atualmente sete equipes de Consultório na Rua que articulam o cuidado integral da PSR e valorizam o vínculo destas pessoas com o território e as suas relações comunitárias. Desta forma meu interesse na pesquisa é decorrente de minha prática profissional como médico de Família e Comunidade inserido no CnaR de Realengo.

Nesta trajetória percebi diferenças entre as equipes que possibilitaram a produção de uma rica e potente diversidade de ações de cuidado à população em situação de rua no município do RJ, principalmente no que se refere ao processo de práxis médica em sua interação com a equipe multiprofissional, usuários e construção de estratégias conjuntas de superação dos problemas cotidianos. Assim, diante desta multiplicidade de modos de produzir cuidado, percebo que muitas atividades realizadas pelos profissionais médicos não são contempladas, e nem conhecidas, pelos processos de planejamento e acompanhamento da gestão municipal.

A compreensão da dinâmica do processo de trabalho das equipes de CnaR, em especial na caracterização de sua prática médica no município do Rio de Janeiro, contribui para a identificação dos novos papéis e funções sociais que este profissional vem ocupando frente ao

cuidado à PSR. Dentro da perspectiva de produção do cuidado integral, o presente trabalho se volta para a análise da prática do médico do CnaR no município do Rio de Janeiro e tem o seguinte objeto de pesquisa: Como se materializa a prática médica quando inserida nas equipes de CnaR?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática médica exercida nas equipes do CnaR do município do Rio de Janeiro na perspectiva da clínica ampliada.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as práticas cotidianas do cuidado médico no Consultório na Rua;
2. Analisar a relação da prática médica com a equipe multiprofissional;
3. Identificar os desafios da prática médica na perspectiva da clínica ampliada.

3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONCEITOS NORTEADORES

Quando nos propusemos a pesquisar sobre pessoas que vivem nas ruas logo entendemos que há fatores vulnerantes em seu contexto de vida que as conduziram a viver nos logradouros públicos. A rua pode se constituir em um lugar de passagem para os que dormem circunstancialmente em logradouros públicos enquanto para outros representa uma permanência estabelecida por meio de uma intrincada rede de relações permeada pela pobreza, estigmas e preconceitos que parecem naturalizar essa condição (sub) humana de existência e vulnerabilidade:

O trabalho cotidiano na rua envolve uma série de questões importantes e interrelacionadas dos fatores socio-sanitários, contexto de violência, exposição a fatores de risco de adoecimento, dificuldades de acesso à educação e saúde, moradia e mercado de trabalho que dificultam historicamente o acesso desta população aos serviços de saúde, entre outros direitos de cidadania.

“Ainda que se trate de fenômeno multidimensional e complexo, teoricamente, a pobreza como conceito se relaciona fortemente a situações de privação econômica e exclusão social, o que, por sua vez, são fortemente associadas à probabilidade de a pessoa vivenciar uma situação de rua.” (NATALINO, 2016, p. 18)

Determinar o tamanho da População em Situação de rua (PSR), portanto, é uma das primeiras tarefas a ser realizada quando se deseja analisar como ela se relaciona com os espaços urbanos. Identificar sua magnitude nos fez refletir sobre quais as metodologias que vem sendo utilizadas para identificá-las.

3.1 É POSSÍVEL MENSURAR A PSR POR MEIO DE CENSOS DEMOGRÁFICOS?

A atividade de mensurar uma população exige mais do que mera contagem de pessoas. Exige que reconheçamos quem são as pessoas integrantes do grupo que desejamos estudar. É preciso entender quais são suas características e como atuam os fatores sociais que nela incidem e quais são suas vulnerabilidades.

O conceito de vulnerabilidade aqui utilizado representa a situação de fragilidade a que pessoas ou coletivos estão expostos ou suscetíveis. A suscetibilidade aos fatores vulnerantes é modulada pela maior ou menor disponibilidade de recursos de superação que o indivíduo possui

disponíveis para o enfrentamento das adversidades e que interferem na qualidade de seu acesso aos serviços de garantia de direitos (entre eles a saúde), seja por motivos sociais, económicos, ambientais ou outros (AYRES; CALAZANS *et al.*, 2003). A situação de vulnerabilidade as torna mais susceptíveis aos problemas que possam vir dessa exposição e para se combater os fatores vulnerantes se faz necessário ações especiais do Estado ou organizações sociais para diminuir danos e empoderar os desfavorecidos.

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que o usuário está inserido e a forma como estão organizados os serviços e rotinas das unidades básicas de saúde. O cuidado se inicia a partir do diagnóstico situacional, isto é, da observação das vulnerabilidades atuantes e de quais ferramentas estão disponíveis para o enfrentamento das necessidades sociais. O diagnóstico situacional permite conhecer como é a organização dos territórios em que se deseja atuar e fundamentar o planejamento estratégico das ações de cuidado e políticas públicas mais efetivas em relação aos problemas encontrados.

O cuidado exercido pelas equipes de CnaR tem como direcionamento a efetivação dos princípios do SUS e o aumento do acesso desta população a seus direitos de cidadania, considerando conjuntamente a rua, as unidades básicas de saúde (UBS) e as redes de atenção à saúde como planos fundamentais de atuação para a gestão e produção do cuidado que desafiam constantemente os princípios de universalidade, da equidade, integralidade e justiça social (MERHY; STEFANINI, 2015). Esse cuidado visa a realização de práticas mais integrativas, interdisciplinares e intersetoriais, compatíveis com o conceito ampliado de saúde, para construir o cuidado integral por meio da clínica ampliada, por entender que o modelo tradicional e conservador de assistência médico-centrada oferece opções limitadas para o enfrentamento das complexidades das demandas em saúde da PSR.

Entre os vários objetivos do trabalho das equipes de CnaR, ampliar o acesso aos serviços públicos de saúde costuma ser o mais conhecido. O conceito de acesso aponta para as condições que permitem a entrada do usuário na rede de serviços públicos de saúde e indica a relação entre as dificuldades e facilidades em se obter respostas efetivas às necessidades de saúde e pressupõe a remoção ou enfrentamento dos obstáculos para a efetivação das respostas necessárias às demandas. O conceito de acessibilidade muitas vezes é tratado como sinônimo de acesso, porém aqui o consideramos uma de suas dimensões que trabalha com a distância geográfica, tempo e

custo para a utilização dos serviços e ajuste entre as características da população e a oferta de serviços (JESUS; ASSIS, 2010).

Ao propor facilitar acesso, o CnaR está se referindo a uma prestação de assistência que seja resolutiva e com menos obstáculos para o tipo de problema de saúde exposto pelo usuário e não necessariamente a ser um “serviço de livre demanda” ou exclusivamente um aumento na oferta dos serviços.

A efetivação de um melhor acesso à PSR necessita de um levantamento censitário que traga embasamento técnico para a construção de políticas públicas e ações locais voltadas a esse público e possibilite a atuação sobre as dimensões técnica, econômica, política e simbólica, que compõem o acesso (JESUS; ASSIS, 2010). A dimensão técnica é representada pelos processos de organização dos serviços e territórios. A dimensão econômica traz a compreensão sobre as formas de superação das dificuldades financeiras e de subsistência dos usuários. As dimensões política e simbólica são representadas pelos princípios norteadores das políticas públicas e representações sociais sobre o processo saúde-doença, e a forma como o usuário se relaciona com os sistemas, respectivamente.

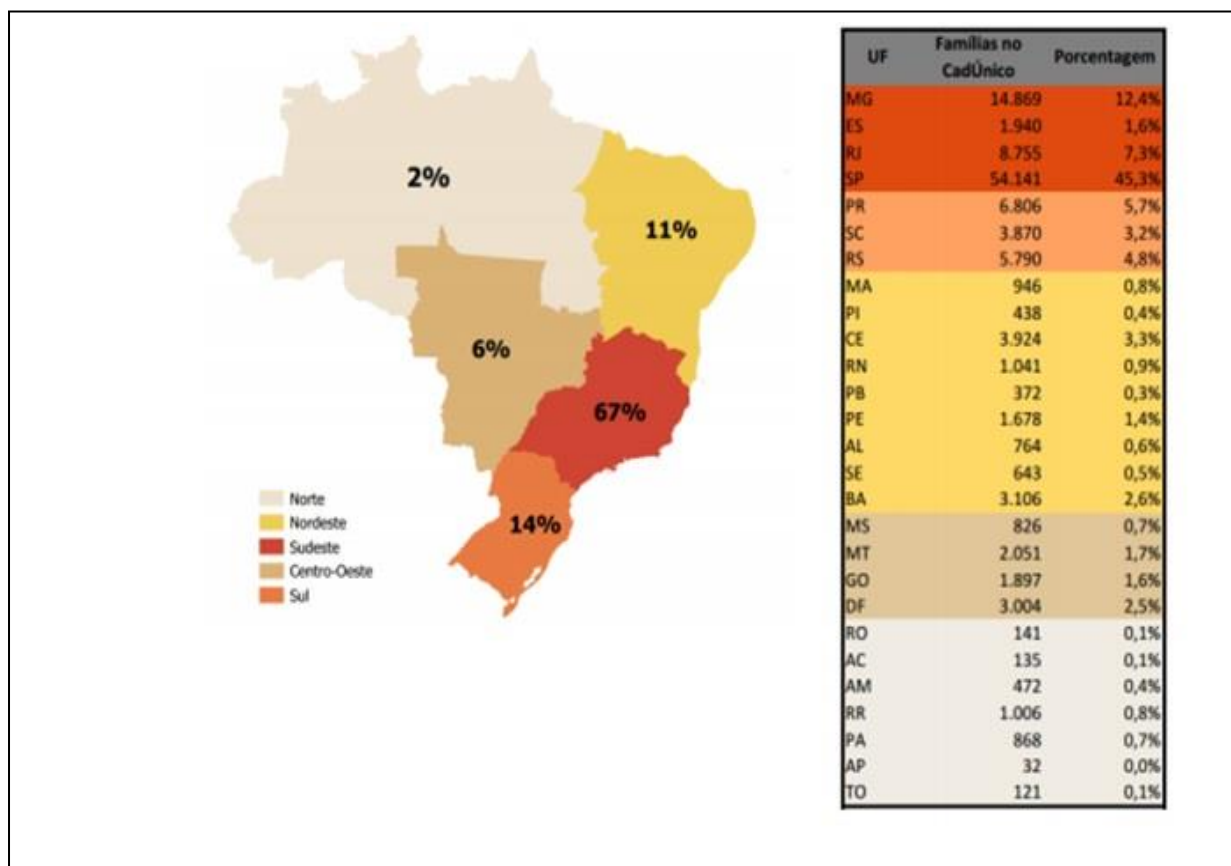
Ao analisarmos os censos e levantamentos regionais sobre o assunto, percebemos que o Brasil apresenta deficiência em produzir dados nacionais oficiais sobre a população em situação de rua, principalmente devido a incapacidade dos censos demográficos em identificar e dimensionar populações sem endereço formal (NATALINO, 2016).

Divergências de conceitos e metodologias utilizados nos levantamentos censitários têm dificultado a correta estimativa sobre a dimensão da PSR. O conceito de “habitações inadequadas” é um bom exemplo dessa discussão. Os censos utilizam esse conceito para identificar a característica de pessoas que, apesar de possuírem endereço, permanecem a maior parte de seu tempo nos logradouros públicos ou abrigados em instituições e albergues. Diferenciar os moradores efetivos de áreas abandonadas daqueles temporários, assim como incluir as pessoas que circulam por um determinado município a maior parte do dia, mas que são abrigados e/ou frequentam instituições de acolhimento em outros municípios é uma das fragilidades dos censos (NATALINO, 2016).

Meios indiretos de identificação da PSR tem sido adotado pelos governos e a cada novo levantamento nacional existe um esforço em incluir a PSR no Cadastro Único e Programas Sociais do Governo Federal. No período de agosto 2012 a março 2019 a quantidade de famílias em situação de rua registradas no Cadastro Único aumentou de 7.368 para o total de 119.636

famílias, o que corresponde a um aumento de 16 vezes (NATALINO, 2016). A distribuição destas famílias no Cadastro Único em 2019 demonstra que 67%, ou seja, 79.705 famílias, estavam cadastradas na região sudeste (figura 1).

Figura 1 – Distribuição de famílias em situação de rua no Cadastro Único Brasil, 2019



Fonte: CORTIZO, 2019.

Gradativamente, com o aumento da precisão dos levantamentos, os dados têm apontado uma trajetória constante de crescimento da PSR em todo o Brasil (SILVA *et al.* 2020). Desde 2006 importantes levantamentos tentam delimitar o crescimento da PSR (quadro 1).

Quadro 1 - Principais características dos levantamentos censitários sobre PSR

Nacional	Fonte	Estimativa	Peculiaridades
Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) 2008	(SILVEIRA, 2008) (NATALINO, 2016)	31.922 PSR. São Paulo, Recife, Belo Horizonte e Brasília não foram incluídos neste levantamento.	<ul style="list-style-type: none"> Investigou 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais Coleta: agosto/2007 e março/2008. Os levantamentos paralelos projetavam o adicional de PSR adultas: 10.399 em São Paulo, 916 em Belo Horizonte e 888 em Recife totalizando mais de 44.000 pessoas no mesmo período. (SILVEIRA, 2008)
Censo SUAS entre 2012 e 2019 Estimativa da população em situação de rua no Brasil, 2016.	(BRASIL, 2012b, 2014, 2017b, 2018) (NATALINO, 2016)	101.854 PSR em 2015	<ul style="list-style-type: none"> O Censo SUAS integra as informações dos questionários sobre Gestão Estadual, Gestão Municipal, Conselho Estadual de Assistência Social, Conselho Municipal de Assistência Social, Rede de Entidades Conveniadas Coleta de dados a partir de 2010; Centros POP incluídos a partir de 2011 e as Unidades de Acolhimento em 2012
Estimativa da população em situação de rua no Brasil, 2020 Nota Técnica em tempos de pandemia 2020	(NATALINO, 2020) (SILVA, Tatiana Dias, NATALINO, <i>et al.</i> , 2020)	220 mil PSR	<ul style="list-style-type: none"> Em 2020 o Censo nacional não incluirá a PSR, sendo emitida a nota técnica sobre PSR em tempos de pandemia. Coleta: setembro de 2012 a março de 2020
Monitoramento Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério da Cidadania (SAGI) 2019	(CORTIZO, 2019)	119.636 famílias	<ul style="list-style-type: none"> A quantidade de famílias em situação de rua registradas no Cadastro Único aumentou mais de 16 vezes. Coleta: agosto/2012 (7.368 famílias) a março/2019 (119.636 famílias). (Figura 1)
Rio de Janeiro	Referências	Estimativas	
Secretaria Municipal de Assistencial Social (SMASDH) 2006	(OLERJ, 2019)	estimou 1.682 PSR	A SMAS fez um levantamento entre 2003 e 2005, percorrendo 13 regiões do município à noite, abordado individualmente as PSR
CREAS, Centro-Pop e abrigos da cidade do Rio de Janeiro 2012 e 2015	(OLERJ, 2019)	Variaram de 7 mil a 17 mil PSR	A PSR triplicou de 5.580 para quase 15 mil.
Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH). 2016	(RUEDIGER, 2017)	14.279 PSR	O número de PSR estava muito acima da capacidade de abrigamento do município (19% do total de PSR)
SMASDH / IPP 2018 "Somos todos Cariocas"	(SMASDH/RJ, IPP, 2018)	4.628 PSR	O levantamento gerou controvérsia em relação a abrupta da redução da estimativa de PSR no MRJ
Painel de indicadores da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. 2018	(SUBPAV/RJ, 2018)	6471 usuários nas 07 equipes de CnaR no MRJ.	- - -

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Merecem destaque a nível nacional a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (SILVEIRA, 2008), Censo SUAS entre 2012 e 2019 (BRASIL, 2012b, 2014, 2017b, 2018), Estimativa da população em situação

de rua no Brasil em 2016 e 2020 (NATALINO, 2016, 2020) e Nota Técnica sobre PSR do Ministério da Cidadania (SILVA *et al.*, 2020).

O MRJ acompanhou essa proposta de dimensionar a PSR a nível local, tendo como principais levantamentos os da Secretaria Municipal de Assistencial Social de 2006 e 2016 (RUEDIGER, 2017), levantamentos do CREAS, Centro-Pop e abrigos da cidade do Rio de Janeiro de 2012 e 2015 (OLERJ, 2019), IPEA (NATALINO, 2016), a Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH), o Instituto Pereira Passos (IPP) em 2018 (SMASDH/RJ; IPP, 2018) e, por fim, o Painel de indicadores da Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV/RJ, 2018).

Os levantamentos podem ser usados para demonstrar a evolução das estimativas sobre a PSR. A Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), entre 2007 e 2008, investigou, 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais, estimando 31.922 pessoas em situação de rua (SILVEIRA, 2008). Se, por exemplo, somarmos ao contingente encontrado nessa pesquisa os resultados dos estudos conduzidos em São Paulo, Belo Horizonte, e Recife, atingiremos número mais elevado. No entanto, as pesquisas foram realizadas em momentos distintos e seguindo metodologias diversas, não sendo possível estimar o tamanho total da PSR no país apenas somando-se os resultados das diferentes pesquisas (SILVEIRA, 2008).

As duas informações nacionais mais recentes sobre a PSR correspondem a Nota Técnica da Estimativa da População em Situação de Rua (SILVA *et al.*, 2020) e ao Censo Suas (NATALINO, 2020). A Nota Técnica pontua que a PSR brasileira somaria pouco mais de 220 mil pessoas, estando presentes 83% em municípios com mais de 100 mil habitantes com um crescimento de 140% a partir de 2012, chegando a quase 222 mil brasileiros em 2020. O Censo SUAS refere que somente 29 % (1.593) dos 5570 municípios brasileiros e Distrito Federal se dispõem a realizar levantamento do número da PSR, sendo que apenas 10% (571) incluem crianças e adolescentes além dos adultos. O Censo SUAS constata que em março de 2020 o Cadastro Único identificou mais de 119 mil famílias em situação de rua, o Bolsa Família realizou 90 mil cadastros e os 227 Centros POP em funcionamento no país indicaram 7 mil inscrições no BPC (NATALINO, 2020).

Especificamente para o MRJ os levantamentos sobre a PSR realizados em 2006 e 2016 mostram um aumento de 1.682 para 14.279 PSR, respectivamente (OLERJ, 2019; RUEDIGER, 2017). Entre 2012 e 2015 os CREAS, Centro-Pop e abrigos do MRJ identificaram

um teto de 17 mil de PSR atendidas (OLERJ, 2019). O MRJ apresentou em 2018 uma redução acentuada do número de PSR, identificando 4.628 pessoas, sendo 3.715 em situação de rua e 913 abrigadas nas Unidades de Abrigamento da Assistência Social, destoando das estimativas anteriores. É possível inferir que a redução acentuada da estimativa se deu pela mudança da metodologia adotada (SMASDH/RJ; IPP, 2018).

Já o painel de indicadores da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde referente a PSR acompanhada por meio das 07 equipes de CnaR do MRJ, no mesmo período, apontava cerca de 6500 cadastros ativos no MRJ (SUBPAV/RJ, 2018), mesmo as equipes não atuando em todo o território do município (Figura 2). Entre as dez áreas programáticas (AP) da saúde existentes no MRJ, somente seis possuem equipes de CnaR. As sete equipes estão localizadas na AP 1.0, (2 equipes), AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 5.1 e AP 5.3.

Figura 2 - Localização dos consultórios na rua na cidade do Rio de Janeiro



Fonte: SMS/RJ, 2016.

As áreas AP 2.1, AP 2.2, AP 4 e AP 5.2, não contempladas com esse equipamento, procuram acolher as demandas de sua PSR diretamente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de seus territórios, logo é possível que o real quantitativo de PSR seja maior do que o

estimado pelo painel de indicadores da Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde.

Outro fator tem interferido no estudo censitário da PSR: a pandemia da COVID19 que atingiu o Brasil no início do ano de 2020. O Painel COVID BRASIL (BRASIL, 2020c) totalizou, até o dia 25 de julho de 2020, 2.394.513 casos confirmados na população geral e 86.445 óbitos. O Painel RIO COVID-19 (SMS/RJ, 2020a), por sua vez, revelou na mesma data, 69.546 casos confirmados e 8.004 óbitos.

