



Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas

***Estudo de caso da equipe de Saúde da Família
para população em situação de rua
de Belo Horizonte/MG***

Dissertação submetida à Fundação
Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – ENSP -
IPEA para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Aluno: **Antonio Garcia Reis Junior**

Orientador: **Prof. Dr. José Mendes Ribeiro**

Brasília, DF

12 de agosto de 2011

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R375 Reis Junior, Antonio Garcia
Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população
em situação de rua de Belo Horizonte/MG. / Antonio Garcia Reis
Junior. -- 2011.
145 f. : il.

Orientador: Ribeiro, José Mendes
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Sem Teto. 2. Pobreza. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Saúde da Família. 5. Equipe de Assistência ao Paciente.
6. Administração Pública. 7. Políticas Públicas. 8. Estudos de
Casos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 613.098151

RESUMO

Os equipamentos assistenciais direcionados à população em situação de rua – PSR- têm sido alvos de crescente interesse por parte dos gestores públicos, seja na formulação de políticas específicas ou na prestação de serviços.

O estudo de caso a seguir versa sobre a equipe de Saúde da Família específica para PSR da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte/MG, equipamento de Atenção Primária à Saúde – APS- que atende cerca de 80% das pessoas em situação de rua de Belo Horizonte.

Foram utilizadas técnicas metodológicas da pesquisa social, como revisão de registros administrativos, entrevistas estruturadas (Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família e Primary Care Assessment Tool) e não estruturadas (Roteiro para técnicos e dirigentes de Belo Horizonte) com profissionais de saúde e dirigentes, grupo focal com agentes comunitários de saúde e observação participante.

Os resultados apontam para uma equipe de saúde interligada com outros equipamentos sociais nos componentes sistêmicos do planejamento e da prestação de serviços, condições de acesso presumivelmente favoráveis à população alvo, satisfatórios dispositivos de gerenciamento de demanda, riscos e vulnerabilidades.

Por outro lado, limitações de espaço físico, falta de profissionais e insumos e dificuldades na articulação e compartilhamento de casos com os serviços de atenção especializada ambulatorial e de urgência são desafios a serem superados.

Embora os resultados de estudo de caso unitário não possam ser utilizados para extrapolação universal, o conjunto de técnicas da pesquisa social com os instrumentos de avaliação da APS pode constituir roteiro metodológico para estudo de equipamentos sociais de semelhante configuração, à luz de interesses acadêmicos e de formuladores de política.

Palavras-chave: população em situação de rua; atenção primária à saúde; equipe de Saúde da Família; gestão pública; estudo de caso.

ABSTRACT

Social equipments that provide assistance to the homeless population have been targets of growing interest by public managers, whether in the formulation of specific policies or provide services.

The following case study focuses on the family health team specifically to homeless population care of Secretariat of Health of Belo Horizonte, primary health care team which serves about 80% of people on the streets of Belo Horizonte Brazilian city.

Methodological techniques from social research were used, like review of administrative records, structured interviews (Assessment for Improving the Quality of the Family Health – “AMQ” - and Primary Care Assessment Tool) and unstructured interviews with health professionals and managers, focus group with health community agents and participant observation.

The results point to a health team linked to other social equipments in the systemic components of the planning and provision of services, presumably favorable access conditions to the target population, and satisfactory devices of demand, risk and vulnerability management.

Furthermore, limitations of physical space, lack of professionals and inputs and difficulties in coordination and sharing of cases among specialized outpatient care and urgent services are challenges to be overcome.

Although the results of unit case study can not be used to universal extrapolation, the set of techniques of social research with tools for evaluating the Primary Health Care can provide methodological guidelines for the study of social equipments with similar configuration, in the light of academic and policymaker's interests.

Keywords: homeless population; primary health care, family health team; public management; case study.

Agradecimentos e dedicatórias:

Às diversas expressões da Providência Divina, manifesta pelos familiares e por diversos benfeitores ao longo de toda minha caminhada profissional.

De modo especial ao meu pai, Antonio Garcia Reis (in memoriam), que tanto se sacrificou para ter um filho “estudado” e com valores retos, e por suas contribuições indeléveis durante toda a minha vida.

Ao Prof. Dr. José Ribeiro Mendes, que com seu saber enciclopédico, experiência singular e sensibilidade em acolher minha fase de luto, mostrou-me que a vida pode ser menos complicada do que parece.