É importante observar que não existem informações nos Painéis COVID BRASIL e RIO COVID-19 referente à PSR, seu tamanho ou, tampouco, o número de infectados em situação de rua, mesmo havendo recomendações específicas para que a atenção à população em situação de rua oriundas do Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos (MMFDH) integrassem o conjunto de estratégias de isolamento social sob o comando dos municípios (BRASIL, 2020d).

A variação inerente aos dados censitários disponíveis sobre PSR, o desconhecimento governamental sobre as necessidades de sua própria população vulnerabilizada no Brasil e os atravessamentos da pandemia de COVID-19 tem dificultado a organização dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas mais assertivas e adequadamente dimensionadas a essa população. Essa inabilidade tem se traduzido no retorno de antigos estigmas e tentativas de instauração de políticas com fortes traços higienistas destinados à PSR (ALVARENGA, 2013; TRINO *et al.*, 2020).

3.2 O CONSULTÓRIO NA RUA COMO DISPOSITIVO DE POLÍTICA PÚBLICA: PRINCÍPIOS, CONCEITOS NORTEADORES E NORMATIVAS ESTRUTURANTES

Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados, que visam garantir determinado direito assegurado na Constituição Federal a grupos da sociedade (ANDRADE, 2008).

As Constituições brasileiras anteriores a 1988 já faziam referência a direitos sociais mediante dispositivos esparsos, porém a Magna-Carta brasileira de 1988 foi a primeira a possuir um título exclusivo para as políticas sociais. Em seu Título II, “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, em especial a partir do no Art. 6º, temos garantido o direito aos serviços básicos

de saúde, educação, trabalho, as liberdades individuais e a inviolabilidade dos direitos e liberdades políticas (BRASIL, 1988). A Constituição Federal de 1988 inovou ao instituir os processos participativos de controle e transparência na execução do serviço público por meio da participação do cidadão na formulação, implementação e controle social das políticas públicas.

A dimensão política do conceito de políticas públicas representa um processo de decisão onde o governo decide o que fazer (ou não fazer) alocando financiamento em projetos que se transformarão em políticas de estado. A dimensão administrativa desse conceito representa a materialização do processo normativo sobre o conjunto de projetos, programas e atividades a serem realizadas pelo governo. Na interação destas duas dimensões temos a coprodução entre o estado e a sociedade na escolha de temas e construção de programas e ações que chamamos de Políticas Públicas. A saúde é um bom exemplo desse processo.

A partir dos frutos do Movimento da Reforma Sanitária e das lutas de movimentos sociais que buscavam estabelecer a garantia de direitos e condição de cidadania para todos os cidadãos temos o estabelecimento da saúde como direito universal pela Constituição Federal de 1988 (CF) e o marco jurídico inicial do Sistema Único de Saúde (SUS). Os artigos 196 e 198 da CF de 1988 apresentaram as Diretrizes deste Sistema: a descentralização, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 1988).

Logo, o SUS é uma política pública que representa o esforço do nosso país em garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Afirmar a saúde como um direito universal possibilita o protagonismo e o empoderamento de populações minoritárias e vulneradas, como a PSR, nas discussões e propostas de políticas mais equânimes.

Enfatizando a reorientação do modelo assistencial a partir de um sistema universal, descentralizado, com direção única e exercido em todas as esferas do Governo na forma integrada o SUS identifica a Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de contato dos indivíduos com a rede de atenção à saúde para atuar na prevenção e solução dos possíveis agravos e direcionar os usuários mais graves para níveis de atendimento de maior densidade

tecnológica¹ por meio de seus princípios estruturantes de equidade, integralidade e justiça social.

Dessa forma, é possível compreender que os esforços visando à implantação de equipes de CnaR atreladas à APS representa mais uma etapa na consolidação dos benefícios do SUS para o combate aos fatores que vulneram a população (LACERDA *et al.*,2018).

Entre os princípios estruturantes do SUS, a equidade considera que o direito à saúde passa pelas questões identitárias (multiculturalismo) e deve atender à diversidade e vulnerabilidades da população em direção às ideias de reconhecimento e respeito às diferenças, garantia de direitos humanos e promoção da igualdade direcionada a grupos prioritários, dentre eles a PSR. A equidade está diretamente associada à integralidade e ao cuidado, assim como a integralidade, por sua vez, inclui o acesso e a articulação das ações de saúde nos diversos níveis de atenção e aqui deve ser compreendida na perspectiva do cuidado integral e como ferramenta de reestruturação do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Dentro da perspectiva do cuidado integral, o trabalho dos Cnar tem sido construído a partir de ações de saúde locais que incluem práticas de promoção e prevenção em saúde fundadas na própria dinâmica dos usuários, dentro e fora da rua, como forma de melhor manejo frente a complexidade de problemas apresentados e de garantir um cuidado ampliado como expressão da integralidade.

A criação do Consultório na Rua foi prevista na PNAB em 21 de outubro de 2011 e representa tanto um importante avanço na garantia dos direitos de cidadania quanto uma resposta à demanda do MNPR pela criação de equipes de saúde que atendessem às especificidades dessa população em âmbito nacional (BRASIL, 2011a). Assim, diversas políticas públicas que subsidiam o trabalho dos CnaR no processo de consolidação dos direitos assegurados na CF, encontram na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) (BRASIL, 2009) ressonância de ideais que asseguram o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas de proteção, tais como a própria Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a) , Política Nacional de Redução de Danos (BRASIL, 2005), Política

¹ A APS é um nível de atenção à saúde de alta complexidade e baixa densidade tecnológica. Os demais níveis de atenção são de maior densidade tecnológica.

Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001), Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Equidade, por exemplo.

Os CnaR integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seguem os fundamentos e diretrizes definidos na PNAB para atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde das PSR, inclusive na busca ativa de doenças negligenciadas e no cuidado aos problemas com álcool e outras drogas (BRASIL, 2012a). Possuem também grande potencial para buscar soluções por meio da participação ativa na implantação de políticas públicas, promoção de direitos pela revisão, melhoria e garantia de leis e projetos já existentes na micropolítica de seu território. Essa atuação se assemelha ao “advocacy” pelos direitos da PSR exercido por alguns equipamentos da sociedade civil². Assim, os CnaRs estão constantemente envolvidos na luta pela justiça social como uma maneira de amenizar os efeitos das desigualdades sociais. As equipes de CnaR auxiliam na conquista desse ideal moral e político ao combater as barreiras de acesso que as pessoas enfrentam por diversos motivos, entre eles gênero ou relacionados com a idade, raça, origem étnica, religião, cultura, deficiência e desigualdade econômica.

A composição multiprofissional dos CnaR, diferente da equipe tradicional da ESF, permite a inclusão de outros profissionais de saúde além de médico, profissionais de enfermagem e agentes comunitários na APS. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 122 (BRASIL, 2011b), definiu suas diretrizes de organização e funcionamento. As profissões elegíveis para a composição dos CnaR são agrupadas pelo MS em dois subgrupos que orientam a prioridade das contratações: **subgrupo 1:** Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional; **subgrupo 2:** 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.

Foram estabelecidas três modalidades destas equipes: **Modalidade I:** equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) obrigatoriamente deverão ser do subgrupo 1 e os demais entre aqueles descritos nos subgrupos 1 e 2; **Modalidade II** – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão ser do subgrupo 1 e os demais entre aqueles descritos nos subgrupos 1 e 2; **Modalidade**

² “Advocacy”, em tradução livre, representa o ato ou processo de apoiar uma causa ou um propósito como estratégia para mudar políticas, sistemas ou comportamentos de quaisquer temas ou instituições.

III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2011b). A composição profissional de cada equipe dependerá das características e necessidades do território e gestão.

O município do Rio de Janeiro (MRJ) adota a modalidade III em todas as 7 equipes que possui e com isso procura aumentar a efetividade do cuidado multiprofissional a ser realizado, pois a inclusão do profissional médico na equipe agiliza a prestação da assistência integral à saúde em conjunto à assistência e promoção de direitos coletivos e individuais já ofertados pelos demais profissionais. O aumento da efetividade é proporcionado pela maior gama de saberes envolvidos, já que nas modalidades I e II de CnaR é preciso que as atividades privativas da medicina sejam encaminhadas à rede de saúde local, geralmente à uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o que pode interferir na concretização do cuidado.

Apesar das vantagens expostas, existe um limite para a criação de equipes de CnaR no Brasil. O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde referiu em 2017 um teto máximo de 185 equipes passíveis de financiamento pelo Governo Federal no país (BRASIL, 2011b) . O parâmetro para a implantação de uma nova equipe de CnaR no município é a presença de uma população de entre 80 e 1000 PSR não coberta pelo sistema de saúde a ser identificada por levantamentos populacionais locais da PSR realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde³ (BRASIL, 2011b) . Aos municípios é permitido dispensar o financiamento federal e custear unilateralmente a própria implantação e manutenção de suas equipes, continuando a obedecer às normativas da Política Nacional da População de Rua. Não há, sem limite máximo de equipes sob custeio municipal exclusivo.

As equipes obrigatoriamente são incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e vinculados a uma UBS para garantir sua identificação formal e facilitar a posterior habilitação e custeio pelo Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2011b). O número total de equipes no país pode ser acompanhado por meio de consultas ao CNES e varia conforme os municípios enviam suas atualizações. Até a competência de 08/2020 foram identificadas no CNES 170 equipes de CnaR cadastradas no país (BRASIL, 2020a).

A trajetória normativa dos CnaR (Apêndice 1) orientou à rede de saúde e à sociedade que eles representam um instrumento onde os conceitos de integralidade, acolhimento, acesso,

³ O MRJ alcançou seu limite máximo de 07 equipes de CnaR passíveis de financiamento federal.

vínculo e redução de danos são interligados e direcionados para a elaboração de estratégias de cuidado integral previstos nas políticas públicas de Estado, os diferenciando de outras equipes da APS como o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ESF. Alguns documentos dessa trajetória merecem destaque.

O Plano Operativo de Ações para saúde da População em situação de Rua (BRASIL, 2013b) definiu estratégias e diretrizes que orientaram o enfrentamento das desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS. Nesse Plano vários elementos podem ser citados como dimensão administrativa dessa política pública, em especial a implantação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua nos estados e municípios, a participação do Ministério da Saúde no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP Rua), oficinas de Sensibilização e cursos para os Trabalhadores e lideranças que atuam com a População em Situação de Rua.

O documento “Saúde da População em situação de Rua: um direito humano” (BANDEIRA, 2014) teve por objetivo combater o preconceito em relação a essa população no SUS e garantir seu acesso aos serviços de saúde com atendimento integral e humanizado. O “Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a população em situação de rua” (BRASIL, 2012a), elaborado pelo MS, procurou trazer um apoio conceitual ao CnaR na organização do seu processo de trabalho interligando os níveis de atenção à saúde e demais equipamentos sociais do território às necessidades dos usuários.

Porém, para que possamos compreender como essa equipe opera sua prática, é necessário aprofundarmos a discussão sobre os conceitos de cuidado integral e acolhimento, de atuação em equipe multiprofissional, clínica ampliada e de redução de danos, pois os CnaR vivenciam diariamente a necessidade de construir uma expertise interdisciplinar que contribua para a ampliar a visibilidade sobre as necessidades de saúde da PSR e aumentar a possibilidade de se alcançar o cuidado integral, posto não haver currículo especializado em atendimento às populações vulneradas.

O cuidado integral é uma ação técnico-assistencial (apesar de não se limitar a ela) que pressupõe o distanciamento do paradigma biomédico através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, tendo o usuário como sujeito ativo no processo de produção da saúde e disposto na Política nacional de Humanização (BRASIL, 2004). A construção do cuidado integral em saúde requer uma reflexão crítica das dimensões que o orientam para

organizar as estratégias de enfrentamento dos fatores vulnerantes atuantes na sociedade: Dimensão política, representada pela complexidade do acesso aos serviços; dimensão técnica das linhas de cuidado e a dimensão organizativa que engloba os processos de acolhimento, vínculo, escuta clínica e matriciamento (JESUS; ASSIS, 2010).

O acolhimento, talvez o verdadeiro início da organização do cuidado, traz em si uma postura ética frente ao outro e a ideia de resolutividade e de responsabilização para mediar o encontro entre trabalhador e usuário. Deve ser construído de forma coletiva a partir da análise dos processos que ocorrem no território e tem como objetivo criar relações de confiança, compromisso e vínculo entre serviços, equipes, trabalhadores, comunidade e usuários e sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2004). Nesse sentido a Reforma Sanitária e a criação do SUS trouxeram a oportunidade de reorientação das estratégias de cuidado na direção da atenção integral à saúde, sem perder o foco comunitário e valorização da experiência de trabalhadores e usuários, por meio da Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996b).

A NOB indica que as práticas cuidadoras devem fazer parte do processo de formação dos profissionais, valorizando os conceitos estruturantes do SUS na direção do conceito ampliado de saúde que é, em seu sentido mais abrangente, resultante das condições das formas de organização social da produção, do contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento. Alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde fazem parte dos determinantes da saúde e compõem um contexto valioso para o atendimento da PSR (BRASIL, 1986). A mesma reorientação das estratégias de cuidado proposta pela Reforma Sanitária indica que é desejável existir uma formação profissional voltada para o SUS que produza um conhecimento interdisciplinar que se aproprie do conceito ampliado de saúde e borre as fronteiras das disciplinas para construir uma perspectiva colaborativa e articuladora de interesses, afetos, dificuldades e soluções compartilhadas.

Esse processo colaborativo se dará por meio da ampliação do campo compartilhado dos saberes e práticas entre as categorias profissionais e da comunicação não hierarquizada de pessoas que se relacionam a partir de interesses, desejos e motivações em comum (CAMPOS, 2000). Assim, o conceito de campo se consolida como o de espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas,

sendo o núcleo o conjunto de saberes que identificam a prática profissional de uma área do conhecimento, lhe dando identidade e a diferenciando das demais (CARVALHO *et al.*, 2020).

No cotidiano do CnaR fica evidente que existe uma influência recíproca entre os conceitos de campo e núcleo: o campo de atuação interprofissional influencia os espaços privativos das profissões (núcleos) principalmente pela possibilidade de ampliar a compreensão sobre as diversas dimensões que integram o processo saúde-doença e formas diferentes de operar o cuidado. Na mesma proporção, a forma de atuação privativa de uma área profissional modifica o “campo” das demais pela expertise que as práticas profissionais especializadas compartilhadas trazem para o cuidado (ELLERY *et al.*, 2013).

Os conceitos interdisciplinar e interprofissional, identificados acima por Carvalho (2020), são valiosos para a produção do trabalho do CnaR e não devem ser utilizados como sinônimos. A interdisciplinaridade é um conceito que estabelece as relações em comum entre dois ou mais ramos de conhecimento na tentativa de compreender o objeto de estudo como um fenômeno sistêmico de interesse mútuo. Já a interprofissionalidade é marcada pela reflexão sobre os papéis profissionais a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes entre as práticas profissionais (BATISTA, 2012). Os conceitos passaram a fazer parte do cenário educacional do país a partir das Leis de Diretrizes e Bases (LDB) nº 5.692/71 (BRASIL, 1971) e nº 9.394/96 (BRASIL, 1996a), compreendendo o processo de ensino e aprendizagem como sistêmico e não como uma abordagem estanque de conceitos e teorias.

Entendemos que os CnaR constituem um dos mais atuantes, se não o principal, eixo articulador das experiências de promoção de cuidado integral para a PSR e possuem grande vocação para o direcionamento interdisciplinar nos planejamentos de suas ações. As equipes também valorizam a complexidade das vulnerabilidades que interferem no cuidado e nos recursos disponíveis no território.

A maneira interdisciplinar de fazer práticas interprofissionais identifica com mais agilidade quais estratégias, políticas públicas ou parcerias intersetoriais são factíveis para permitir que as pessoas se posicionem com mais autonomia frente às situações da vida, frente a seus pares e coletivos e favoreçam a garantia da saúde como um direito de cidadania presente no território (CARVALHO *et al.*, 2020) As equipes podem então flexibilizar a divisão de trabalho e, apostando na interdependência das atribuições, operar a clínica ampliada como um modelo de atenção (BRASIL, 2004).

A clínica ampliada é uma proposta de mudança na abordagem médica, baseada na “medicina centrada na pessoa”, que trouxe ênfase a três aspectos: a perspectiva do médico relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas (STEWART *et al.*, 2010). Por esse método o médico deve desenvolver um “olhar sensível” para o impacto que os determinantes sociais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de seus pacientes.

Desenvolver essa sensibilidade, uma verdadeira “competência cultural”, significa propor a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde em cada sujeito por meio da diminuição do abismo cultural entre o médico e a pessoa atendida, pois ao se compartilhar as decisões durante a consulta, colocando o paciente em um papel ativo nas escolhas sobre sua vida e valorizando suas peculiaridades e responsabilização sobre seus próprios cuidados, está-se promovendo saúde de uma forma mais integral .

Assim, a disseminação da clínica ampliada como um modelo de atenção baseado no conceito de saúde integral representa um elemento inovador para a produção do cuidado na APS a partir do vínculo e do amadurecimento do processo de trabalho multiprofissional (CAMPOS, 2003). A clínica ampliada permite que o cuidado médico com a PSR valorize mais os processos de vida no território e demandas do usuário do que as enfermidades isoladamente, visando a promoção de qualidade de vida, a autonomia e o fortalecimento do sujeito enquanto um protagonista de sua vida (PASSOS; ENATIVOS, 2014; TRINO *et al.*, 2015).

Dentro da clínica ampliada dos CnaR diversos processos de adoecimento podem ser percebidos nos encontros equipe-usuário. Os problemas relativos ao consumo de álcool e outras drogas⁴, que possuem alta prevalência na população em geral e importante repercussão na PSR, são um bom exemplo de situações frequentemente negligenciadas pela clínica tradicional. 80% das pessoas afetadas por esse problema demonstrarão ao longo da vida o desejo de receber algum tipo de tratamento. Se a pessoa estiver em situação de vulnerabilidade, como as PSR estão, apresentará dificuldade adicional em acessar os serviços de tratamento (BASTOS *et al.*,

⁴ A Organização Mundial da Saúde (IHRA, 2010)(OMS, 2001) indica que cerca de 10% das populações urbanas fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, em variação de gênero, classe e etnia.

2017). A essas pessoas é possível oferecer um tratamento de base territorial, comunitário e disponível dentro da clínica ampliada: a Redução de Danos (RD).

Entende-se por RD um conjunto de políticas, programas e práticas cujo objetivo é reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas (IHRA, 2010). O modelo da RD é uma estratégia norteadora do cuidado fundamentada no uso de tecnologias relacionais (leves) no cuidado em saúde, onde o vínculo ocupa papel crucial. Constitui, portanto, um paradigma ético, clínico e político, transversal aos campos, que rompe com a ideia de uso abusivo de drogas e valoriza a autonomia dos sujeitos, se contrapondo às práticas de recolhimento e internação compulsória para os problemas referentes ao álcool e outras drogas (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

O médico de CnaR, ao investir na proposta da clínica ampliada, na elaboração do vínculo como tecnologia leve do cuidado orientado ao usuário, o faz em sinergia à equipe, exercitando atitudes interprofissionais que potencializem a construção do cuidado integral, favorecendo ao engajamento do usuário por meio da elaboração de estratégias de cooperação mútua e incentivo da autonomia da RD. É por meio deste apoio profissional à autonomia do usuário que o vínculo com a equipe é fortalecido e possibilita que outros encontros, desejos, projetos e direções de cuidado sejam oportunizadas (STARFIELD, 2002). A materialização dessas práticas e conceitos é permeada pela característica do território e sua territorialidade, termos com uma enorme polissemia, porém indissociáveis da produção do cuidado.

Milton Santos caracteriza o território com uma abordagem política, englobando a História da apropriação humana dos espaços naturais pré-existente e afirmando a importância dos aspectos sociais, econômicos e culturais do movimento da sociedade. Ele utiliza o termo “território usado” como sinônimo de espaço geográfico e o define pela perspectiva materialista como a interação entre sistemas de objetos e ações que explicam a base de fundamentação econômica presente em sua concepção, fazendo associações entre territorialidade-cultura e territorialidade-memória, trazendo novas possibilidades de interpretação do território (SANTOS, 2009).

Santos (2009) e Haesbaert (2011) indicam a territorialidade como um sentido de pertencimento, uso e vivência em um recorte do espaço e que na atualidade se expressam mais em rede do que em zonas contíguas. Dantas e Moraes (DANTAS; MORAIS, 2008) reforçam que o conceito de territorialidade está vinculado a ideia de uso contextualizado, diferente do

conceito de território, que de alguma forma define em seus limites quem está dentro de quem está fora. A territorialidade pode não coincidir com os limites geográficos de um território, provocando o entrecruzamento dos espaços e fronteiras que tornam os limites físicos do território fluídos em razão do uso / vivências que o usuário faz delas.

Assim, a territorialidade em relação a PSR é percebida pela equipe de CnaR como uma atividade instável e que se modifica de acordo com as peculiaridades das localidades onde atuam: violência, momentos de encontro e dispersão referente ao uso de drogas e existência ou não de redes de apoio social são alguns dos fatores que atravessam a vida na rua. Partindo dessa perspectiva, o Consultório na Rua procura ampliar o acesso à saúde PSR compreendendo as relações entre os diversos espaços (Quadro 2) e participando das redes tecidas nas relações entre a área urbana, redes decisórias, sociais, culturais e políticas em que transitam seus usuários (ENGSTROM *et al.*, 2019).

Quadro 2 - Comparação entre os conceitos de território, territorialidade e rede

Conceitos	Conceito tradicional	Conceito adaptado pelo CnaR
Território	Jurídico-administrativo	Apropriação ou ação de exclusão
Territorialidade	Qualidade do território	Processos e as interações de poder sobre o território; sinergismos de processos; ações de inclusão e exclusão; Território “usado”.
Território/rede	Território permanente # Redes vivas	Interdependência entre as redes e território

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A rede é concebida aqui como um componente fundamental na articulação (e desarticulação) territorial para o entendimento da organização sociocultural de uma localidade. Por sua vez, a forma como essa multiplicidade de redes se entrelaça nos territórios é chamada de multiterritorialidade (HAESBAERT, 2011). A equipe de CnaR legitima o “viver na rua” construindo o cuidado a partir das multiterritorialidades do usuário, se permitindo contaminar pela rua para entender seus caminhos e colocá-los a serviço do cuidado (PASSOS; ENATIVOS, 2014).

Quando inserido no CnaR, o desafio proposto para o médico não é realizar a propedêutica clínica nas vias públicas, mas sim se afastar do modelo biomédico sem abandonar os conhecimentos da medicina ao fazê-la por meio dos conceitos estruturantes descritos, posto que a prática médica já traz interferências de seus próprios fundamentos normativos profissionais ao ser inserida na nova prática de trabalho do SUS frente às multiterritorialidades.

A confluência entre processos históricos de consolidação da medicina e de formação profissional voltada para o SUS e territórios tem sofrido mudanças gradativas nas últimas décadas e devem ser discutidas quando se pretende entender como se dão as atribuições do médico nas equipes CnaR durante a prestação do cuidado integral.

3.3 ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO DO CONSULTÓRIO NA RUA: FUNDAMENTOS HISTÓRICO-NORMATIVOS DE SEU PROCESSO DE TRABALHO

É impossível discutir a evolução da medicina sem refletir sobre as consequências do relatório de Abraham Flexner que, em 1910, mudou definitivamente o ensino médico com o apoio da Fundação Rockefeller. Consequentemente, todo o campo de ensino na área da saúde sofreria mudanças, sendo o Modelo Flexneriano amplamente adotado nas escolas médicas e incentivado pela nascente indústria de insumos médicos e farmacêuticos do início do século XX que ansiava em fornecer “tecnologias para uma medicina científica” (COSTA *et al.*, 2018). Sociologia, antropologia, filosofia, história da medicina, ética e diversas outras dimensões do conhecimento como educação, ações de prevenção, aspectos psicossociais e comunicacionais gradativamente tiveram sua relevância diminuída frente a assistência médica individual superespecializada e desarticulada de outros saberes. Para ser considerado um bom profissional, Flexner propunha que o médico devia dominar os aspectos “mais científicos” de sua arte e

permitir que aspectos considerados “menores” pudessem ser delegados a outros membros da equipe de saúde. Tudo aquilo que não estivesse incluído no “verdadeiro núcleo da medicina” pertenceria a uma espécie de subproduto menos relevante da consulta médica, incluindo a relação médico-paciente e seus afetos. Este padrão foi denominado como modelo biomédico.

A implantação do modelo biomédico acentuou assimetrias de poder entre as profissões e dificultou a articulação colaborativa de seus saberes frente às complexas necessidades da vida. As medidas médico-sanitárias, que deveriam romper o ciclo de pobreza, desnutrição, moradia precária e enfermidade por meio da adoção de medidas preventivas, ficaram reduzidas dentro do modelo biomédico devido a falsa percepção de que o campo da saúde está apenas no domínio técnico-científico.

Médicos continuam sendo formados política e ideologicamente dentro dessa ilusão até hoje, “construindo, para si próprios, conceituações de doença e de intervenção com base no caso clínico individual e tomando qualquer coletivo e o próprio social como a somatória desses casos” (SCHRAIBER; MOTA, 2015).

Essa trajetória histórica também influenciou os fundamentos normativos e os conselhos profissionais que regulam a prática médica no Brasil. O sistema jurídico brasileiro identifica este profissional como o responsável pela prescrição de tratamentos e identificação do diagnóstico por meio de sua responsabilidade civil e ética com o cuidado do indivíduo e da coletividade. Assim a medicina é regida principalmente por três legislações: o Decreto nº 20.931/32 (BRASIL, 1932), uma das primeiras leis que regularam o exercício da medicina e outras profissões de saúde no Brasil; a Lei nº 3.268/57 (BRASIL, 1957), que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, pelas resoluções e normas editadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); e a Lei nº 12.842/13 (BRASIL, 2013a), conhecida como Lei do Ato Médico, que se propõe a delimitar o núcleo de atuação privativa deste profissional e lhe confere o poder de atestar, com fé pública, os atos profissionais pertinentes ao exercício da Medicina.

A documentação produzida durante o ato médico permite a descrição integral da verdade fática verificada durante a prática profissional (BRASIL, 2018), sendo o conteúdo dos documentos médicos a materialização do ato privativo deste profissional e reservado a graduados habilitados em Medicina, inscritos no Conselho de classe, conforme previsto e regulamentado no ordenamento jurídico brasileiro.

A documentação médica auxilia o usuário no exercício de direitos sociais, legislação tributária, seguridade social e políticas de equidade, em conjunto com outros instrumentos

produzidos pela equipe multiprofissional, conforme ordenamento jurídico, acrescido agora pelas normativas das políticas públicas em que o trabalho médico do CnaR está inserido.

Na atualidade, a concepção desejada de uma formação profissional em medicina voltada para o SUS recai sobre um sólido embasamento técnico-científico em conjunto com uma formação humanística e bioética consistente. Esse gradual distanciamento do modelo biomédico passa necessariamente pela necessidade de se reformular o processo de formação promovendo uma integração dos diversos campos do conhecimento para o reconhecimento das influências sociais no processo de adoecimento (PAGLIOSA, 2008).

O Manual de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina brasileiro representa um desses esforços, baseando a relação médico-paciente moderna principalmente no tripé respeito, competência e confidencialidade ao entender que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo, em franca oposição a relação médico-paciente na perspectiva unicamente contratualista e legalista (CFM, 2018).

Partindo do pressuposto que o produto da prática médica é o cuidado médico, o SUS assume esta como um dos modos desse profissional contribuir para a atenção integral à saúde dos indivíduos. O cuidado médico, portanto, se constrói em ato, sendo criado pelo exercício profissional da própria prática da medicina agora instrumentalizada pela clínica ampliada e os conceitos norteadores da CF e Lei 8080 (BRASIL, 1990, 2013a). Logo, o médico do SUS, com base nos problemas e tensões identificados em sua prática, deve desconstruir, não o saber da medicina, mas sim o paradigma biomédico centrado na questão da doença para se concentrar no processo do cuidado.

Em relação a inserção de profissionais de saúde na APS, a política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 20017 a) mantém a importância de se observar as disposições legais de cada exercício profissional durante o processo de trabalho multiprofissional, destacando a importância das atribuições comuns a todos da equipe (Quadro 3).

Quadro 3 - Lista de atividade de campo da APS

1	Trabalhar em equipe
2	Construir um plano de ação em conjunto com a população, organizações sociais e demais coletivos do território.
3	Desenvolver ações de educação em saúde
4	Intervir em situações relacionadas à saúde da criança
5	Intervir em situações relacionadas à saúde da mulher e do homem
6	Intervir em condições sociais da clientela
7	Aplicar técnicas de primeiros socorros
8	Adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com seu espaço de trabalho
9	Adotar uma postura de acolhimento, vínculo e responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde
10	Aplicar procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde

Fonte: Adaptado de ELLERY, 2013.

Acolher; planejar, programar, executar atividades voltadas para a promoção e preservação da saúde; praticar tratamentos para a recuperação da saúde ou provisão de cuidados paliativos; integrar programas de reabilitação física ou psicossocial; assessorar ou prestar consultoria a pessoas, entidades, gestores e funcionários públicos ou privados em matéria de saúde, na perspectiva de integração de saberes (interdisciplinaridade) e práticas (interprofissionalidade), tornam o campo de atuação da saúde mais permeável às atividades clínicas habituais e não habituais de cada profissão da APS (BRASIL, 20017a).

Essa ampliação do campo permite a inclusão de saberes de outros espectros do conhecimento como cultura comunitária e expertises individuais dos atores envolvidos e traz consigo a oportunidade de participação intensa dos profissionais de nível superior e nível médio na interação não apenas com os ensinamentos restritos da saúde, mas também com os das territorialidades.

Com o objetivo de potencializar os trabalhos no âmbito da APS discutem-se os arranjos organizacionais em Equipes de Referência e Equipes de Apoio Matricial para diminuir a fragmentação do cuidado decorrente de fatores como especialização, excesso de demanda e carência de recursos e aumentar a efetividade das atuações no campo da saúde em todos os

níveis de complexidade da assistência do SUS. A equipe de referência é concebida como um rearranjo organizacional que reforça o poder de gestão horizontalizada da equipe multiprofissional para a condução dos problemas propostos, usando a metodologia de adscrição de clientela para viabilizar a gestão da atenção à saúde.

Equipe de apoio matricial, por sua vez, busca oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, dirigindo sempre na direção da construção de um plano terapêutico integrado, seja por intervenções conjuntas, atenção profissional de um núcleo específico do saber ou mesmo de supervisão e mediação das interrelações profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A modalidade III do CnaR se torna capaz de exercer protagonismo tanto como equipe de referência aos problemas da PSR, quanto equipe matriciadora dos demais equipamentos do território. Essa dupla habilidade da equipe possibilita que no território sejam realizadas práticas carregadas de emoção, solidariedade, afeto e cuidado operados pelos conceitos norteadores da APS.

Avançando sobre a discussão normativa do processo de trabalho médico do CnaR, cinco publicações versam sobre suas atribuições. A Diretriz da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) preconiza na formação de seus associados a aquisição de competências nas áreas assistencial, de orientação comunitária, de docência, de pesquisa e de gestão de recursos, visando a produção de uma medicina voltada à uma atenção clínica bio-psico-social-espiritual, integral, longitudinal e de qualidade (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010). Agrega também habilidades adquiridas em modelos formais da prática da Medicina de Família e Comunidade que sejam adequados às circunstâncias e ao contexto da comunidade atendida. Atualmente a SBMFC é a entidade nacional brasileira que representa a especialidade médica de Medicina de Família e Comunidade e reúne médicos especialistas, residentes, estudantes e outros médicos que atuam na APS prestando atendimento a indivíduos, famílias e comunidades.

A SBMFC identifica o médico de família (MFC) como o especialista qualificado para o atendimento na Atenção Básica por entender que sua formação o preparou para o uso de tecnologias éticas e de custo-eficácia adequadas para o cuidado, para o fomento da autonomia dos usuários por meio da comunicação e linguagem adequadas e o trabalho multiprofissional dentro ou fora do sistema sanitário. Apesar dessa indicação formal as PNABs (BRASIL, 2011a, 2017a), e conseqüentemente os editais de seleção para médicos da APS, incluindo os CnaR, colocam essa qualificação como desejável e não como obrigatória, aceitando profissionais com qualquer especialidade da medicina. É preciso deixar claro aqui que, apesar de citadas em

conjunto, a PNAB de 2017 é considerada um retrocesso quando comparada à de 2011 por desviar o incentivo financeiro da ESF para outras formas de equipes da Atenção Básica. Apesar de manter as equipes de CnaR, as perdas para a APS e PSR foram grandes.

As atribuições médicas do CnaR descritas nas PNABs exerceram grande influência sobre os requisitos esperados da prestação do serviço médico, servindo de base para as normativas posteriores. Cabe ao médico do CnaR realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade por meio de consultas clínicas e procedimentos nos diversos espaços (Unidades Básicas de Saúde - UBS, domicílio e espaços públicos), gerenciar a equipe, insumos e ações de vigilância em saúde em conjunto com os demais profissionais de nível superior, realizar pequenos procedimentos cirúrgicos e fazer atividades em grupo na UBS em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas e outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federais, estaduais, municipais ou Distrito Federal (Quadro 4).

O Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a), elaborado pelo Ministério da Saúde, reafirma as atribuições das categorias profissionais previstas nas PNABs e reforça principalmente as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe. Em relação ao médico, o manual aponta apenas para necessidade desse profissional ter boa formação em clínica médica e gosto por psiquiatria em associação às demais atribuições específicas descritas na PNAB. O fato desse manual também priorizar as atribuições em comuns a todos os membros da equipe, a redução de danos e o atendimento em conjunto com UBS e NASF representam um marco teórico importante para a maior interação do médico no trabalho multiprofissional direcionado a PSR. .

Quanto às Diretrizes Norteadoras das Equipes de CnaR (SMSDC, 2016), esta utilizou as atribuições médicas descritas na PNAB para criar, em 2016, a sua própria normativa sobre o processo de trabalho do CnaR. Esta Diretriz, vinculada a SUBPAV, evidenciou algumas particularidades do campo da saúde como parte das atribuições médicas do CnaR, tais como territorialização, cadastramento, enfoque familiar, integralidade da assistência, trabalho em equipe, intersetorialidade, planejamento, monitoramento e avaliação e educação permanente, a atenção a todos os ciclos de vida da PSR e a participação do gerenciamento dos insumos em conjunto com sua equipe e Unidade de saúde (Quadro 4).

Quadro 4 - Atribuições profissionais nos diferentes documentos

Atribuições profissionais comuns (PNAB 2017)	Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto a PSR (BRASIL, 2012a)	Carteira de Serviços (SMSDC RJ, 2016)	Diretrizes Norteadoras das equipes de CnaR do município do RJ (SMS/RJ, 2016)
Territorialização e Registro eletrônico	Contempla	Contempla	Contempla
Cuidado integral interdisciplinar em equipe	Contempla	Contempla	Contempla
Coordenação e Longitudinalidade do cuidado	Contempla	Contempla	Contempla
Busca ativa e notificação de agravos	Contempla	Contempla	Agente Social
Visitas domiciliares e visitas na rua	Contempla	Contempla	Médico/Enfermeiro/Ag. Social/ psicólogo
Gestão da equipe	Contempla	Contempla	Gerente/ Articulador / Médico/ Enfermeiro/
Interlocução RAPS	Contempla	Contempla	Psicólogo
Proteção Social;	Contempla	Contempla	Assistente social/Psicólogo
Estímulo a ações de controle social	Contempla	Contempla	Contempla
Ações de educação em saúde	Contempla	Contempla	Contempla
Agenda padrão	Contempla	Contempla	Contempla
Estratificação de risco e plano de cuidados	Contempla	Contempla	Contempla
atividades intersetoriais	Contempla	Contempla	Gerente/Articulador e Assistente social
Matriciamento	Contempla	Contempla	Contempla
Atividades em grupo	Contempla	Contempla	todas as categorias, exceto médico
Atendimento a demanda espontânea	Contempla	Contempla	todos, exceto Gerente/ Articulador e Assistente social
Participar de reuniões de equipe	Contempla	Contempla	Contempla
Atribuições médico privativas			
Consultas clínicas, procedimentos cirúrgicos e linhas de cuidado	Refere à PNAB 2017	Médico e Enfermeiro	Contempla
Atenção pré-natal a gestantes da PSR	Refere à PNAB 2017	Médico e Enfermeiro	Contempla
Atenção à saúde bucal	Refere à PNAB 2017	Médico e Enfermeiro	Dentista/TSB/ASB
Atenção à saúde mental	Refere à PNAB 2017	Médico e Enfermeiro	Médico e Psicólogo
Diagnósticos clínicos e sindrômico	Refere à PNAB 2017	Médico e Enfermeiro	Refere a PNAB
Prescrição de medicamentos e exames	Refere à PNAB 2017	Médico e Enfermeiro	Contempla
Documentação médica	Refere à PNAB 2017	Contempla	Refere à PNAB 2017
Acompanhar remoções nos riscos de morte	Refere à PNAB 2017	Contempla	Refere à PNAB 2017
Indicar internação hospitalar ou domiciliar	Refere à PNAB 2017	Contempla	Refere à PNAB 2017
Outras atribuições na área médica	Refere à PNAB 2017	Contempla	Refere à PNAB 2017
coordenação da equipe	-----	Contempla	Médico e Enfermeiro

Fonte: Elaborado pelo autor,

Permanece direcionado ao médico do CnaR dentro dessa diretriz a indicação de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do

usuário, o atendimento à demanda espontânea e à estratificação de risco em medicina, o encaminhamento quando necessário aos serviços de média e alta complexidade.

No mesmo ano de 2016 o município criou uma Carteira de Serviços Municipais que pretende fortalecer o compromisso dos CnaR com a oferta de um cuidado ampliado, longitudinal, integral e compartilhado na perspectiva da busca da inclusão social dos indivíduos na rede do cuidado com os demais serviços de saúde e níveis de complexidade do SUS. Existem críticas que problematizam se ela realmente alcança esse objetivo ou se comporta mais como um “rol de procedimentos permitidos” (GIOVANELLA, 2019). Apesar disso a Carteira de serviços reforça algumas funções particulares do CnaR, como equipe matriciadora e ordenadora do cuidado frente a seus casos complexos, legitimando a adequação dos Protocolos clínicos e institucionais às necessidades particulares da PSR sobretudo por meio das articulações intersetoriais que incentiva (SMSDC, 2016).

A Diretriz SUBPAV e a Carteira de Serviços indicam conjuntamente a implantação da “agenda padrão” e de indicadores tradicionais da ESF para o monitoramento das atividades de CnaR com o intuito de associar as estratégias tradicionais de monitoramento e gestão das equipes de Atenção Básica à equipe do CnaR, recebendo críticas importantes. Apresentam pequenas variações entre si e a PNAB sobre as atribuições profissionais e direcionam de forma mais enfática ao médico e ao enfermeiro as funções de supervisão e gestão da CnaR, apesar de não instituir diretamente hierarquia intra-equipe, os encorajando a participar ativamente do preenchimento das informações das fichas de acompanhamento, indicadores e busca ativa de pacientes. Os documentos expressam a orientação para que nenhum usuário seja redirecionado para outro ponto de atenção e nível de complexidade sem indicação médica, por entender se tratar de uma decisão clínica baseada em ato privativo deste profissional (BRASIL, 2013a). Das cinco publicações aqui descritas, somente a SBMFC não sistematiza a relação entre as atribuições comuns a todos os profissionais e as atribuições específicas da categoria médica no âmbito do CnaR.

Os temas expostos por esse referencial teórico procuraram elucidar alguns conceitos essenciais para o entendimento do trabalho médico do CnaR, porém não tem a pretensão de esgotar essa discussão. Assim, a pesquisa de campo realizada para esse trabalho buscou captar mais informações sobre como se processam as atividades de cuidado nas atividades do CnaR.

4 METODOLOGIA

O presente estudo traz uma abordagem analítica, cuja pesquisa fonte foram os dados primários coletados em pesquisa fonte intitulada “Avaliação da efetividade do modelo de atenção primária à saúde das equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro” (BODSTEIN *et al.*, 2017), que teve por objetivo a sistematização das práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes do CnaR em seus territórios de atuação.