A todo o corpo docente e aos colegas do mestrado, por me formarem e reformarem nas convicções sobre o Estado, pelos momentos festivos, assim como pela solidariedade e apoio nos momentos difíceis.

Ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, representado nas pessoas de Claunara Schilling Mendonça, Elisabeth Susana Wartchow e Nulvio Lermen Junior e demais colegas e a Berardo Augusto Nunan, Larissa Feitosa de Albuquerque Lima Ramos e demais colegas da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, por compartilharem suas expectativas para a melhoria do SUS às populações vulneráveis e incentivarem minha participação acadêmica para o aperfeiçoamento pessoal e institucional sobre o objeto.

Aos funcionários da ENSP e do IPEA, singelas testemunhas e facilitadores do processo formativo.

Ao Claudio Candiani, incansável arauto da promoção da saúde das pessoas em situação de rua, por abrir portas institucionais e por sua rica contribuição clínica e gerencial à equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte.

Aos profissionais do Centro de Saúde Carlos Chagas, em nome de Maristela Brant Drumond, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pela acolhida e parceria.

À Raquel Vaz Cardoso, entusiasta colega na Medicina de Família e Comunidade, por incentivar, auxiliar e acolher em sua casa um “pesquisador –hippie-vendedor de brincos em situação de rua”.

À Verônica dos Santos Teles de Góis, por ter pintado em minha vida e tê-la repintado de magenta.

Ao mais vulnerável e anônimo morador de rua dedico esses escritos e desejo que me perdoe se eventualmente a realização de minha pesquisa no CS Carlos Chagas dificultou seu acesso aos profissionais de saúde, e espero que os frutos desse trabalho possam simbolicamente compensá-lo de tal iatrogenia.

Aos moradores de rua do Brasil, para que as análises aqui realizadas possam inspirar gestores públicos na implementação e acompanhamento de equipamentos sociais efetivos e adequados para a especificidade da população em situação de rua.

“Você tem que estar disposto a atender a pessoa na pior situação que ela chegar”.

Micheline da Silva Veiga Moreira,
Agente comunitária de saúde do Centro de Saúde Carlos Chagas,
referindo-se ao perfil ideal para trabalhar com a população em situação de rua.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Auto-fotografia do autor em caracterização superior própria para entrada na fase de campo.....	26
Fotografia 2 - Auto-fotografia do autor em caracterização inferior própria para entrada na fase de campo.....	27
Fotografia 3 - Reprodução fotográfica do mapa de abrangência do CSCC, feita pelo pesquisador.	42
Fotografia 4 - Auto-fotografia do autor demonstrando o expositor de brincos e o frasco de medicação recebida durante observação participante.....	70
Fotografia 5 - Auto-fotografia do autor depois de terminada a observação participante e anterior às demais técnicas aplicadas.....	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AMQ: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS: Atenção Primária à Saúde
BH: Belo Horizonte
CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental
CIEC: Condução involuntária para exames e cuidados
COREME: Comissão de Residência Médica
CSCC: Centro de Saúde Carlos Chagas
ESB: equipe de Saúde Bucal.
eSF PSR: equipe de Saúde da Família para população em situação de rua
GF: Grupo Focal
MS: Ministério da Saúde
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PBH: Prefeitura de Belo Horizonte
PCATool: Primary care assessment tool
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PSF: Programa de Saúde da Família
PSR: população em situação de rua
SMAS: Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
UBS: unidade básica de saúde

Sumário

1. Introdução.....	9
2. Marco teórico-analítico.....	13
3. Procedimentos Metodológicos.....	21
4. Apresentação dos resultados e discussão.....	36
4.1. Revisão documental.....	36
4.2. Observação participante.....	61
4.3. Grupo focal com agentes comunitárias de saúde.....	71
4.4. Entrevista com dirigentes.....	88
4.5. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ).....	93
4.6. Primary Care Assessment Tool (PCATool).....	100
5. Considerações finais.....	107
Referências.....	112

ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro de Entrevista – Técnicos e Dirigentes.....	116
Anexo 2 - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família instrumentos 3, 4 e 5.....	117
Anexo 3 - Instrumento PCATool - versão Profissionais.....	129
Anexo 4 – Quadro de avaliação externa.....	140
Anexo 5- Termo de consentimento livre e esclarecido A.....	143
Anexo 6- Termo de consentimento livre e esclarecido B.....	145