Foi realizada uma investigação sobre o universo do trabalho das sete equipes de CnaR existentes no Município do Rio de Janeiro no ano de 2016/2017. Durante o ano de 2016 foram desenvolvidas oficinas com participação de trabalhadores das 7 equipes e gestores cujo objetivo foi a elaboração do modelo lógico teórico das equipes de CnaR para delinear as atividades, recursos e resultados desenvolvidos pelas equipes. Essas atividades foram agrupadas por dimensões/componentes que tiveram como referência os atributos da APS explicitados na PNAB (BRASIL, 2011a). As dimensões foram: porta de entrada, vínculo longitudinal, integralidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária/cultural e intersectorialidade. Este último componente apesar, de não ser um atributo da APS foi inserido no modelo por ser apontado como relevante pelas equipes durante a oficina.

Para cada atributo, foram delineados os insumos necessários, as atividades realizadas, os produtos dessa atividade, os resultados e, por último, o impacto a longo prazo na população. Esta primeira etapa foi publicada em formato de Cartilha “Produzindo saúde nas Ruas” (BODSTEIN *et al.*, 2017a) e capítulo de livro (ENGSTROM *et al.*, 2018). Em um segundo momento, foi realizada pesquisa empírica entre 2016 e 2018 com coleta de dados primários, utilizando como técnica a entrevista semiestruturada com profissionais das equipes de CnaR e usuários atendidos por essas equipes, gravadas após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Assentimento para os usuários⁵.

As entrevistas percorreram um roteiro dividido em oito blocos temáticos: Apresentação e contexto da equipe do CnaR; Porta de entrada/Acesso; Vínculo longitudinal; Integralidade;

⁵ Pesquisa coordenada por Elyne Montenegro Engstrom, Mirna de Barros Teixeira, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz em 2015, sob parecer CAAE número 45742215.6.0000.5240.

Coordenação do cuidado; Orientação cultural e comunitária; Intersetorialidade e Avaliação. Além disto, foram solicitadas informações de identificação dos profissionais, no que diz respeito à formação e ao tempo de atuação na equipe.

Ao todo foram entrevistados 34 profissionais de diferentes categorias e 14 usuários. Vinte e sete são profissionais de nível superior (assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e terapeuta ocupacional) e sete profissionais de nível médio (agentes sociais de saúde) que atuam nas equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro. Destes profissionais de nível superior 6 eram médicos.

Foram captadas informações por meio de diários de campo produzido na observação direta do trabalho das equipes. Para tanto, dois pesquisadores assistentes acompanharam por aproximadamente trinta dias todo o horário de funcionamento das equipes, presenciando os atendimentos e a organização do processo de trabalho em cada equipe de Consultório na Rua do Rio de Janeiro.

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

4.1 RECORTE ANALÍTICO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou como material as entrevistas semiestruturadas com profissionais médicos das equipes de CnaR do município do Rio de Janeiro, coletadas pela pesquisa fonte. O roteiro de entrevistas da pesquisa fonte correspondente ao eixo da integralidade serviu como ponto de partida para a análise do material, sendo feitas perguntas sobre as ações/práticas de cuidado desenvolvidas pelo CnaR, as limitações e

dificuldades para lidar com a PSR, ações de RD, seus insumos para o trabalho e sugestões de ações ainda não implantadas.

O recorte analítico considerou como eixo de análise a prática médica dos médicos inseridos nas equipes do CnaR, sob a perspectiva da clínica ampliada, referente a sua prática profissional inserida em equipe multiprofissional.

A pesquisa de campo foi realizada no período de dezembro de 2016 a junho de 2017 com as sete equipes de CnaR do Município do Rio de Janeiro, sendo realizadas 06 entrevistas com os médicos destas equipes pela pesquisa fonte. Eram 7 médicos, mas 1 não foi entrevistado porque estava de férias no período de coleta de dados. Além disso, foi excluída a entrevista do CnaR que representa minha própria fala a época em que exercia o cargo de médico em uma das equipes. Assim, para o presente estudo foram analisadas 5 entrevistas com profissionais médicos, sendo realizada uma pré-análise com leitura flutuante e sistematização livre de trechos e falas que melhor expressaram os temas deste estudo. Foi utilizada a técnica da análise temática de conteúdo (FLICK, 2009). A categoria inicial foi a “ a função do médico do Consultório na Rua” e a partir da análise das entrevistas emergiu a categoria empírica: “Barreiras à prática médica do Consultório na Rua e suas estratégias coletivas de superação”.

O sigilo das informações divulgadas foi resguardado omitindo o nome e a equipe de referência dos profissionais entrevistados, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa, os identificando, aleatoriamente, somente como “M1, M2, M3, M4 e M5” sem correlação com as áreas programáticas de atuação.

Sobre os aspectos éticos, o presente projeto foi viabilizado por meio de um adendo da pesquisa fonte junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ENSP em novembro de 2019 sob parecer 3.678.873 (CAAE 45742215.6.0000.5240), não sendo necessária nova submissão ao CEP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Flick (2009) identifica que o objetivo principal da pesquisa qualitativa é a interpretação dos dados empíricos. É por meio dos dados obtidos que devemos procurar compreender criticamente as intenções de comunicação e significados, presentes ou não, nos encontros entre o pesquisador e seu objeto de estudo, pois a verificação, codificação e descoberta de hipóteses e/ou questões estão por trás dos conteúdos e narrativas.

O principal objetivo do trabalho dos CnaR é propiciar a garantia do acesso a uma miríade de direitos civis e cuidados especializados em saúde que seriam inacessíveis se realizados de forma desarticulada (CECCIM, 2018), porém, ao investigar o cotidiano da prática médica para a construção da categoria de análise inicial denominada “a função do médico do Consultório na Rua”, algumas características importantes foram percebidas. Obtivemos como resultado a identificação de características, tanto as autorreferidas quanto as normativas, que merecem destaque. Esclareço que foi difícil perceber a concretização de seu trabalho dissociado das atividades dos demais profissionais e vice-versa, pois a lógica da interdisciplinaridade e da integralidade fez o ato de cuidar circular entre os membros da equipe continuamente, mesclando fronteiras entre suas funções e papéis institucionais (ELLERY *et al.*, 2013). Identifico, a partir deste esclarecimento, a primeira característica como o discurso médico frequentemente trazendo referências a consensos coletivos sobre o trabalho e exteriorizando um forte sentimento de pertencimento à equipe.

A segunda característica marcante do médico do Cnar é o interesse pelo aperfeiçoamento de sua atuação profissional frente a uma realidade violenta. Esse desejo o obriga a um exame permanente sobre a relevância de seu trabalho dentro da equipe multiprofissional. Em reciprocidade, enquanto equipe, se mostra implicado na análise solidária de seus atos coletivos. Essa intensa reciprocidade, apesar de possível em outras equipes da APS, é comum no cotidiano dos CnaR.

A centralidade da prática médica está ancorada na perspectiva de que o foco do trabalho não está permanentemente incluído nas atividades da medicina. Essa terceira característica permite aprender com a rua, modificando sua prática por meio das territorialidades vivenciadas. Isto é, o vínculo, as atividades intersetoriais e a aquisição de novas competências de comunicação interpessoal não ligadas ao tecnicismo das ciências biomédicas, estão incorporadas de forma mais intensa ao arsenal de trabalho desse médico.

Foi possível perceber o cuidado integral como um direcionamento necessário, uma decisão radical a ser exercida tanto individualmente quanto em coletividade, por esses profissionais. Houve consenso nas entrevistas que as competências desejadas deste profissional remetem à boa capacidade clínica para urgências associado ao hábil manejo das doenças crônicas e prevalentes. As regras normativas de sua profissão incentivam essa postura (BRASIL, 2012a; SMS/RJ, 2016; BRASIL, 2019), referindo que a formação / treinamento em Medicina de Família e Saúde Mental são desejáveis para exercer mais adequadamente o compromisso ético-político de suas atribuições e funções em relação à PSR.

Superar coletivamente as barreiras à prestação do cuidado integral à PSR se mostrou um tema tão importante quando a própria prestação deste cuidado, pois a interação recíproca com a equipe multiprofissional e territorialidades modifica e adequa à realidade o cuidado que é proposto. Quando essa quarta característica, a interdependência entre as ações multiprofissionais e território, é pouco desenvolvida, a equipe tende a ser menos produtiva em seus efeitos.

A quarta característica transparece nas entrevistas com relatos sobre como as ações profissionais da medicina sofreram ajustes quando foram realizadas em conjunto com outros profissionais, sem que com isso tenha diminuído a efetividade da clínica.

O pessoal vai me matar, mas eu me incomodo muito, por exemplo, a gente vai na rua, vê um pé bichado, aí, não pode fazer na hora o curativo, não pode vir aqui, não pode trazer ele aqui na hora. Pra mim a gente tinha que abaixar ali fazer um curativo ali naquela hora, naquele momento. Eu sei que nem sempre isso é possível, não sou eu, tem que ter a técnica de enfermagem, eu me prontificaria a fazer, eu sou muito imediatista, sou muito proativa, as vezes entro até em conflito com a equipe porque eu quero pra ontem, eu quero pra agora. Eu sei que nem sempre é possível, mas isso me incomoda um pouco. Por exemplo, tem essa máxima, que eu aprendi aqui, que não pode acordar paciente dormindo, mas eu já vi criança na rua dormindo, eu fui acordar pra conversar, pra falar, pra ouvir, quase me bateram. Era uma criança e não ia fazer mal algum pra mim porque, assim, o perigo é o paciente acordar irritado, puto, tomar ódio da gente, e aí mesmo que não vai ter mais acesso a ele. (M5)

Observamos que agindo de forma sinérgica, coordenada e interdependente na busca de um cuidado integral, a equipe consegue evitar o cuidado protocolar. Quem se beneficia é o usuário, centro da atenção do cuidado. Os discursos valorizam a longitudinalidade associada ao cuidado integral como características centrais da APS que influenciam a efetividade e a qualidade do cuidado prestado a longo prazo, direcionado à garantia de direitos, à desconstrução de estigmas sociais, à valorização da autonomia e ações de redução de danos (RD) em favor

das necessidades de saúde do usuário (BRASIL, 2009, 2011a). Um profissional médico continua em sua fala exemplificando como foi difícil se afastar do cuidado protocolar.

A gente tem que pegar a confiança dele, não provocar, mas sabe com uma criança a gente tem que entrar, mas não me deixaram acordar o garoto. Tem umas coisas que eu fico assim meio triste, mas vai ter o momento, acho que tem mais ação que a gente pode fazer na rua e que me angustia. Pra mim, vou ser sincera [...], eu tinha que parar pra todos os moradores de rua caídos, abaixados e sentados, mas não é assim que funciona porque não dá, eu sei que não dá porque são muitos. (M5)

Percebemos que a abordagem em equipe não invalida os conhecimentos da medicina, antes engloba e valoriza os aspectos técnicos de cada núcleo profissional, alternando momentos individuais e coletivos entre profissionais e usuários. Assim o médico não exerce o seu cuidado profissional desarticulado de outras práticas promotoras de saúde presentes no SUS, ao contrário, o processo de trabalho do CnaR resgata vários aspectos da prática médica que aos poucos foram relegados a segundo plano, tais como acolhimento, vínculo, responsabilização, educação popular e apoio psicossocial. E, justamente por adotarem a clínica ampliada, o encontro acolhedor entre usuário e equipe permite ao médico trabalhar com propostas interdisciplinares de vínculo, parcerias e projetos de vida capazes de romper com a invisibilidade que a sociedade comumente destina à condição de rua (HALLAIS; BARROS, 2015).

As práticas da equipe multiprofissional do CnaR vão além da execução paralela de procedimentos técnicos. Articulam, de forma integrada, os conhecimentos dos campos políticos, normativos e interpessoais para a consolidação do Cuidado voltado à PSR (ARAÚJO *et al.*, 2017). Dentro deste contexto, a práxis médica nos CnaR ocorre nas relações interpessoais e é inseparável da responsabilidade ética que acompanha seus deveres profissionais. Ultrapassa, portanto, uma atuação pontual e episódica, para se constituir em uma atenção direcionada para o cuidado integral, sistematizada, regulamentada e contextualizada de acordo com os princípios do SUS e territorialidades, tendo direcionamento interdisciplinar. Esse modelo de atenção valoriza os usuários como sujeitos de direitos, portadores de uma trajetória de exclusão social que interfere nas suas concepções sobre saúde e adoecimento.

Assim, exercendo o cuidado médico procuram refletir sobre a relação entre seus os papéis e funções profissionais enquanto trabalham a favor do SUS. Essa reflexão nos evidencia sua quinta característica: Os entrevistados entendem o espaço da rua não apenas como um lugar de passagem, mas como território ocupado por cidadãos, seus sonhos, conquistas e, acima de

tudo, um lugar de permanência marcado pelo trânsito de afetos ou pela sua ausência. Compreendem que o foco do trabalho não está permanentemente incluído nas atividades da medicina, sendo inclusive necessário estar disposto a ocupar posições diferentes de suas funções tradicionais para dar continuidade ao cuidado. Aprendem com a rua a modificar sua prática por meio de novas competências não ligadas ao tecnicismo das ciências biomédicas. Logo, vínculo, atividades intersetoriais e comunicação interpessoal com comércio e comunidade são bons exemplos de competências adquiridas.

Considero como a sexta característica que a centralidade da prática médica do CnaR tenha por base o conceito ampliado de saúde. Este é um posicionamento que demonstra o processo de desconstrução do paradigma biomédico que ocorre nas equipes, de modo que os entrevistados avaliam que seu principal trabalho não é exercer o cuidado médico tradicional, mas sim contribuir para que a integralidade do cuidado seja construída.

Vários fatores que afetam a saúde de quem está na rua são indissociáveis da pessoa que está sendo assistida, portanto, privilegiar uma abordagem multiprofissional generalista facilita a identificação desses fatores, em especial quando o usuário traz questões que necessitem de um planejamento que inclua a redução de danos ou enfrentar desafios institucionais (LONDERO *et al.*, 2014). Então, ao priorizar uma atitude generalista, a sétima característica do médico do CnaR, colabora com a produção de um cuidado como a capacidade de absorver o “não-programado” como elemento do próprio planejamento da equipe, a oitava característica.

Paradoxalmente, planejar algo fora das linhas de cuidados e agendas padrão quase sempre é uma dificuldade para o sistema de saúde. A capacidade de flexibilizar e lidar com o trabalho não-programado deveria ser valorizada no trabalho do médico dentro e fora da estratégia do trabalho do CnaR, porém essa não é a realidade de muitos serviços. O modo dinâmico de operar o cuidado no CnaR, isto é, interdisciplinar e multiprofissional e com apropriação dos protocolos de forma mais fluída, tensiona toda uma cadeia de cuidados que muitas vezes não está preparada para suportar a imprevisibilidade de quem vive nas ruas. Além disso, vários serviços operam em paradigmas diversos da saúde ou não compreendem a atuação simultânea da equipe de Cnar dentro do território, Unidades Básicas de Saúde e demais espaços institucionais.

Operar de modo dinâmico também se traduz em construir acordos intersetoriais que ultrapassem as tradicionais formas proibicionistas de trabalho e contemplem os desejos do usuário e não somente as normas dos serviços parceiros. É construir estratégias não

fundamentadas na repressão, exclusão ou que associem os problemas da PSR como exclusivamente inerentes a problemas médicos (ELLERY *et al.*, 2013). É também aprofundar a discussão sobre como exercer seu papel institucional e torná-lo mais potente por meio de suas funções dentro do trabalho interdisciplinar.

Para se compreender como a prática médica se insere no processo de mediação do cuidado produzido pelo CnaR é preciso discutir alguns aspectos das funções que exerce em sua relação com a equipe multiprofissional na busca de soluções às demandas da PSR. Para tanto, serão discutidas as categorias de análise: “A função do médico do Consultório na Rua” e “Barreiras à prática médica do Consultório na Rua e suas estratégias coletivas de superação”.

5.1 A FUNÇÃO DO MÉDICO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Reconhecemos ser mais habitual se fazer referência ao “papel” do médico como expressão de sua identidade profissional, dever legal ou hierárquico de atribuições que é obrigado a desempenhar em um ambiente profissional. Porém optamos em preservar a diferença sutil entre os termos “função” e “papel” ao invés de tê-las como sinônimos durante a discussão das categorias de análise.

O termo “função” aqui é usado para propor um exercício de distanciamento das expectativas tradicionais em relação as atribuições do trabalho deste profissional, já descritas no referencial teórico e evidenciar uma perspectiva mais ampla sobre as maneiras de exercer a prática médica das equipes de CnaR. Ao afastar nossa análise do paradigma biomédico, que valoriza o papel tradicional desse profissional, usamos o conceito “função” como ação ou propósito para o qual uma pessoa é adequada ou empregada, seja a um ofício ou profissão, representando o trabalho que é desempenhado. O termo função, portanto, se adequa melhor à discussão das práticas interdisciplinares presentes no CnaR.

Algumas funções da prática médica dos CnaR se mostraram mais evidentes durante a análise das entrevistas e foram agrupadas com bases em suas semelhanças:

- a) função como colaborador do núcleo da medicina para o aumento da efetividade do cuidado integral, por meio da clínica ampliada;
- b) funções advindas da atuação no campo da saúde por meio de competências comunicacionais, olhar generalista e de redutor de danos; e
- c) funções como integrante do apoio psicossocial direcionado à PSR.

O município do Rio de Janeiro, ao optar pela equipe na modalidade III obteve um ganho de efetividade na condução da integralidade do cuidado de sua PSR. Ao agilizar a prestação da assistência e acompanhamento clínico, mantendo sua característica multiprofissional, de baixa exigência, alta resolutividade, de “porta aberta” e, portanto, acessível a absorção de uma maior variedade de demandas espontâneas, a modalidade III ainda possibilitou receber mais recursos e incentivos de financiamento federal (BRASIL, 20017 a). O médico tem a oportunidade de exercer a função de colaborador do núcleo da medicina para o aumento da efetividade do cuidado integral por meio da clínica ampliada. A Clínica Ampliada busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional.

Ao atuar a partir da clínica ampliada e compartilhada, socializa com os demais integrantes do CnaR e da rede territorial parte do vínculo que construiu, pois ao reconhecer a complexidade dos casos, o médico percebe a necessidade de compartilhar problemas e propostas de solução.

Socializar o vínculo é percebido pelos entrevistados como um desdobramento de sua primeira função profissional não convencional, isto é, colaborador do núcleo da medicina para o aumento da efetividade do cuidado integral. A ênfase na criação de vínculo não é direcionada a mantê-lo como uma exclusividade das equipes de consultório na rua e sim expandi-lo para outros espaços e equipamentos. O relato abaixo exemplifica como o vínculo construído de forma eficaz ajuda ao usuário a retornar com mais frequência aos atendimentos da equipe.

... então tem alguns exames que são feitos no territórios e são quase imediatos porque a gente já identifica, já colhe e inicia o vínculo ali, porque quando o resultado sai a gente vai manter esse vínculo e identifica o paciente para dar as respostas, algumas doenças a gente não trata de imediato, por exemplo, o HIV, porque qual a implicação disso para esse paciente, então é algo que... você precisa fazer o vínculo, porque é como ele entende a doença e vê que “olha só, seu teste de TB deu positivo vamos iniciar um medicamento aqui”. A população que temos abordado, ela já entende, quando faz o “testezinho” ela já espera que elas vão tomar os comprimidos e já sabe que depois de um tempo tá pronto, resolveu, porque isso elas começam a se orientar ali, a gente chega pra colher e ela já sabe parte das informações, já entende o que tem que fazer... porque já vai começando compreender uma possível patologia que a gente vai fechar com os exames para frente, e isso é tratamento. Como tratar esse paciente? Ele vai estar sempre no território, quais os territórios que ele fica, se ele não tiver no local onde podemos encontrar, porque o objetivo é esse, tratar, não é examinar. (M2)

Se o usuário retorna é porque algo além da doença se organizou em sua vida a ponto de fazer sentido conviver com a equipe de CnaR. E, ao compreender que sua dor tem valor, a ressignificará, pois o tratamento o levará a um lugar melhor do que ele está agora. Ou seja, não

basta ao médico oferecer a melhor terapêutica, é preciso valorizar o que o outro têm a dizer ou está a sentir e não consegue exprimir. É buscar caminhos relacionando esses dois aspectos por meio do vínculo (STEWART *et al.*, 2010).