1. Introdução

À luz da Política Nacional de Atenção Básica –PNAB- as equipes de Saúde da Família –eSF- devem se responsabilizar pelo cuidado de todas as pessoas em seu território de atuação definido (BRASIL, 2006b). Contudo, a freqüente ausência de residência formal e o comportamento migratório inerentes à população em situação de rua constituem especificidades nem sempre contempladas para a garantia dos princípios da Atenção Primária à Saúde –APS- para essas populações por parte das eSF. Pela PNAB há permeabilidade para que o gestor municipal configure seus serviços de APS de acordo com suas necessidades e com base na realidade local. Observa-se que embora não haja indução federal para implantação de equipes de APS específicas a essas populações, considerando uma possível responsabilidade sanitária diferenciada sobre grupos que não possuem território fixo - premissa da organização da eSF conforme a Política-, há algumas experiências de municípios que optaram por implantar tais equipes como estratégia de organização do cuidado para essas populações, podendo ser destacados os municípios de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba.

Em 2007 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2008a) realizou Censo para População em Situação de Rua, que procedeu a contagem de todas as pessoas em situação de rua acima de 18 anos em um universo de 71 municípios com população total superior a 300 mil habitantes à época e reconheceu quatro censos realizados autonomamente por outros municípios (São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife). A partir de informações prévias, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde detectou cinco experiências de municípios com mais de um milhão de habitantes, que possuíam pelo menos 1000 pessoas em situação de rua segundo o censo e que tinham Equipes de Saúde da Família específicas para população em situação de rua (São Paulo, Curitiba, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre).

O município de Belo Horizonte foi o pioneiro a realizar um censo específico para população em situação de rua em 1998 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1998a), o que balizou estratégias intersetoriais de formulação de políticas e conformação de equipamentos sociais para abordagem aos usuários. Após tal diagnóstico situacional, implantou eSF específica em 2002, cuja experiência focal parece ser a mais antiga e consolidada estratégia municipal em âmbito nacional. Dessa

forma, o caso Belo Horizonte foi escolhido pela interpretação de que seria o melhor caso para a categoria de análise proposta (equipe de saúde da família para população em situação de rua).

O acúmulo literário dedicado a abordar os aspectos antropológicos, etnográficos, socioculturais e epidemiológicos relacionados às pessoas em situação de rua e à sua condição parece não resolver o insuficiente conhecimento sobre os aspectos da organização de equipamentos sociais dirigidos a esses grupos populacionais, com ênfase para os serviços de saúde orientados pela APS.

Além da contribuição acadêmica e como parte da proposta de mestrado profissional, o estudo de caso da equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua lotada no Centro de Saúde Carlos Chagas de Belo Horizonte foi proposto para se verificar sua contribuição para a organização do cuidado para populações em situação de rua, devendo ser anunciado o interesse institucional do Ministério da Saúde, no qual o autor se inseria por ocasião do início da pesquisa, a fim de que os achados de experiências municipais possam subsidiar o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na análise da necessidade de indução técnico-financeira para a implantação de tais equipes, sobretudo nas situações em que os gestores municipais identificarem que tal estratégia de cuidado é a mais adequada para oferecer respostas singulares às suas necessidades locais de saúde. Do ponto de vista financeiro, os municípios que implantaram equipes de Saúde da Família específicas para população em situação de rua- eSF PSR- recebem recursos federais do Piso de Atenção Básica variável, componente do Bloco de Financiamento da Atenção Básica do SUS para o custeio de suas ações e certamente os complementam com recursos do erário municipal. Assim, a possibilidade de indução federal para a conformação de eSF PSR trará novos impactos orçamentários, sobretudo federais, o que indica a necessidade de se compreender a necessidade e a pertinência da alocação dos recursos financeiros diferenciados, do ponto de vista da influência do uso do recurso na mudança de condições de saúde das populações em foco e do ponto de vista da transparência no uso do recurso público.

Complementarmente, a mudança de local de trabalho pelo pesquisador do Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – SES-DF - não planejada por ocasião do ingresso no Programa de Mestrado Profissional da ENSP-Fiocruz/IPEA, estimula que as impressões oriundas da observação de um serviço de saúde do município de Belo Horizonte possam subsidiar também a SES-DF na

proposição da implantação de equipes de Saúde da Família para PSR no Distrito Federal, como direcionadora ou resultante de um mecanismo de cooperação horizontal.

Do ponto de vista epidemiológico é sabido que a população em situação de rua refere problemas com o uso e o abuso de substâncias psicoativas como álcool, drogas e medicamentos (BRASIL, 2008a), que apresenta incidência de tuberculose cerca de 60 vezes superior à da população geral (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010) e outros agravos de grande interesse sanitário, cuja resolução deveria ocorrer no âmbito das ações da ESF, quando presente. Dessa forma, torna-se relevante para a Saúde Pública e para o aperfeiçoamento institucional do SUS a compreensão da contribuição de estratégias de cuidado direcionadas para grupos de grande vulnerabilidade social, cujo desfecho da intervenção constitui possibilidade de impactar nas condições de saúde desses grupos populacionais.

A despeito da eleição da equipe de Saúde da Família como objeto, nota-se no cenário da macro-gestão federal, concorrência institucional pelo objeto, com modelos heterogêneos de cuidado sob níveis diferentes de gerência. Assim, além dos arranjos das equipes de Saúde da Família existem outras estratégias de cuidado, como a Atenção Primária tradicional, os Consultórios de Rua, propostos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 2005 e que apresenta equipe multiprofissional semelhante à equipe de Saúde da Família e organiza-se por adesão municipal e por meio de celebração de convênio entre gestores federal e municipal por tempo determinado (BRASIL, 2005b). A forma de problematização histórica e a implantação de Saúde da Família de Belo Horizonte em 2002 evidenciam a escolha de um município brasileiro de grande porte populacional em adotar a sua estratégia de atenção à saúde da população em situação de rua, antes que houvesse uma normatização federal específica, seja na indução financeira incremental, seja na proposição de um modelo de cuidado definido. O posicionamento do caso Belo Horizonte instiga a discussão sobre possibilidades de governança e situa a população em situação de rua como público alvo para diferentes arranjos institucionais na conformação de equipamentos de saúde com vocação de interlocução intersetorial.

Os procedimentos metodológicos contemplaram técnicas de levantamento de dados que incluem entrevistas com os profissionais da equipe, com aplicação de instrumentos de avaliação do processo de trabalho dos profissionais com nível superior de escolaridade, entrevistas com informantes-chaves do âmbito gerencial, realização de grupo focal com agentes comunitários de saúde, observação participante do pesquisador

na condição de pseudo-usuário e revisão de dados administrativos e documentais extraídos no nível local, no âmbito da unidade de saúde. O ferramental metodológico aplicado, que confere abordagem diferenciada da modelagem empregada em outros estudos que versam sobre a análise de equipamentos de saúde direcionados à população em situação de rua, constitui roteiro de campo que poderia inspirar estudos posteriores em outras realidades locais, seja em estudos de caso unitários ou múltiplos.

As impressões de campo colhidas sugerem que a equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte dá sinais de institucionalização sustentada em meio a mudanças de composição interprofissional, na interlocução com outros atores intersetoriais na arena técnica-política, pelo desenvolvimento de tecnologias leves de cuidado, pela compreensão satisfatória e aparente assunção de atributos e princípios da Atenção Primária à Saúde por parte da equipe multiprofissional, com destaque para as condições de acesso dos usuários em suas diversas expressões.

Embora o desenho do estudo seja mais apropriado para iluminar questões referentes às condições de acesso e aos aspectos do processo de trabalho multiprofissional, as dificuldades inerentes às limitações de infraestrutura e de insumos e equipamentos para subsídio às ações da equipe de Saúde da Família, bem como a intersecção da equipe com outros pontos da rede assistencial intra e extra-saúde verificadas apontam para a necessidade de compreensão do objeto inserida no contexto histórico, político e intergerencial.

Enfatiza-se que apesar de estudos de casos unitários inviabilizarem a extrapolação universal de seus significados, a adoção de técnicas da pesquisa social aplicadas associadas ao emprego instrumentos de avaliação em saúde ajudam a elucidar a contribuição singular da eSF PSR de Belo Horizonte e instigar o debate acerca de modelagens assistenciais direcionadas às populações vulneráveis, cujas especificidades desafiam o normatismo tradicional na conformação de equipamentos sociais.

2. Marco teórico-analítico

A PNAB define a Atenção Básica – AB- como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e que é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (...)” (BRASIL, 2006^a).