A lista de atividades de campo (quadro 3) que inclui trabalhar em equipe, construir um plano de ação participativo nos territórios, educação em saúde, linhas de cuidado a formação de vínculos com usuários e território, embora sucinta, colabora para a escolha de caminhos de superação de adversidades na APS ao incentivar uma postura voltada ao trabalho em equipe integração e fortalecimento da autonomia dos usuários (PEDUZZI, 2001). Apesar do aumento da efetividade das ações, exercer as funções de médico do CnaR é reconhecido pelos entrevistados como mais complexo que o exercício tradicional da medicina em outros níveis de atenção. Essa opinião é reflexo da percepção sobre a atuação simultânea de vulnerabilidades e violações de direitos que atuam na PSR.

... fazer medicina de família é diferente do que trabalhar com consultório de rua. Ele tem algumas peculiaridades, mas eu acho que assim ó, ... a diferença é que o volume de determinadas doenças que estão relacionadas a pobreza extrema, as condições de vida e saneamento são maiores, a questão da TB, eu acho que essa questão educativa de DST, a gente assim, levante um volume muito grande, o que é sífilis, gonorreia, HIV, e outras patologias associadas... (M4)

M2 complementa dizendo:

... a gente se forma para cuidar da saúde e a população na rua é pra mim um grande desafio porque é um aprendizado, é um livro rico, coisas que você vê no livro você vai ver aqui ao vivo e em cores... casos bem mais complexo que um consultório tradicional, que seria da clínica da família, então... eu tenho... um olhar [de atenção] para a população em situação de rua ... e eu estou disposto [a dar essa atenção]. (M2) (interpolação nossa).

Trabalhar casos complexos na APS, como a maioria dos casos relacionados à PSR se apresenta, exige que o profissional médico esteja continuamente aberto a desenvolver competências do campo da saúde compatíveis com as exigências de seu trabalho. Realizar o trabalho intersetorial e ações interprofissionais em conjunto com a educação popular (EPS), por exemplo, promovem o realinhamento do trabalho das equipes às necessidades do SUS e dão continuidade na formação profissional de seus integrantes.

A EPS é traduzida por alguns autores como um modo brasileiro de se fazer promoção da saúde e propõe um modo de estar com o outro, baseado na escuta qualificada e no diálogo (GOMES; MERHY, 2011). Desse modo, “*perpassa as ações voltadas para a promoção,*

proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.” (BRASIL, 2013c).

Trabalhar com EPS propicia ao profissional médico a conscientização de que o conhecimento especializado não dá respostas a todas as situações, mas sim requer o fortalecimento do vínculo e diálogo com o “outro” para trilhar caminhos de resistência frente a miséria e exclusão social. Em especial a EPS cria momentos de lazer e estratégias de inclusão social para sensibilizar a população sobre a importância da mobilização social para a garantia da consolidação dos seus direitos.

A gente faz passeios e programas, por exemplo, a gente faz piquenique, a gente faz passeio, a gente faz roda de conversa, a gente já fez no Jardim Botânico, no Parque Guinle, naquele outro no lado do Jardim Botânico, Parque Laje, na Quinta da Boa Vista. Ah, essa semana agora a gente foi no CCBB e foi ótimo, foi muito bom, pena que “foi” três pacientes só, três ou quatro (...). Mostramos o CCBB pra quatro pacientes que ficaram completamente deslumbrados. (M5)

Cada equipe, portanto, propõe atividades culturais e intersetoriais conforme sua capilaridade no território e a partir do perfil de seus usuários: Cinema, artesanato, realização de festas regionais, doação de roupas e utensílios de uso pessoal e ações intersetoriais de promoção de direitos civis estão entre as várias ações desenvolvidas com participação da comunidade para fortalecer a inclusão social de seus usuários.

O pessoal tinha proposto umas atividades bem legais, por exemplo, teve um evento de roda de samba né, teve uma festa lá na praça em que colocaram música, levaram alimentos, conseguiram bastante doações de alimentos, fizeram cachorro-quente e um monte de coisa [...] então assim, essas práticas esportivas, essas rodas de samba, reuniões com o apoio da igreja, reuniões evangélicas, que acabam dando uma parte cultural, então tem várias ações bem legais. (M2)

A emissão de documentos médicos costuma ser a principal via de comunicação institucional com o sistema de saúde e sociedade, porém o profissional não se limita a ela quando inserido no CnaR, pois, apesar de atuar como ator do campo de saúde não ser função habitualmente destinado ao profissional médico, essa participação passa a ser legitimada como integrante de seu processo de trabalho.

Ao exercitar os fundamentos da educação popular, o médico reconhece que há uma relação entre rede formal e informal e a problematiza com a coletividade em relação à garantia de direitos.

O que a gente pode a gente segura [na equipe]. O que a gente não pode [fazer], encaminha, mas controla e reclama [com os] serviços na falta de atendimento. Mesmo os pacientes que eu interno a gente vai lá [e visita], né. A gente fica controlando [junto] com os outros serviços. Muitas vezes... o paciente inicia o tratamento de Tuberculose aqui, e ... é guardador no “bairro tal”. A gente liga e [combina com nossa rede de parcerias intersetoriais do bairro] “-fulano vai pegar a medicação com vocês”, mas ele não se desvincula da gente, a gente não larga... (M4)

A competência comunicacional na prática médica retorna agora como função/habilidade a favor do trabalho multiprofissional, sendo exercida como tecnologia capaz de intervir na concretização e gerenciamento do cuidado frente as necessidades dos indivíduos (MERHY; FRANCO, 2003). Evita-se, por meio dela, exercer as estratégias de cuidado por meio do que Lancetti (2015) denominou de “contra fissura”, isto é, o afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas complexos. Durante as práticas do CnaR são abandonadas as noções tradicionais do papel do médico como “profissionais salvadores” ou o reducionismo sobre os problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas como doença crônica cerebral ou problemas de personalidade. Proclamam, ao contrário, a ética a favor dos ideais da reforma Psiquiátrica.

Outra função atrelada ao campo da saúde é a valorização do “olhar generalista” mesmo quando este profissional médico possui especialidade. Da mesma forma que a prática médica nos CnaR não restringe suas percepções ao corpo, uma perspectiva generalista não abandona o próprio conhecimento especializado (ou da equipe), mas permite um afastamento do especialismo. Especialismo aqui é colocado como uma visão que interrompe a troca de saberes (PASSOS; ENATIVOS, 2014). Apesar deste comprometimento em se afastar do especialismo, os profissionais não abandonam o olhar genuíno inerente a sua prática.

O profissional mantém uma abertura a outras interpretações, outras expertises, o que permite a transformação de sua própria perspectiva. A perspectiva generalista, por estar menos sujeita aos limites da atuação técnico-científica, lida melhor com a imprevisibilidade das ruas e serve de porto seguro para o início das abordagens.

A troca de saberes dos CnaR está atrelada às necessidades concretas impostas pela complexidade dos casos, fazendo com que o médico receba matriciamento de todos os saberes específicos presentes na equipe e retribua com matriciamento acerca das singularidades de seu

núcleo de conhecimento. Destaco que os agentes sociais de saúde (AGS) representam a categoria profissional que mais contribui para manutenção do olhar generalista dentro da equipe, pois não sendo especialista em nenhum domínio clássico do saber, circulam constantemente por todas as esferas do serviço, da rede e do território, trazendo a “temperatura” das relações produzidas. Se frias, ausentes ou perigosas precisam ser trabalhadas para restabelecer a confiança. Se permanecem quentes e ativas, permitem a longitudinalidade do cuidado. A perspectiva do AGS é vital para a integração das perspectivas do trabalho médico com a equipe e usuários (PASSOS; ENATIVOS, 2014).

Ainda na função de ator do campo da saúde e, na contramão das ideias proibicionistas, o CnaR tem mantido seu trabalho com usuários e rede pautado pelas propostas do paradigma da redução de danos e pelos princípios da educação para a autonomia, avaliando os aspectos decorrentes da tríade “Drugs”, “set” e o “setting” (ECHAZÚ, 2018). A função como redutor de danos é exercida quando o médico se apropria da habilidade comunicacional, já apresentada, e se comunica adequadamente com sua rede para construir acordos que apoiem a autonomia do usuário. A função de redutor de danos pode ser exercida havendo ou não problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativa, pois o que se deseja é o aumento de sua capacidade crítica em decidir/aproveitar o que de melhor lhe cabe em sua trajetória de vida pelos territórios que circula. O apoio à autonomia do usuário não é condicionado à proximidade com o CnaR, sua permanência ou saída da rua.

O profissional M3 explica que faz parte da RD o uso de estratégias que colaborem para a melhoria das condições de vida, saúde e sobrevivência, auxiliando os usuários a se manterem inseridos na rede de atenção à saúde e de assistência social.

Agora a gente pode oferecer outras coisas de redução de danos sem ser insumos, enfim...que as vezes é uma própria alimentação muitas vezes, enfim...banho... (M3)

O somatório de estratégias evita a marginalização e associação de outros fatores vulneradores, como a fome. Ainda em relação a RD M1 prossegue:

Olha, eles aprenderam que eles têm acesso ao sistema de saúde, inclusive tem muitos que sentem doenças crônicas como diabetes e hipertensão e verificaram que eles conseguem a medicação para isso, atendimento isso está sendo colocado ao alcance deles e que antes não teriam só se tivesse com endereço fixo. Eu acho que isso é um avanço nesse sentido, mesmo para essa população que é difícil você conseguir um tratamento mais prolongado como de tuberculose, hanseníase, até de HIV. Você consegue proporcionar a esse indivíduo cuidado a doenças crônicas como diabetes e hipertensão e encaminhar para cirurgia... então eu acho que está sendo colocado ao alcance deles uma oportunidade que antes eles não tinham (M1).

A RD supera a limitada visão da droga como um agente que opera no vazio do organismo e colabora com o usuário na identificação de práticas de vida seguras ou inseguras dentro de seu cotidiano, para dialogar sobre novas concepções de segurança sobre essa mesma prática.

Enfim, acho que um grande entrave e nó é porque a política em relação aos moradores de rua no nosso município é muito contraditório e ao mesmo tempo que existem esforços e equipamentos para cuidar dessa população existem dessa mesma prefeitura e esforços de ações que são de higienização humana e essa contradição aparece nesse momento, então assim, é um investimento que não é total assim, e aí vai depender muito de cada subárea, de cada setor querer ou não aderir a coisas assim. [...] É uma política da saúde bancada por algumas CAP...tanto que tem CAP em área com muitos moradores de rua e que até hoje não tem o CnaR [...] sem muita preocupação com que tipo de política tem feito atrás disso que não seja varrer pessoas, então é um cenário político delicado, nesse sentido, muito embora essa mesma prefeitura que nos financia, mas é delicado e tem muito pra avançar nesse sentido. (M3)

O profissional M5 possui uma fala bastante significativa sobre como se processa sua função nas ações de RD.

A gente fala muito pra não compartilhar o canudo, a gente fala muito pra não compartilhar a agulha. Como redução de danos seria interessante se a gente pudesse dar agulha, mas não pode [não é permitido no território], porque o cachimbo, a coisa de cheirar, compartilhado, a gente sabe que é um veículo pra hepatite B, pra HIV enorme. A gente fala, a gente explica, a gente orienta, a gente fala sobre as DST's, o risco da DST x ou y, a gente fala do ciclo da Sífilis, primária, secundária e terciária, termina na demência. "- Ah, isso é pra assustar, pra chocar, tá tocando o terror." Não! a gente tá dando uma orientação, uma informação real, que isso existe. E lógico, ele vai fazer ou não o uso se quiser. É muita coisa na fala, a gente fala muita coisa, a gente dá exemplo, a gente mostra situações. (M5)

A fala do profissional M5 prossegue sobre o sexo seguro:

O principal [insumo de redução de danos] é a camisinha feminina e masculina, a feminina a gente ensina, a gente trabalha muito com um bordel ali ... com umas profissionais do sexo que a gente já fez preventivo lá dentro do bordel, a gente foi lá, pede pro gerente e ele me dá uma sala e a gente marca um dia, fala "pras" meninas e a gente vai lá e faz preventivo das meninas de rua que podem ser profissionais do sexo. A gente outro dia fez oito, esse ano a gente já fez oito em janeiro num dia que eu não me lembro qual foi, então a gente tem essa coisa do preventivo, a coisa de oferecer camisinha, principalmente a feminina, explicando como é que usa, que serve pra relação anal da menina, a feminina, porque elas fazem programa, então elas são obrigadas a, e de repente elas não tem a proteção porque eles não querem mas se ela tiver e [vai] botar... (M5)

Dessa forma, por meio da RD, a última função percebida se consolida: o médico como agente promotor de cuidado psicossocial. Esta função torna-se possível ao valorizar o que o usuário reconhece sobre seus próprios desejos e necessidades.

Não respeitar desejos pode provocar angústia ou impulsionar o indivíduo a direções diferentes do que se almejava, enquanto colaborar para que este reconheça suas próprias necessidades pode oportunizar a (re)elaboração de projetos de vida.

Ofertar apoio psicossocial sustenta-se na necessidade de promover o desenvolvimento individual e social.

Tem esse perfil de população que fica difícil o cuidado mesmo porque a população você tem que ficar bem “atenado”, porque podia estar morando em uma casa e ter condição de morar numa casinha e que continua na rua. Tem aquele usuário também que não tem condição de morar em uma casa adequadamente, mas precisa de um local para abrigo pelo menos durante aquele cuidado. Precisa tratar um paciente da oncologia que tem que medicar continuamente e não consegue no abrigo nenhum cuidado para manter ele naquele período, pelo menos o suficiente, então o que a gente precisa hoje é uma assistência na parte de moradia como abrigo, isso é fundamental porque a ideia de saúde de trabalhar com saúde integral ela está muito além de identificar saúde mental e física. (M2).

Pretende-se maximizar os recursos internos e externos das pessoas e apoiar o seu saudável crescimento, contemplando a jovens, adultos e famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade emocional e social. O apoio psicossocial oferece a oportunidade de problematizar sobre as coisas que o indivíduo possui / precisa para seguir sua jornada. No encontro dos desejos entre equipe-usuário-rede comumente aparecem fenômenos transferenciais que podem ser usados para fomentar a reflexão do usuário em relação aos aspectos da sua vida e reorientar o cuidado (ANDRÉA, 2006; SICARI; ZANELLA, 2018).

M2 prossegue em sua fala sobre o apoio psicossocial:

Porque se a pessoa continua morando na rua, sem possibilidade nenhuma de mudança, isso aí implica pelo sofrimento contínuo e de manutenção da população na rua. Então se o objetivo é melhorar [as condições dessa] população muitas vezes [é melhor] que elas saiam da rua. É dar continuidade para quem está organizado sair, então tem pessoas que [não] tem possibilidade que continuam [sendo acompanhadas]. (M2)

Enquanto equipe, precisa ser cuidadoso para não impor terapêuticas, mas sim oportunizar as práticas de cuidado por meio desses processos. A experiência o apoio psicossocial aparece quando o entrevistado responde sobre os resultados das ações que considera mais importante para os usuários.

Difícil essa pergunta, acho que tem que perguntar pra eles (risos). Não sei. Acho que talvez pra eles essa questão de uma afirmação de um pertencimento de direito e

cidadania talvez seja uma coisa que tenha significado, porque é algo que eles podem transportar pra outros tetos da vida que não só a saúde. Se ele tem direito [de ser] a cidadão, tem direito como um todo e acho que isso tem um potencial de mudança e de se enxergar no mundo assim que pode realmente levar mudanças de estilos de vida, auto cuidado fazem ter um sentido pra vida como um todo assim. (M3)

Uma ferida infectada pode não ser suficiente para motivar a PSR a procurar apoio junto à equipe. A situação só muda se a condição de saúde vivenciada estiver acentuadamente grave, causa grande incômodo ou quando as territorialidades produzem consequências desagradáveis a seu respeito. Ofertar apoio psicossocial nesses momentos é importante.

Essa população ela não acessa os serviços. É uma população que ela não procura atendimento, não procura o cuidado. Geralmente é quando tem alguma emergência. Ela está passando mal, está com dor. Ela olha pro corpo dela de uma maneira diferente, porque uma lesão de pele pra ela não é motivo de ir, uma dor articular se tiver leve não é motivo pra ir se tiver uma ferida, mesmo que infectado não é motivo de ir, ela só vai quando realmente não tem condição mais de esperar, algo muito grave, mas geralmente evitam o máximo qualquer tipo de atendimento, qualquer tipo de unidade hospitalar. (M2)

Para o CnaR é imprescindível entender as razões que levam (ou não) a pessoa à consulta para, a partir da exploração das principais preocupações do paciente e da equipe, negociar as prioridades para o seguimento do cuidado. Assim, uma pessoa que obteve uma experiência positiva costuma atribuir ao seu esforço os resultados conseguidos; enquanto aquele que fracassou costuma atribuir às suas próprias limitações e frustrações ou a falta de sorte e não aos verdadeiros fatores externos que as ocasionaram como falta de acesso, preconceito, violações de direito, diferenças de gênero, a influência das outras pessoas e expectativas pessoais e comunitárias que afetam seu desempenho em determinada tarefa (WEINER, 1979).

Quando se consegue aumentar o acesso dessa população a seus direitos por meio do apoio psicossocial também aumentamos a percepção desta sobre as próprias necessidades. Situações antes esquecidas ganham valor com o cuidado ofertado. Quando o usuário introjeta que possui direitos por ser cidadão e não por “estar na rua”, esse gozo dos direitos pode ser transportado para outros espaços de vida. Percebemos que no CnaR o apoio psicossocial contempla, inclusive, questões de afirmação de pertencimento referente aos direitos de cidadania para o desenvolvimento individual e social.

Durante o processo de análise sobre as funções expostas, diversas referências sobre as barreiras ao acesso universal à saúde apareceram com tamanha força que justificaram a criação de uma nova categoria de análise.

Dentro do processo de trabalho do Cnar evidenciamos a complexa realidade que seus integrantes atravessam na direção da prestação do cuidado. As reflexões obtidas por meio dos relatos têm o objetivo de subsidiar futuras discussões sobre estratégias de enfrentamento das barreiras à Prática Médica do Consultório na Rua.

5.2 BARREIRAS À PRÁTICA MÉDICA DO CONSULTÓRIO NA RUA E SUAS ESTRATÉGIA COLETIVAS DE SUPERAÇÃO

As barreiras à prática médica do CnaR são potencialmente barreiras de acesso. Logo, o tema acesso é recorrente e transversal a diversas situações aqui expressas. Porém, discutir diretamente as dificuldades de acesso da PSR, apesar de inevitável em alguns momentos, não é a função desta categoria de análise. O que proponho é uma discussão direcionada a identificar as principais situações reconhecidas pelos médicos das equipes de CnaR como barreiras à prestação do cuidado à PSR.

As principais dificuldades identificadas foram agrupadas dentro dos temas mais frequentes nos relatos: 1) Persistência do paradigma biomédico e sucateamento da APS com alta rotatividade dos profissionais; 2) Dificuldades em gerir o cuidado a partir do uso de tecnologias da informação (SISREG, prontuários eletrônicos e sistemas de avaliação e monitoramento); 3) Deficiência de insumos e outras dificuldades estruturais para o trabalho; 4) Violência urbana, afetos e outras dificuldades inerentes ao trabalho multiprofissional das equipes de CnaR e 5) Dificuldades no trabalho intersetorial.

Aqui serão expressas falas que se referem a algumas barreiras da prática médica inserida no Cnar, estas falas, porém, frequentemente incluem ou abrangem perspectivas advindas dos demais profissionais da equipe. Essa é uma peculiaridade presente em todos os relatos e provavelmente fruto do exercício da clínica ampliada. Ainda assim expressam um olhar genuíno inerente a sua prática, pois as características próprias de cada equipe de CnaR, como sua composição e capacidade de atuação constituem, modificam e são em parte modificadas pelas territorialidades, deixando claro que a micropolítica nem sempre garante ou apoia a concretização do objetivo maior que é a ampliação de acesso à saúde. O enfrentamento das barreiras se torna então um aprendizado cotidiano.

As entrevistas estão repletas de falas sobre a necessidade do uso de estratégias intersetoriais para viabilizar ações junto a população e mapear parceiros políticos e sociais para

superação dos impedimentos. A equipe do CnaR acredita que a construção de uma rede acolhedora é uma tarefa inseparável do cuidado.

Por isso que agora teve toda uma mudança que as Unidades Básicas de Saúde também têm que atender o morador de rua, o que a gente do CnaR não dá conta, até porque é uma demanda muito grande, nesse momento do país de desemprego, duplicou o número de moradores de rua, então o CnaR não dá conta, então houve uma mudança de paradigma, onde as Unidades Básicas da área são obrigadas a abrir as portas e atender morador de rua, no começo houve uma resistência, ainda não está cem por cento mas já se faz, bem bacana em alguns lugares, menos em outros, com respeito. (M5)

Assim a APS deve se manter permeável às necessidades da PSR, mesmo em municípios ou áreas em que não haja equipe de CnaR, sem esquecer da inclusão dos profissionais de Saúde Bucal e o NASF (BRASIL, 20017 a). Abaixo foram agrupados os principais temas identificados como entraves para o processo de trabalho, discorrendo sobre as estratégias de superação que os médicos acreditam ser relevantes.

5.2.1 Persistência do paradigma biomédico e sucateamento da Atenção Primária no Brasil.

Em 2011 aconteceu grande debate nacional sobre a questão de financiar ou não equipes de AB que se organizassem fora da lógica da ESF. Em 2011 se priorizou o apoio à ESF como modelo para a AB, sendo o Cnar um dos avanços percebidos (BRASIL, 2011a). Anos depois, durante o período do Governo Temer, tivemos consolidada uma nova proposta de PNAB que o trouxe o prenúncio do desmonte da ESF com a abertura do incentivo financeiro a uma AB “não-ESF” (BRASIL, 20017a). O desmonte de políticas públicas por ela induzida segue nos assombrando até hoje.

O consenso que se observa no discurso dos entrevistados vai ao encontro do posicionamento de Giovanella *et al.* (202) sobre a diminuição da importância da ESF no conjunto da APS, ficando em seu lugar restrições no acesso, financiamento de ações, serviços, remuneração e sobrecarga de trabalho.

O Cnar por questões político administrativas né, não pagaram 13º, férias, um monte de coisa... Até quando a gente vai tratar a saúde dessa forma né, não tem concurso... a gente trabalha com processo eletivo né... até quando a saúde vai ser tratada dessa forma? (M4)

M4 prossegue expondo que é comum os trabalhadores da saúde terem múltiplos empregos para garantir uma remuneração satisfatória. Refere que os processos de verticalização do trabalho foram intensificados e associados a ondas de demissões / precarização em massa. Enquanto isso, os caminhos de “pejotização”, entre outros retrocessos, diminuem as perspectivas de progressão na carreira. Concomitante aos retrocessos na PNAB 2017, ainda persistem os efeitos das tensões paradigmáticas entre os diversos modelos de atenção à saúde que coabitam no território e dificultam a prestação dos serviços profissionais em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

Os entrevistados reconhecem que a APS apresenta dificuldade em absorver demandas da PSR por já apresentar fragilidades frente a suas próprias demandas. Citam que essas fragilidades promovem o retardo da procura do usuário e interferem nos processos de promoção de saúde.

Enfim, acho que um grande entrave e nó é porque a política em relação aos moradores de rua no nosso município é muito contraditória e ao mesmo tempo que existem esforços e equipamentos para cuidar dessa população existem dessa mesma prefeitura e esforços de...ações que são de higienização humana e essa contradição aparece nesse momento, então assim, é um investimento que não é total assim. Aí vai depender muito de cada subárea, de cada setor querer ou não aderir a coisas assim. (M3)

O sucateamento da APS, a burocratização com horários rígidos, valorização do atendimento médico em detrimento à clínica multiprofissional, cadastramento exclusivamente baseado em domicílio, acolhimento deficiente e a priorização de grupos considerados preferencias na ESF (grávidas e hipertensos por exemplo) que não contemplam a PSR, se tornaram fatores que atuam como barreira de acesso (VARGAS; MACERATA, 2018). Os entrevistados identificam que, apesar do aumento da cobertura da AB entre 2009 e 2016, o acesso da PSR permanece insuficiente frente a complexidade da situação econômica do país e dos determinantes sociais que levam para a rua cada vez mais pessoas .

... a gente tem muito DST, muita Sífilis. Muita Sífilis é o que acontece. A gente está sempre com Penicilina [em uso]. Ano passado... foi um problema seríssimo de saúde pública no Brasil, como um todo, e agora a gente tem uma quantidade pequena [de penicilina] e tem que ser usada com muito cuidado e muita moderação. Só pra gestante. Só que eu tenho gestante que o parceiro tem que ser tratado, que ele está com sífilis também. Não adianta tratar a gestante e não ter penicilina pra tratar o parceiro. [Alguém diz] Ah, mas tem “droxprofina”. Tem, tem antibiótico segundo linha oral. [Serão] 28 dias tomando duas vezes por dia... o morador de rua não vai tomar, não tem cabimento. Então isso é uma coisa que me angustia muito, a gente não ter penicilina pra tratar todos os pacientes com sífilis, que é a droga de primeira eleição, é a droga de escolha. “Fazer” comprimido por 28 dias, na população de rua,

é [quase] impossível, e eu já fiz em um paciente que era mais ou menos centrado que tomou e não resolveu! Então é uma coisa que me angustia muito nesse momento. (M5)

Os médicos pontuam que as barreiras de acesso não se limitam ao sucateamento da APS, mas se estendem à Carteira de Serviços municipal (SMSDC, 2016) e federal (BRASIL, 2020b): A especialidade em medicina de família e comunidade parece ter sido abolida na carteira de serviços. O termo que passa a ser utilizado é médico de família, sem comunidade, mudando o foco desta especialidade médica que contribui para uma APS integral de qualidade. Esse posicionamento enfraquece a identidade e a posição dos médicos de família e comunidade. A mudança conceitual em relação à especialidade parece representar mais uma estratégia de desmonte de conquistas anteriores no âmbito da saúde, que necessita ser superada (GIOVANELLA, 2019).

À semelhança de outras equipes da APS o CnaR apresenta rotatividade / ausência de profissionais, apesar de existirem profissionais com longos anos de atuação nesta estratégia. Para os entrevistados a rotatividade é reflexo do sucateamento da APS, dificulta a longitudinalidade do cuidado e comumente está atrelada a precarização das relações trabalhistas presentes no capitalismo acelerado.

Eu estou desde o início do Cnar. (...) . A gente começou aqui assim, acho que 1 ano depois que a clínica já estava funcionando. Foi difícil. É difícil a contratação de profissionais, a rotatividade é muito grande para os profissionais da Clínica da Família já “houveram” assim, entradas e saídas, várias vezes, tanto de médicos como enfermeiros. A equipe já se renovou “n” vezes e eu continuo aqui inteiro (risos). Cinco anos aqui. Então eu fui o primeiro médico do consultório aqui, eu trabalhei 1 ano e meio no consultório [da outra localidade] e depois aí eu vim para cá. (M4)

Diferente da ESF, a maioria dos médicos do CnaR permanece por longo tempo na equipe. A rotatividade e esvaziamento infligido à APS nos últimos anos parece afetar menos esse profissional quando comparado a seus pares de outros programas.

As narrativas descrevem que, apesar de perceberem as pressões do paradigma biomédico e precarização da APS, a “maneira do fazer” profissional propicia vivências no trabalho que transcendem as barreiras identificadas e operam nas diversas esferas da vida cotidiana do trabalhador proporcionando mediação entre prazer e sofrimento em intensidades variadas que amenizam as possíveis frustrações percebidas.

O médico do CnaR está amplamente conectado a ações ligadas ao campo da saúde, o impulsionando a avançar muito além da perspectiva normativa tradicional. Vivenciar essa amplitude aumenta o escopo de suas funções e a possibilidade de produzirem diferenças

vantajosas entre o trabalho prescrito e o trabalho real. As implicações de transitar mais livremente pelo campo da saúde, maior participação nos processos de capacitação e supervisão, bem como o reconhecimento da vida pessoal atrelada a boa remuneração relativa ao trabalho, parecem colaborar para a preservação da saúde mental destes profissionais e, conseqüentemente, sua permanência na equipe.

Permanece a clareza quanto às atribuições da profissão, porém, ficou evidente nos discursos que a realidade demanda ações que transcendam os limites das regras impostas ao trabalho. Nesse viés, trabalhar no Cnar implica sair do discurso normativo para confrontar-se com o mundo (BRITO, 2009). Expressa estratégias utilizadas na busca pelo bem-estar na realização de suas tarefas, fazendo desta mudança de paradigma uma estratégia de inclusão e permanência destes profissionais na APS.

Os discursos sugerem que o sucateamento da APS pode ser superado com o reposicionamento da ESF como modelo preferencial de atenção à saúde. O maior financiamento, o estímulo à implantação preferencial de equipes de CnaR tipo III e o apoio da gestão ao amplo rompimento com a clínica protocolar, retornarão como consequência.

Bom, tem outras equipes de consultório na rua tem terapeuta ocupacional, esses negócios e seria botar esse pessoal pra fazer atividades né e isso aí por exemplo, a nossa psicóloga sente falta disso aí. Até hoje não foi aprovado pra nós. Eles até reclamam, o pessoal da coordenação se a gente fala da falta do carro. “ah, nós estamos fazendo todo o esforço”. Prover a gente de um carro e disseram que não tem como e tal. (M1)

Fruet (2015) afirma que a adoção da estratégia do acesso avançado (AA) e da clínica multiprofissional na APS tem mostrado maior efetividade como ferramenta diária de organização da demanda no contexto dos CnaR quando comparado a outros métodos de organização. Mesmo assim a clínica multiprofissional geralmente é subaproveitada, até mesmo pelas equipes de CnaR, enquanto o AA pode ampliar o acesso aos usuários e garantir agendamentos de retornos, se necessário (MURRAY; BERWICK, 2003).

O acesso avançado não tem agendamento, nada nesse sentido. O usuário que chegar aqui e vai ter sua demanda escutada e tentar ter o melhor tipo de encaminhamento. A gente tenta sempre ser o mais útil possível em cada encontro. Tentar não postergar coisas que podem ser feitas porque a gente entende que são pacientes que tem dificuldades de conseguir fazer o seguimento de algumas coisas, enfim... Na rua é a mesma coisa, de certa maneira, somos nós que vamos em busca deles e não o contrário. A gente tenta também ser o mais resolutivo possível, sempre oferecendo a possibilidade de acessar a saúde como uma opção e aí trazer de volta pro local que

estavam caso desejem. Também possibilitamos que o cuidado possa ser feito no local que estão. (M3)

A flexibilização de horários e protocolos de funcionamento, conforme a demanda dos usuários e territórios, tem sido cogitada pelos profissionais como estratégia de ampliação do cuidado em oposição à rigidez dos horários da APS e à escassez de recursos humanos .

Acho que tem muita coisa ainda que a gente tem potencial... É quase inesgotável... Talvez a coisa mais objetiva nesse momento...[seria] implantar atividades no turno da noite porque hoje a gente não consegue ter estrutura pra ter [isso]. Acho que a gente poderia atingir um público que hoje a gente não atinge... A gente já chegou fazer atividade noturna as 20h da noite uma época e gente percebeu que o território se comporta de outra maneira. [É] diferente depois que as luzes se acendem né? (M3)

Ao ampliar o acesso se faz necessário um melhor controle das informações dos usuários, porém a dificuldade em gerir o cuidado da PSR incluída na APS a partir do uso das tecnologias de informática aparece como um desdobramento do sucateamento da APS e tema recorrente em relação as barreiras de acesso.

5.2.2 Dificuldades em gerir o cuidado a partir do uso de tecnologias de informação: SISREG, prontuários eletrônicos e sistemas de avaliação e monitoramento.

As dificuldades em gerir o cuidado da PSR a partir do uso das tecnologias de informática se mostrou um tema recorrente em relação às barreiras da prática médica e, de certa forma, se manifesta como mais uma potencial barreira de acesso.

Entre os insumos de informática utilizados, a plataforma Sisreg (sistema oficial de regulação de ofertas de procedimentos ambulatoriais nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro) vem sendo utilizado de forma on line desde a rede básica até a internação hospitalar (SMS/RJ, 2020b) e é, de longe, a principal fonte de críticas. As entrevistas sugerem que este sistema precisa de ajustes devido à baixa universalidade e grandes filas de espera que expressam, de modo geral, uma certa ineficiência no agendamento. Além disso o princípio da equidade é pouco percebido nos agendamentos realizados.

Quando perguntado sobre quais seriam os maiores entraves para a referência dos usuários do CnaR para os outros níveis de atenção M4 respondeu:

Se for de Cnar para Cnar [é] numa boa, não tem problema. Para as outras especialidades, o SISREG é um inferno! (M4)

Todos os profissionais percebem que o tempo para ser atendido pelo SISREG é muito alto e o usuário acaba por perder a motivação que originou a solicitação, seja porque encontrou uma forma alternativa para resolver seu problema ou porque agravou sua condição e encontrou atendimento em outros níveis de atenção.

SISREG, (risos). SISREG, SISREG, SISREG, que tá hiper lotado, sei lá, não tenho nem palavra. Hiper lotado é pouco, [é] mega, ultra, blaster [lotado]! O paciente morre antes de chegar a vez. Primeira coisa [que atrapalha] é o SISREG. Não sei nem se tem outra coisa não. A segunda coisa pode ser, por exemplo, as vezes a gente consegue marcar e o paciente some. É um outro problema. Tem que ser pelo sistema, mas nem sempre [a solução] é o sistema. (M5)

M5 continua sua fala se referindo a o fluxo de referência e contra referência, outra dificuldade no encaminhamento via SISREG, como barreiras estruturais por vezes intransponíveis:

Eu preciso de um proctologista e de uma colonoscopia, eu pedi em dezembro e a vaga está marcada pra cinco de maio no Pedro Hernesto. É ótimo, maravilhoso, [mas] será que o Pedro Hernesto vai resistir até cinco de maio? Então isso é um coisa ruim pro CnaR. É angustiante. Eu me angustio muito ainda quando eu não consigo dar ao paciente o que o paciente precisa. Então isso pra mim é uma coisa negativa. Não é do Cnar, é do sistema de saúde brasileiro, do sistema de saúde pública do Rio de Janeiro. Essa coisa de SISREG... é angustiante pra caramba. (M5)

Os prontuários eletrônicos (PEP) representam o segundo lugar em críticas sobre insumos de informática. Os PEP foram desenvolvidos para permitir a avaliação de desempenho organizacional e clínico de mais de 95% das ESF e, desde 2012, oferecem a agregação das bases de dados para gerenciamento em nível central da SMSRio (SORANZ *et al.*, 2017). OS PEP e as centrais de regulação municipais e estaduais (o SISREG é uma delas) compõem os principais mecanismos informatizados de gestão em saúde. As críticas sobre eles referem desde problemas estruturais, tais como não permitir modificações que contemplem características próprias da PSR e multiplicidade de sistemas sem integração dos bancos de dados, até a inoperância dos insumos físicos de informática e tecnologia disponibilizados (internet e computadores de fraco desempenho).

As áreas programáticas da saúde estão gradualmente migrando para um programa único - o e-SUS - e trazendo consigo a esperança de maior integração das bases entre os CnaR e ESF.

Existe o esforço para que estas equipes possam se apropriar dos dados de sua produção para aprimorar sua prática profissional, conforme preconizado no II Plano Operativo das ações de saúde previstas na PNPR (ENGSTROM *et al.*, 2019). Porém, ainda persiste o temor de que muitas informações possam ser perdidas nesse processo.

A gente já atendeu no papel, mas aí adaptaram o prontuário eletrônico. Até hoje ainda tem um problema porque a gente não consegue, não é? Tem umas coisas [instrumentos] que não tem um perfil bem definido pro consultório na rua. Então por exemplo, a gente não consegue saber quantos pacientes do sexo masculino e do feminino, coisa que no posto é mole de [saber]. Tem umas coisas que eles não conseguiram resolver e aí, por exemplo, não gera o que eles chamam de variável para receber uma gratificação. Para nós não tem nada dessas coisas. Nada dos atendimentos que a gente faz é contabilizado. (M1) [interpolação nossa]

Somando fragilidades, a ausência de processos de avaliação e desempenho adaptados à realidade de cada CnaR, aparece frequentemente como mais uma barreira da APS ao aprimoramento do trabalho multiprofissional relacionados com os processos informatizados de gestão. Foi unânime a afirmação sobre sua ausência. O que existe são indicadores direcionados às especificidades da ESF, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que acabou sendo estendido aos CnaR.

Essa é uma constatação interessante, principalmente porque nas Diretrizes norteadoras do CnaR da Cidade do Rio de Janeiro e no II Plano Operativo das ações de saúde previstas na PNPR os processos de avaliação e monitoramento são citados como essenciais a boa prática profissional.

O uso das “agendas padrão” e indicadores tradicionais da ESF têm sido alvo de uma série de críticas por parte das equipes, pois identificam que uma transposição automática para este modelo de monitoramento pouco valoriza as peculiaridades dos diferentes territórios e a alta complexidade do trabalho realizado junto à PSR. As críticas são direcionadas principalmente a tentativa de excessiva padronização do processo de trabalho nos moldes da ESF (PEP, SISREG e agenda padrão) e a ausência de indicadores específicos para a avaliação da produção, pois o CnaR possui um trabalho essencialmente dinâmico que o diferencia do modelo tradicional de Saúde da Família, apesar de estar inserido na Atenção Básica.

As críticas apontam para um distanciamento da gestão sobre a realidade do trabalho dessas equipes nos diferentes espaços de modo que até mesmo as oportunidades coletivas de discussão sobre essa barreira encontram-se silenciados no momento. Assim, quando

perguntados sobre as atividades de cadastramento com uso do PEP, M5 mostrou uma excessiva delimitação da divisão de trabalho dentro da equipe.

“Eu não sei se é só, eu sei que ele faz, não sei se é só, eu nunca fiz, Médico nunca fez, eu não sei se Técnico de Enfermagem, eu acho que não, eu acho que só, eu vou ficar te devendo essa certeza, esse retorno, mas eu acho que só o Agente Social que faz o cadastro, é uma competência dele.” (M5)

Diversos outros processos como territorialização, acolhimento, algumas abordagens territoriais e coletivas pertinentes ao campo de práticas da saúde, não são passíveis de execução por todos os integrantes no ambiente dos PEP. Deste modo, o zelo pela ação multiprofissional, que deveria estar refletido nas ferramentas de gestão de cuidado, nem sempre ocorre. O habitual é que senhas de acesso deem permissões diferentes, em diferentes ferramentas de informática, conforme a classe profissional, mesmo para as atribuições comuns ao campo da saúde. Os sistemas disponíveis acabam por perpetuar fundamentos do paradigma biológico.

O CnaR comumente tem alcançado usuários com características mais nômades, valorizando o contexto particular das concepções de território fluído para o monitoramento, avaliação e planejamento de ações das equipes (ENGSTROM *et al.*, 2019). As equipes, por sua vez, vêm tentando valorizar os espaços de discussão e gestão participativa como especial ferramenta para reorientar o processo de trabalho dentro de sua especificidade e se aproximar à gestão, por reconhecer que as dificuldades de insumos não se restringem à informática e que efetivar soluções está acima de sua governabilidade. Os reflexos da deficiência de insumos estruturais, portanto, será discutido no item a seguir.

5.2.3 Deficiência de insumos estruturais para a prática médica dos Consultórios na Rua

A grande dimensão do território, a perene dificuldade de mobilidade pela ausência de transporte próprio ou regular, a insuficiência de insumos gerais e de RD são claramente citados como barreiras a prática médica na efetivação da clínica ampliada. Muitos desses fatores são oriundos de outras esferas de decisão fora da AB, o que dificulta a governabilidade da equipe local na busca por soluções.

A escassez de insumos clássicos de RD como água, pequenos lanches, canudos, protetores labiais é acentuada pela pragmática ausência de contratação de redutores de danos no município e de recursos visuais de identificação. Dentro deste contexto, é comum o relato

das ações de RD que perderam oportunidades de problematizar com a PSR sobre o consumo de água/alimentação, uso de preservativos e outras práticas de cuidado em relação ao autocuidado em saúde e reconhecimento como sujeito de direito, devido à ausência de um apoio concreto a essas questões estratégicas.

Agir em RD neste cenário se torna mais difícil e desvaloriza suas práticas perante a comunidade. Os entrevistados acreditam que para haver resolutividade nas ações de RD no espaço da APS é necessária uma rede intersetorial em saúde articulada que inclua a garantia dos insumos necessários às práticas de cuidado.

Neste quesito, os médicos reconhecem que o alcance do trabalho depende em boa parte da capacidade que o Estado possui em garantir os insumos necessários para se contrapor ao poder de decisão de atores privados e externos com interesses de perpetuar a situação de exclusão da população. Basicamente os entrevistados referem utilizar preservativos e criatividade na interação com o território como insumos permanentes para a Redução de Danos. O profissional médico reforça essa referência ao sinalizar que *“Em termo de insumos basicamente o que a gente tem é preservativo... e em relação a outras coisas como cachimbo, protetor labial, a gente não tem.”* (M3)

A grande dimensão dos territórios atendidos pelas equipes evidencia a ausência de meio próprio de transporte para os CnaR. Os profissionais referem que a diminuição da mobilidade da equipe está diretamente relacionada ao adiamento ou interrupção dos planos terapêuticos planejados.

A limitação acho que é a questão do território e do cuidado [...] é sobre a possibilidade de transitar no território e com o deslocamento [...] alguns não conseguem, alguns se organizam a ponto de conseguir passagem, outros não. Outros para transitar, transitam a pé. A limitação [que a ausência do carro traz] acho que é exatamente essa questão [...] tanto para tratamento quanto ao deslocamento. (M2)

Garantir o transporte e mobilidade dos CnaR é um bom exemplo deste aparente dilema da gestão. Portanto, o carro utilitário do tipo van previsto desde 2011 na PNAB (BRASIL, 2011a) como inerente ao processo de trabalho dos CnaR, não é uma realidade para a maioria das equipes.

Bom, tem essa situação de completar a equipe e [...] a situação do carro se fosse possível, é uma coisa que faz parte do estatuto do consultório na rua. A gente sabe a crise que está se vivendo então tem coisas para melhorar. (M1)

O profissional M4 segue identificando que a mobilidade dentro do território é prejudicada conjuntamente pela ausência regular de transporte próprio e de outros insumos:

A nossa van não é identificada como deveria ser, então a gente olha assim da portaria a falta de, é banalizar o serviço, uma estrutura toda, a gente já foi atacada com pedrada porque confundiram nossa van com a da Assistência que vai lá e recolhe as crianças aí apedrejaram a gente e a gente comunicou a coordenação de saúde e a coordenação não providenciou uma identificação e isso está em portaria então, mesmo estando em portaria muitas coisas não são compridas. (M4)

A estratégia de superação utilizada para minimizar os riscos de deficiência na identificação visual dos profissionais é feita pelo vínculo da equipe com o território, sendo frequente a escolha por não usar identificação alguma para não ser confundido com outros setores do Governo e ser mais bem aceito em certas localidades. Não existe padrão próprio para a identificação visual do CnaR MRJ.

Ainda assim, mesmo limitados a escassez dos insumos disponíveis, as equipes que possuem transporte próprio ou materiais para o trabalho de RD são por vezes convocadas a “socializar” essas ferramentas de trabalho com outras demandas de sua área programática. Diversos são os arranjos locais de gerenciamento de insumos, mobilidade e transporte relatados como alternativas para essa lacuna.

A constatação da não aquisição do veículo traz a necessidade de agendamento prévio com a central de transporte para os aproveitamentos de itinerários já instituídos pela coordenação de área, parcerias com outras secretarias para viabilizar algum meio de transporte, rodízio de veículos entre serviços e remanejamento das atividades dos CnaR em favor de outras demandas institucionais de transporte. Alguns insumos são negociados em parcerias com outros programas, secretarias, comunidades e outras equipes de CnaR, em especial aproveitando festas populares, campanhas municipais ou eventos locais de relevância ou disponibilidade eventual.

Buscando garantir a continuidade dos atendimentos frente a instabilidade dos insumos, os profissionais referem priorizar subáreas mais vulneráveis dentro do vasto território para estabelecer um itinerário de circulação dinâmico e tentar suprir as necessidades dos indivíduos em acompanhamento.

Esse planejamento, portanto, tem se mostrado bastante vulnerável a problemas sazonais de capacidade de atuação no território, principalmente nas localidades mais distantes ou dominadas por atores armados.

5.2.4 Violência urbana, afetos e as dificuldades inerentes ao trabalho multiprofissional das equipes de Consultório na Rua

Entender como a vida se manifesta nos domínios da rua não é uma tarefa fácil. Assim, o processo de trabalho do CnaR utiliza a concepção de que a rua é um espaço possível para a construção de desejos e projetos de vida apesar da violência e a miséria estarem presentes nos caminhos de entrada, saída e de permanência na rua. (HALLAIS; BARROS, 2015; LACERDA *et al.*, 2018). Essa violência, portanto, é identificada como mais um dos fatores limitantes da prática médica no CnaR.

Diversas faces da violência estão presentes nas entrevistas, porém miséria, exclusão, estigma social e violência institucional permanecem em segundo plano frente ao conceito habitual de violência como conflito armado. Os relatos indicam que as questões de violência não ficam limitadas a quem habita o território.

As equipes se percebem tão vulneráveis quanto a população a quem apoiam. Paradoxalmente a violência institucional é a que mais causa estranhamento nos profissionais, pois advém de serviços ou políticas que deveriam proteger o cidadão e não o fazem. Entendem que, devido aos fluxos institucionais pouco permeáveis a adaptações, a violência institucional acaba materializando mais uma barreira por dificultar a lógica do cuidado. A explicação para esse estranhamento seria a constatação de que a violência urbana é percebida como habitual (e, portanto, mais tolerada), enquanto a institucional, não.

Os profissionais se reconhecem representantes desse mesmo Estado violento e essa constatação produz fenômenos psíquicos manifestos sob a forma de emoções, sentimentos e paixões, tristeza e indignação que interferem no estado emocional destes indivíduos. Fica claro que o cotidiano do CnaR convoca seus trabalhadores a refletir sobre a qualidade do cuidado construído, sobre os afetos presentes a partir do encontro equipe-usuário e suas relações com as várias dimensões da violência. Os relatos dos usuários sobre o sofrimento que permeiam a vida humana provocam afetos difíceis de lidar.

Confirmando essa impressão, o CnaR aparece descrito frequentemente como espaço de compartilhamento de afetos. Os momentos de crise ou de intenso trânsito de afetos, seja em relação à clínica ou às relações interprofissionais, pode induzir um desequilíbrio transitório na capacidade de assistência do CnaR. Assim, reuniões de supervisão e gestão são citadas como

estratégias para oportunizar o amadurecimento profissional do grupo frente ao cotidiano da assistência em saúde.

Os sentimentos de inadequação, sofrimento e frustração dos médicos em diversos momentos se estendem para além do trabalho e são entendidos por M2 como uma consequência da violência percebida no cotidiano. Por vezes se tornam situações que precisam de atenção da gestão para manejo do trabalho.

O entendimento dos entrevistados é que a violência atua tanto como problema de saúde pública (enquanto barreira de acesso) quanto fator de invisibilidade que impede o seu enfrentamento, o que os obriga a buscar estratégias alternativas de superação nos espaços coletivos de decisão, supervisão e apoio psicossocial. Nesse sentido, um dos médicos da equipe aponta que *“algo que poderia também estar no relatório é a questão do sofrimento das equipes com o trabalho. O trabalho no Cnar causa sofrimento na equipe”*. (M2)

Todos os relatos identificam que o trabalho com a PSR é influenciado pelos aspectos relacionados à organização dos serviços do território tal como preconceitos direcionados à PSR, exigência indevida de documentação, limitação do atendimento por demanda programada, território hostil, pobreza e concepções diversas sobre morbidade, autocuidado e direito ao exercício da cidadania.

Segundo alguns autores (HALLAIS; BARROS, 2015; LACERDA *et al.*, 2018) os processos sociais, políticos e econômicos perpetuam, além da miséria, a fome, as desigualdades sociais, problemas habitacionais e as múltiplas formas de discriminações responsáveis por privilégios e outras formas de dominação. Dessa forma, a violência estrutural é reproduzida também pelo Estado na forma de violência institucional e naturalizada na cultura e nas relações entre os sujeitos. (MINAYO, 2006).

Constatamos nos relatos que a violência não costuma andar só. Os profissionais percebem a miséria, o estado de penúria e a ausência de necessidades básicas para a sobrevivência e habitação como uma forma de violência travestida de dificuldade econômica, que afeta seu trabalho. Esses relatos encontram ressonância na literatura, sendo a pobreza considerada integrante das violências “estruturais” do Estado (MINAYO, 2006; ENGSTROM *et al.*, 2016).

Às vezes vem aquele sonho de conseguir uma pensão, de conseguir um benefício também que, assim, o paciente HIV positivo tem direito, paciente com mais de 60 anos tem direito, mas tem toda uma burocracia que o Assistente Social cuida disso e não é tão fácil, é direito, mas não é tão fácil. (M5)

A implantação de políticas públicas que apoiem o cidadão contra os processos contemporâneos de vulneração tais como empobrecimento social, desigualdades de classe, gênero e etnia; precarização do emprego e perda de renda é percebida nas entrevistas como um desafio associado à produção do cuidado, apesar de avanços concretos em relação a proteção de direitos terem sido conquistados nos últimos anos.

Mas tem um pessoal organizado, então assim, tem que ter uma medida do governo para o cuidado dessa população de acordo com o que for levado pela equipe. Moradia, abrigo. Então... é possível morar numa casa e de cuidar da sua própria vida. Tem uma população que precisa de um abrigo temporário pelo menos pra determinado cuidado... e precisa de uma possibilidade. O “Minha casa, Minha vida” é um plano que tem funcionado na população em geral, mas pra essa população de rua não funciona muito bem. Você consegue quase nada de resposta. Então assim, acho que talvez pudesse separar da minha casa minha vida um grupo de casas que para essa população... entendeu? Aí avalia aquela população, vê quem está apto pra morar numa residência, pra situação, pra ele não abandonar né, lógico. A equipe continua dando o suporte até ver a que pessoa se vinculou legal a essa moradia. Tem pessoas que se hoje der uma casa essa pessoa não volta pra rua. Inclusive senhoras, pessoas idosas que já estão querendo uma oportunidade e não conseguem, entendeu?... O paciente que tem possibilidade de morar em uma residência, mas não tem como comprar essa residência, vai continuar na rua. M2

Pela fala acima percebemos que os fatores de “precarização da vida” seguem intensos no país enquanto o pragmatismo na implementação de direitos fundamentais é percebido pelos profissionais como insuficientes para garantir respostas às demandas por moradia, transferência de renda e saúde, presentes nas ruas. O “saber fazer” multiprofissional não é um aprendizado fácil e ainda está em construção nas equipes. Logo percebemos que muitos desafios precisam ser enfrentados para a efetivação de um trabalho integrador em equipe.

O cotidiano do trabalho das equipes identifica, à medida em que se horizontalizam as relações por meio do apoio das supervisões e incentivo à multiprofissionalidade, formas de resistência aos sistemas ortodoxos de controle e de dominação. (LIMA; GHIRARDI, 2008). Esses momentos organizam o trabalho em uma perspectiva que se aproxima da perspectiva “equipe integração” (PEDUZZI, 2001), onde cada trabalhador exerce sua função problematizando como sua inserção dentro do trabalho de toda equipe.

5.2.5 Dificuldades no trabalho intersetorial

O cenário percebido nas entrevistas sobre o trabalho intersetorial é marcado pela articulação entre poucos atores, duplicidade e diminuição da resolutividade de ações. As equipes referem a si mesmas como sobrecarregadas com responsabilidades clínico e administrativas de casos complexos e sabem que o sucesso de muitas das suas ações depende das ações intersetoriais que conseguirem articular com o território.

Diversas são as falas evidenciando o trabalho intersetorial como um desafio frente a uma rede acostuada a uma clínica protocolar.

Eu acho que a gente não tem uma articulação muito grande em rede em nossas ofertas, são pacientes que precisam de muitas coisas para além de uma unidade de saúde pra conseguir repensar sua vida. A gente fica muito frágil assim no sentido dessas ofertas. (M3)

Os entrevistados percebem a potência do trabalho intersetorial, mesmo que fragmentado, na efetivação dos direitos de cidadania, sistema de proteção e garantia de direitos por meio das articulações intersetoriais que participam.

No primeiro ano que nós funcionamos era assim [diziam] aqui, tem uns cracudos aqui, vocês têm que vir pegar! Eles achavam que era pra isso que servia o consultório na rua. Então foi assim uma batalha para divulgar [o tipo de trabalho]. Tem lugar que eles comunicam e [...] fazem o atendimento. Já teve um pessoal que a gente atendia em (localidade), mas que a clínica da família abraçou, ia lá atender o pessoal e tudo. Alguns ainda tem resistência e outros conseguem lidar bem com as situações. (M1)

A fragmentação das ações intersetoriais pode ser explicada em parte pela constatação de que a saúde possui maior facilidade em se articular com a assistência social do que com outros setores como habitação, segurança e educação, por exemplo. Em contrapartida há pouco aprofundamento teórico nas discussões sobre o tema, o que permite inferir que esta seja uma fragilidade adicional para o médico trabalhar de fato em rede.

Quase 30, 40% [dos usuários] já tiveram uma passagem pelo sistema carcerário então... nós precisamos de um profissional que faça uma ponte com a justiça. Muitas vezes é difícil pra nós da área de saúde, então estou sonhando em trazer profissionais que possam resolver essas questões né. Eles [os usuários] não saem daqui quando tem algum problema. Saem de lá [do presídio] e vem pra cá e aí ficam aqui. Retornam ao uso, ao tráfico, então a gente não tem como recuperar isso. Então o olhar meu hoje está para a questão de resolver essas questões judiciais. (M4)

Foi comum os médicos de CnaR priorizarem a interdisciplinaridade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social. Buscam com isso tornar os sujeitos ativos na produção de saúde. Porém, na prática, a rede por vezes se reduz a evidenciar limitações entre parceiros institucionais. A Situação é agravada pela excessiva burocracia das organizações e serviços, dentro e fora da APS, principalmente referente aos desdobramentos das estratégias de RD.

Como acontece a articulação intersetorial isso é um problema, porque não existe uma política centrada que traga essa articulação. A gente tem que contar com a articulação do dia a dia, mesmo com a Secretaria de Assistência Social ainda é muito difícil... Mesmo um [vaga de] abrigo, por exemplo, muitas vezes o paciente não consegue ter uma resposta positiva. (M3)

Outro fator adicional apontado pelos entrevistados é o tensionamento por parte de alguns gestores da APS, judiciário e assistência social, para o exercício equivocado das atribuições do CnaR. Foi relato comum a convocação dos CnaR para a participação em ações de “recolhimento de pessoas”, processos de higienização e manutenção da ordem urbana.

O “deslocamento de atribuições” dificulta o bom desempenho da equipe multiprofissional por convocar os profissionais para outras linhas de frente não dirigidas ao cuidado em saúde da PSR. Os profissionais referem resistir a esses deslocamentos, porém comumente necessitam de apoio da gestão para vencer esse tipo de pressão. Outros dois equívocos frequentes são a ilusão de que caberia exclusivamente ao CnaR encontrar respostas para as demandas da PSR e que os médicos são integrantes de uma ESF adicional.

Nós somos considerados uma 8ª equipe. A gente não entende muito bem essa classificação de 8ª equipe. Na verdade, o Cnar tem uma portaria específica, tem atividades específicas né. Quando a gente pede para que aceitem a nossa (produção de) TB [respondem que] com isso ia o índice vai lá embaixo. Então é uma moeda de cara e coroa né, quando é para consultas no geral eles aceitam numa boa, quando é para uma desgraça [agravo de saúde] ai eles recusam. (M4) [interpolação nossa]

Os relatos indicam a permanência de uma crença no imaginário popular, e por vezes institucionais, que repudia a ideia de ter uma equipe de saúde criada para atender à PSR e que recuse a exercer força coercitiva para o controle social.

Persiste uma dificuldade em compreender a integração do CnaR com a AB, cultivando uma forte vocação para o trabalho em saúde mental. A rede tem dificuldade em compreender que os CnaR exercem atividades que se assemelham ao trabalho do NASF, CAPS e da própria

ESF, porém seguem normativas que os diferenciam destes equipamentos (PASSOS; ENATIVOS, 2014).

Parece ser inadmissível, na visão de alguns parceiros, que as equipes de Consultório na Rua busquem incentivar, e alcancem êxito, em promover o autocuidado por meio de uma clínica ampliada, com base no acesso avançado, multiprofissional, intersetorial, produzida e mantida na rua, apesar da rua.

Muitas vezes [existe] o desconhecimento do que é o CnaR, de quem é, como acontece. Por exemplo, a justiça e alguns outros setores e alguns outros órgãos acham que a gente é pra recolher, que o CnaR é pra pegar o paciente que está na rua e recolher e internar ou abrigar. E não é esse o nosso papel, isso é uma mancha, é uma marca super negativa que existe no imaginário até de pessoas graduadas tipo juízes, tipo juízes, desembargadores [...] [dizem] “tem um paciente ali pra vocês recolherem”. (M5)

Devido a dupla constatação da intersetorialidade ainda ser uma prática em construção no SUS e que dificilmente o CnaR se viabilizaria sem as práticas intersetoriais, o exercício da intersetorialidade exige não apenas a boa articulação do CnaR com o território, mas também requer uma política municipal na qual todos os setores, governamentais e a sociedade civil estejam direcionados ao seu cumprimento.

Assim, os médicos indicam a necessidade do aprofundamento teórico do trabalho intersetorial como a melhor estratégia para combater o processo de desinformação referente às atribuições dos CnaR. Referem que a valorização de práticas intersetoriais coordenadas e convivência comum em fóruns, reuniões e encontros de supervisão de território são essenciais, pois, favorecem a permanente construção da nova cultura institucional baseada em parcerias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho médico do CnaR, ao lidar com "sínteses" entre a norma e o singular de cada caso, exige contínua autocrítica para superar as dificuldades e definir limites, intersecções e interfaces entre as profissões. As ações específicas definidas pelos Conselhos reguladores e as diretrizes de cada profissão devem obviamente ser respeitadas, mas não devem ser exercidas como empecilho para o trabalho em equipe e, nas circunstâncias em que houver superposições de funções entre os integrantes dessa rede, deve-se presar pela integralidade do cuidado como direção para encontrar soluções.

Quatro desafios permanecem: a construção de um cuidado integral em conjunto com a PSR, construção de caminhos terapêuticos interdisciplinares que contemple desejos e necessidades dos usuários, planejar políticas públicas assertivas em prol da PSR e a desconstrução do paradigma biomédico em prol do modelo bio-psico-social-espiritual.

A construção de um cuidado integral dirigido à PSR por vezes exige que as equipes de CnaR exerçam tanto a posição de equipes de referência quanto de equipes matriciadoras como dimensões complementares e indissociáveis de seu processo de trabalho. Os profissionais de CnaR, portanto, prestam apoio às unidades de saúde do seu território por meio da dimensão assistencial com usuários e da dimensão técnico-pedagógica de matriciamento para as equipes e serviços que deles necessitam.

As controvérsias sobre o dimensionamento da PSR induzem fragilidades no planejamento de ações assertivas em prol desta população, porém a desconstrução do paradigma biomédico e dos estigmas que atingem a PSR tem sido operacionalizada pela opção ética em distanciar-se do julgamento moral para valorizar o direito à cidadania. É importante perceber que essa escolha ética a favor da vida constrói (e é construída por) um olhar diferenciado, não fundamentado na repressão, exclusão, permanência (ou não) nas ruas ou na concepção sobre o uso de drogas como inerente a problemas médicos. Desta forma as Diretrizes do SUS, a descentralização, atendimento integral e participação comunitária, em muito tem contribuído na construção de trajetos terapêuticos individualizados.

A prática médica do CnaR é amplamente acessível e permeada por ajustes exercidos pelas territorialidades, aqui incluída a interação recíproca da equipe multiprofissional. Muito desta prática se deve a aproximação do modelo bio-psico-social-espiritual de saúde que incentiva o direcionamento interdisciplinar do trabalho multiprofissional que torna habitual a

produção coletiva de novos conhecimentos sobre o cuidado à PSR durante as parcerias das ações profissionais.

A prática médica do CnaR, portanto, tem colaborado para a construção de uma rede de assistência acolhedora e contribuído com os espaços de discussão coletivas sobre a coordenação do cuidado como uma tarefa inseparável do cuidado em equipe.

Algumas limitações desse estudo necessitam ser esclarecidas. O presente estudo optou pela análise de um banco de dados empíricos pré-existente da pesquisa-fonte, isto é, um conjunto de entrevistas construídas originalmente com uma intencionalidade para a elaboração de um modelo lógico-teórico delineador das atividades, recursos e resultados desenvolvidos pelas equipes de CnaR do MRJ. Foi a partir desse material disponível que trabalhei os aspectos qualitativos que apresento.

O material empírico possui limites a serem observados: os questionários não foram pensados originalmente para analisar todos os aspectos da prática médica do CnaR. É possível que essa limitação tenha contribuído para uma percepção incompleta sobre o tema. Aspectos complementares do cotidiano interdisciplinar do trabalho médico do CnaR poderiam ter sido mais explorados, esclarecidos ou aprofundados por meio de perguntas adicionais aos participantes, o que não foi possível.

Uma segunda limitação foi a escolha pelo uso exclusivo de entrevistas de profissionais médicos. Outras modelagens de amostra poderiam ter sido utilizadas, principalmente devido ao pequeno número de entrevistas, mas entendi que a visão do médico sobre sua própria prática possuiria um maior ineditismo em relação a habitual visão externa que trabalhadores e usuários possam ter sobre essa práxis. A análise entre os discursos dos médicos e dos demais entrevistados pela pesquisa-fonte talvez oferecesse um contraponto ou sinergismos interessantes, porém optamos por não a realizar.

É possível inferir que o discurso médico do CnaR sofra influências de vieses corporativistas e militância política de vários matizes, em especial pela a evidente vocação dos médicos entrevistados ao *advocacy* em relação a defesa do cuidado integral à PSR. Escolher o discurso médico do CnaR foi uma aposta que buscou evidenciar as possíveis mudanças inovadoras desse profissional, habitualmente colocado pelo senso comum em posição conservadora e centrada no paradigma biomédico.

Apesar de minha entrevista, coletada na época, não ter sido alvo da análise deste trabalho, certamente muitas das minhas impressões profissionais estão compartilhadas nos

textos: Vivenciei a angústia dessa contradição durante toda a preparação do mestrado. Por fim, preferi me expor a esse conflito ao invés de argumentar por uma neutralidade inexistente, pois foram essas mesmas contradições que me motivaram propor a realização desse projeto.

Acredito que ter me permitido vivenciar o discurso do outro a partir das minhas próprias memórias me possibilitou ser contaminado por territorialidades que ainda desconheço, expondo a maior riqueza do processo de formação para profissionais do SUS, a educação para o serviço.

Após a revisão das categorias de análise surgiram algumas recomendações que puderam ser sugeridas, visando colaborar na consolidação do cuidado à PSR pela clínica ampliada por meio de equipes de CnaR completas. A primeira se refere aos programas de formação médica, graduação e aperfeiçoamento, que deveriam priorizar em seus currículos um aprendizado interdisciplinar voltado à compreensão da diversidade de concepções sobre adoecimento. A comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas a profissionais de todas as classes. Ambas valorizam os conhecimentos e experiências pessoais dos usuários e habilitam os futuros médicos a uma melhor compreensão dos determinantes sociais sobre o processo de adoecimento, adesão e efetividade dos tratamentos.

A segunda, indica que o dimensionamento da cobertura das equipes de Cnar deve estar vinculado ao simultâneo aumento da cobertura pela ESF. É preciso que o Estado retorne a sua postura viabilizadora do aumento de cobertura da ESF, em todos os níveis de gestão. Os exemplos de investimentos técnicos e financeiros exitosos, ocorridos entre 2009 e 2016, geraram um ganho real da acessibilidade e efetividade das ações em saúde para toda a população do MRJ, em especial a PSR. O apoio às políticas públicas e financiamento do CnaR na APS não deve ficar limitado a contratação de pessoal ou aquisição de tecnologias duras. É preciso investir em insumos de RD, identificação visual das equipes e em seus equipamentos essenciais de trabalho (como o veículo tipo van) e desburocratização dos fluxos de acesso a níveis de atenção de maior complexidade.

É preciso que a política de contratação de recursos humanos garanta remunerações e treinamentos compatíveis com a complexidade do cuidado realizado nos territórios. As contratações devem ter asseguradas a proteção dos direitos trabalhistas, planos de carreira e insalubridade. Combater a precarização trabalhista favorece a permanência dos trabalhadores no território, aumenta a qualificação e satisfação profissional. Garantir direitos trabalhistas favorece a longitudinalidade do trabalho e se contrapõem a alta rotatividade dos recursos humanos da APS.

Garantir a implantação de equipes completas tem se mostrado um direcionamento necessário para aumento da efetividade da prestação do cuidado integral da PSR no MRJ e deveria ser privilegiada em todo Brasil. A adoção de estratégias como o acesso avançado, clínica multiprofissional e participação nos processos de cogestão da equipe têm apresentado melhor desempenho na efetivação dos princípios do SUS, porém necessitam de maior apoio da gestão para serem ampliadas.

A inclusão da equipe de CnaR na cogestão dos processos deveria ser a principal ferramenta para reorientar o processo de avaliação e monitoramento do trabalho do CnaR, dentro de suas especificidades e características. Sugiro que sejam retomadas as discussões referentes à construção coletiva dos indicadores específicos do CnaR e a implantação dos novos PEP ou a migração para o e-SUS, de modo a contribuir para o cuidado da PSR.

Por fim, as características da prática médica das equipes do CnaR vêm mostrando que é possível construir um cuidado que, a partir do trabalho e equipe, se manifeste como um campo de resistência em defesa do SUS. Sonhamos com o momento em que práticas interprofissionais e transdisciplinares se tornem prevalentes no cuidado com a PSR.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, I. S. A; OPAS/OMS Brasil - *Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas*. 2013. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-da-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-e-compulsoria-de-pessoas-que-usam-drogas&Itemid=875. Acesso em: 13 jul. 2020.
- ANDRADE, N. A. D. (Org.). "Gerência de Políticas Públicas e Articulação Institucional Sebrae/MG", 2008. 48.p
- ANDRÉA, M. A. Transferência e contratransferência: o sentir como instrumento de trabalho no processo grupal. *Revista SPAGESP*. v. 7, n. 2, p. 51–58, 2006.
- ARAÚJO, T. A. M., VASCONCELOS, A. C. C. P., PESSOA, T. R. R. F., *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 21, n. 62, p. 601–613, 2017.
- ARIAS-CASTILLO, L., TORO, C. B., FREIFER, S., *et al.* *Perfil do médico de família e comunidade definição iberoamericana*. Colômbia:SBMFC, 2010. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.
- AYRES, J. R. C. M., CALAZANS, G. J., FILHO, H. C. S., *et al.* *Vulnerabilidade e ações de prevenção de agravos e promoção de saúde*. 2003. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/345374/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf. Acesso em: 3 abr. 2019.
- BANDEIRA, M. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministerio da Saúde, 2014., 38p.
- BARBOSA, José Carlos Gomes. *Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados*. 2018. 129f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2018.
- BASÁGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do espaço fechado. In: P.D.C. (Org.). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012, v. 2, p. 25-28, 2012.
- BODSTEIN, R., ENGSTROM, E., DE CASTRO, H. A., *et al.* *Cartilha modificada Produzindo saúde nas ruas: o desafio do trabalho das equipes de Consultório na Rua - Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro*, p. 16, 2017a.
- BODSTEIN, Regina *et al.* *Produzindo saúde nas ruas: o desafio do trabalho das equipes de Consultório na Rua : Pesquisa de avaliação das práticas das equipes de Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2017. 16 p.
- BOURDIEU, P., PASSERON, J. C. *Reproduction in education, society, and culture*. 2 ed. London ; Newbury Park, Calif.: Sage in association with Theory, Culture & Society, Dept. of Administrative and Social Studies, Teesside Polytechnic, 1990.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*. 1986. Anais [...] [S.l: s.n.], 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 7 dez. 2020.
- BRASIL. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2020a. Portal CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) : versão profissionais de saúde e gestores*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *CensoSuas2014: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social*. Brasília: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2015. 176 p. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao_eletronica/muse/Censo2014/index.html. Acesso em: 13 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *CensoSUAS2015: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social*. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017b. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmpls/ferramentas/docs/Censo_SUAS_2015_impreso.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *CensoSUAS2017: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social*.- Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2018. Disponível em:

[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmpls/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017%20\(1\).pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmpls/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017%20(1).pdf). Acesso em: 13 jul. 2020.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coronavírus Brasil*. 2020c. Painel Coronavírus Brasil. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932*. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. CLBR em 31 de dezembro de 1932 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm. Acesso em: 2 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. *Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957*. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. de 1 de outubro de 1957. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/254156.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de dezembro de

1996a. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

BRASIL. *Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013*. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 de julho de 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/leis/8080.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 98p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS*. Portal Conselho Nacional de Saúde. 1996b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Nota Técnica nº 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH*. 2020 d. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-da-orientacoes-para-acolhimento-da-populacao-em-situacao-de-rua-durante-pandemia/SEI_MDHNotaTcnicaOrientaesPopRuaCovid19.pdf. Acesso em: 3 ago. 2020.

BRASIL. Escola Nacional de Administração Pública. *O Censo Suas como processo de aprimoramento e institucionalização da Política de Assistência Social no Brasil*. . [S.l: s.n.], 2012b. Disponível em: http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/374/1/censo_suas.pdf. Acesso em: 6 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013*. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 6 jun. 2019.

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). 2011 a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 14 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013 c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. *Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. *Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%207053&text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Portaria nº 122, 25 de janeiro de 2011b. *Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. *Lei nº 9394, 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. *Matriz de competências em medicina de família e comunidade*. Portal MEC. 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.028 de 1 de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 2 set. 2020.

BRITO, J. C. *Trabalho Real*. Portal Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trarea.html>. Acesso em: 7 jan. 2021.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. Gastão Wagner de Sousa Campos. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185 p. Resenha de VIEIRA, M. *Saúde Paidéia*. Gastão Wagner de Sousa Campos. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185 p. Para Trabalho, Educação e Saúde, v. 2, n.1, p.362-368, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v2n1/15.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf> . Acesso em: 8 jan. 2021.

CARVALHO, M. A., (Orgs.) *et al. De casulo a borboleta a qualificacao para o SUS na residencia multiprofissional em saude da familia*. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. 365 p. (Série Vivências em Educação na Saúde)

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 22, supl. 2, p. 1739–1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1739.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM (Brasil). Resolução CFM no 2.217, de 1 de novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Documenta, Brasília, DF, n. 2.217, p. 179, nov. 1982018. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2019/04/codigo-de-etica-medicos_2018.pdf. Acesso em: 2 maio 2019.

CORTIZO, R. M. (Org.). População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam? . Brasília: Ministério de Cidadania, 2019. (Monitoramento SAGI: Série Relato de Caso, n. 2) Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 8 jan. 2021.

COSTA, R. P., MISOCZKY, M. C., ABDALA, P. R. Z. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 119, p. 990–1001, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-0990.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2021.

DANTAS, E. M.; MORAIS, I. R. D. *Território e territorialidade: abordagens conceituais*. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geografia/organizacao_do_espaco/Org_Esp_A07_I_WEB_SF_SI_050805.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

ECHAZÚ, A. G. Drugs, sets & settings: adensando a tríade no campo ayahuasqueiro. *Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social*, v. 5, n. 8, p. 99-119, 2018.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 213–214, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0213.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

ELLERY, A. E. L., PONTES, R. J. S., LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 415–437, jun. 2013. DOI: 10.1590/S0103-73312013000200006.

ENGSTROM, E., LACERDA, A., BELMONTE, P., *et al.* A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: Desafios da clínica em defesa da vida. v. 43, n. especial 7, p.

50–61, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe7/0103-1104-sdeb-43-spe07-0050.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2020.

ENGSTROM, E. M., CARDOSO, G., LACERDA, A., *et al.* Strategic Analysis of Health Care Practices for the Homeless in Rio de Janeiro, Brazil. In: MALAGÓN DE SALAZAR, L., LUJÁN VILLAR, R. C. (Orgs.), *Globalization and Health Inequities in Latin America*. Springer, Cham. 2018. p. 137–160. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-67292-2_8. Acesso em: 21 set. 2020.

ENGSTROM, E. M., TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1839–1848, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1839.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p. Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

WOLLMANN, A. *et al.* *Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde*. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 225 p. Departamento de Atenção Primária à Saúde; Coordenação do Acesso e Vínculo. 2014. p. 29. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

GIOVANELLA, L. Comentários sobre a carteira nacional de serviços para a APS sob consulta. *Portal Cebes*. 2019. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/08/comentarios-sobre-a-carteira-nacional-de-servicos-para-a-aps-sob-consulta/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GIOVANELLA, L., FRANCO, C. M., ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1475.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GOMES, L. B., MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. 7–18, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/02.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011. 396p.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1497–1504, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

INTERNATIONAL HARM REDUCTIO ASSOCIATION (IHRA). O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). Portal Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

JESUS, W., ASSIS, M. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.161-170, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

LACERDA, ALDA; ENGSTROM, E. M. ; CARDOSO, G. ; TEIXEIRA, M. ; ANDRADE, G. C. L. ; GOLDBLUM, A. S. ; BODSTEIN, R. . Práticas promotoras de saúde do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro: desafios do acesso e dos direitos sociais da população em situação de rua. In: Glória Lucia Alves Figueiredo; Carlos Henrique Gomes Martins; Marco Akerman. (Org.). *Vulnerabilidades & Saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano*. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2018, v. 1, p. 345-364.

LIMA, E. M. F. A., GHIRARDI, M. I. G. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 153–158, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14042/15860>. Acesso em: 1 jun. 2020

LONDERO, M. F. P., CECCIM, R. B., BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 49, p. 251–260, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0738.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, v.27, n. 65, 2003. Disponível em:

https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020

MERHY, E. E., STEFANINI, A. MARTINO, A. (Orgs.). *Problematizando epistemologias na saúde coletiva: saberes da cooperação Brasil e Itália*. 2015. Porto Alegre : Rede UNIDA; Bolonha: CSI-Unibo, 2015. 147p. (Saúde Coletiva e Cooperação Internacional). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/problematizando-epistemologias-na-saude-coletiva-saberes-da-cooperacao-brasil-e-italia-volume-2-pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020

MINAYO, M. C. S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 132 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MURRAY, M., BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*, v. 289, n. 8, p. 1035–1040, 2003. DOI: 10.1001/jama.289.8.1035.

NATALINO, M. A. C. *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil*. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro:Ipea, 2016. 36p.

NATALINO, M. A. C. *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)*, n. 73, Brasília: Rio de Janeiro:Ipea, 2020. 20p.

OLERJ. *População de rua de na cidade do Rio de Janeiro*. Portal Observatório Legislativo da Intervenção Federal na Segurança Pública do Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <http://olerj.camara.leg.br/retratos-da-intervencao/populacao-de-rua-de-na-cidade-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 9 mar. 2019.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 1, p. 37–50, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018170915.

PAGLIOSA, F. L., DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012.

PASSOS, Eduardo; Equipe POP Rua2012/2013;Grupo de Pesquisa Enativos: conhecimento e cuidado. (Orgs.). *Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP rua*. Rio de Janeiro: UFF. 2014. 37p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2019.

RUEDIGER, M. A. *O Rio em perspectiva: um diagnóstico de escolhas públicas*. Rio de Janeiro: FGV/DAPP, 2017. Disponível em: <http://dapp.fgv.br/wp-content/uploads/2017/04/O-Rio-em-perspectiva-2.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed., São Paulo: EDUSP, 2014. (Coleção Milton Santos).

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. The social in health: trajectory and contributions of Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1467–1473, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015205.00482015.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. 4, p. 662–679, 2018. DOI: 10.1590/1982-3703003292017.

ROSA, A. S.; SANTANA, C. L. A. Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Enferm.* v. 71, supl.1, p.501-502, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0465.pdf . Acesso em: 20 jun 2020.

SILVA, T. D.; NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. *Nota técnica: população em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais*. n. 74. Brasília: Rio de Janeiro:Ipea, 2020. 26p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200610_nt_74_diset.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

SILVEIRA, F. E. (Org.). *Sumário Executivo: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua*. [S.l: s.n.], 2008. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS (SMASDH/RJ); INSTITUTO PEREIRA PASSOS (IPP). *Experiência de Rio de Janeiro/RJ. Projeto Levantamento da População em situação de rua do Município do Rio de Janeiro - "Somos todos cariocas"*. Blog da Rede SUAS. . [S.l: s.n.]. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/experiencia-de-rio-de-janeiro-rj/>. Acesso em: 13 jul. 2020. , 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL(SMSDC). Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde . Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016. 180p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://subpav.org/download/impressos/_SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf.

Acesso em: 5 jun. 2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS/RJ). Diretrizes Norteadoras das equipes de Consultório na Rua do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2016. 25p. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Diretrizes%20CnaR_2016.pdf. 2016. Acesso em: 5 jun. 2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS/RJ). Painel Rio COVID-19. 2020a. Disponível em:

<https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS/RJ). SMSRio - Transparência do SISREG. 2020b. Secretaria Municipal de Saúde Transparência do SISREG Ambulatorial. Disponível em: <https://smsrio.org/transparencia/#/>. Acesso em: 2 jun. 2020.

SORANZ, D., PINTO, L. F., CAMACHO, L. A. B. *Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 819–830, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0819.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019.

STEWART, M., BROWN, J., WESTON, W., *et al*. *Medicina Centrada na Pessoa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2010. 407p.

SUBPAV/RJ. *Painel de Indicadores de Desempenho APS - SUBPAV*. 2018. Disponível em: https://subpav.org/SAP/indicadores_novo/aps.php. Acesso em: 25 jul. 2020.

TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P.; ENGSTRON, E. M. *et al*. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 43, número especial 7, p. 92-101, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe7/0103-1104-sdeb-43-spe07-0092.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. L.; ENGSTROM, E., *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1455–1466, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1455.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

TRINO, A. T., MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Orgs.), In: *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. 263p. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SaberesePraticasnaAPS.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

TRINO, A. T., GOMES, A. L., MACHADO, C. M. B., *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. Brasília: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. 23p. .

VARGAS, E. R., MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 42:e170, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49526>. Acesso em: 28 mar. 2019.

WEINER, B. An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, v. 92, n. 4, p.548-573, 1985. 26p.

APÊNDICE

TRAJETÓRIA DO CONSULTÓRIO NA RUA COMO ESTRATÉGIA DE POLÍTICA PÚBLICA

Ano	Normativa	Trajetória
1999	Projeto piloto de Consultório de Rua	Desenvolvido pelo CETAD da UFBA.
2004	Programa Saúde da Família sem domicílio	Posteriormente chamadas de Equipes de Saúde da Família para a População em Situação de Rua.
2009	Portaria Nº 1.190	Instituiu PEAD 2009 - 2010. Um de seus objetivos era "fomentar ações de prevenção do consumo de álcool e outras drogas e HIV/AIDS para a População de Rua".
2009 2010	Chamadas para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos	Por meio destas, o MS selecionou projetos de equipes de Consultório de Rua que receberiam apoio financeiro.
2010	Decreto Nº 7.179	Instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.
2011	Portaria Nº 2.488	Instituiu a PNAB – previu que a Atenção Básica seria composta pelas equipes de Consultório na Rua.
2011	Programa Crack, é possível vencer!	Lançado em dezembro de 2011, previa a estruturação da rede de cuidados e tinha como um de seus objetivos criar 308 equipes de Consultório na Rua.
2012	Portaria Nº 122	Definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua.
2012	Portaria Nº 123	Definiu os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município.
2012	Nota Técnica Conjunta/2012 DAPES/SAS/MS e DAB/SAS/MS	Dispôs sobre a adequação dos Consultórios de Rua e implantação de novas equipes de Consultório na Rua.
2012	Publicação	Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a população em situação de rua
2013	Resolução CIT Nº 2	Plano Operativo de Saúde da População em Situação de Rua.
2014	Portaria 1.238	Alterou os valores do incentivo de custeio referentes às equipes de Consultório na Rua.
2014	Publicação	Saúde da População em situação de Rua: um direito humano.
2017	Resolução 31	II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2017	Portaria Nº 2.436,	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde e manteve a Atenção Básica composta por pelas equipes de Consultório na Rua.

Fonte: Adaptado de BARBOSA, 2018.