O colegiado dos secretários municipais de saúde admite que a terminologia Atenção Básica seja sinônimo de Atenção Primária à Saúde – APS – no contexto brasileiro (CARVALHO et al, 2008). Os secretários estaduais de saúde também assumem o termo AB como equivalente à APS (CONASS, 2008) a exemplo de algumas recentes abordagens do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), de modo que se observa consenso técnico e político entre as três esferas de gestão da saúde no Brasil. A opção pela literatura que considera a sinonímia dos termos em detrimento de outras referências acadêmicas que tratam as expressões com definições divergentes foi adotada por considerar que a perspectiva dos autores seria presumivelmente mais adequada ao referencial de análise que se pretende com o desenvolvimento desse estudo, já que o escopo das intervenções desses três órgãos colegiados (Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS) representa um olhar que abrange não só o contexto técnico, mas também a perspectiva da formulação e da implementação de políticas governamentais no campo social.

A Organização Panamericana de Saúde – OPAS- define que um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis e que adota práticas otimizadas de gerenciamento e organização em todos os níveis, para alcançar qualidade, eficiência e efetividade, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde, além de desenvolver ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e equidade. Concebe ainda que um sistema de saúde orientado pela APS se expressa por valores, como o direito à saúde, a equidade e a solidariedade; por princípios, como a participação, ser voltado para as necessidades, a intersetorialidade, a orientação para a

qualidade e a sustentabilidade e; por atributos, como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado (OPS, 2007).

Em relação à concepção de APS adotada pela OPAS, a PNAB acrescenta como valores da APS brasileira no contexto do SUS a participação e o controle social, como princípios acrescenta a territorialização, a presença de equipes multiprofissionais, o vínculo e o caráter substitutivo do modelo de APS organizado por meio da Estratégia Saúde da Família em relação ao modelo de APS tradicional. Como atributos, a PNAB considera os mesmos quatro elementos centrais da APS. A compreensão de que a presença simultânea dos quatro atributos é premissa exclusiva da APS orientou o posicionamento teórico e conceitual da OPAS e da PNAB e tem fundamentação na análise comparativa da organização da APS em diversos sistemas de saúde no mundo, sobretudo naqueles sistemas ditos universais (STARFIELD, 2002). Ainda de acordo com a autora, o referencial para a avaliação da APS deve considerar quatro componentes: 1. capacidade para organizar os serviços, pelo qual se avalia se há profissionais capacitados e clinicamente competentes, instalações adequadas e aspectos de sistemas de informação, financiamento e administração; 2. componentes da prestação de serviços, considerando os atributos específicos da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), os atributos derivados dos anteriores (ênfase na pessoa e não na doença, competência cultural e orientação comunitária) e os atributos não únicos da APS (registro adequado, continuidade de pessoal, comunicação, qualidade clínica e defesa da clientela); 3. o desempenho clínico, por onde se avalia o reconhecimento das necessidades, a precisão de diagnósticos e tratamentos por parte dos profissionais dos serviços de APS e; 4. resultados da atenção à saúde, pela adoção, utilização e avaliação de indicadores de morbi-mortalidade, condições funcionais, qualidade de vida e satisfação dos usuários do público alvo. (STARFIELD, 2002). Tal mecanismo avaliativo encontra fundamentação teórica em Donabedian (DONABEDIAN, 1980), cuja estrutura normativa contempla indicadores de estrutura, processo e resultado.

Ao constatar diferentes escolas e múltiplas abordagens para monitoramento e avaliação de programas optou-se pela escolha de “atalhos” propostos por agências de cooperação internacional com experiência na área e instrumentos de avaliação de estruturas, processos e resultados consolidados por órgãos de expertise na área de avaliação de políticas institucionais. Como itinerário sugerido para o monitoramento e avaliação é proposto o roteiro preconizado pelo Banco Mundial (KUSEK; RIST, 2004).

Seguindo este referencial o estudo de caso em questão abordou, ao menos de forma preliminar, os três primeiros passos, a saber: realizar avaliação de condições imediatas; fazer acordo sobre os resultados a serem monitorados e avaliados e selecionar indicadores chave para o monitoramento. Assim, de maneira relacional, entendendo-se que há elementos já construídos e sedimentados para a avaliação da APS no que tange à organização dos serviços, buscou-se submeter os instrumentos estruturados e dirigidos para esta finalidade – descritos no capítulo metodológico- a elementos mais abrangentes para composição do método avaliativo de programas e políticas institucionais.

Em relação à categoria “população em situação de rua”, as classificações são heterogêneas, sobretudo se comparadas diferentes realidades internacionais (ADORNO; WARANDA, 2004). No caso brasileiro, o termo parece estar ligado à compreensão da identificação do sujeito em função da situação de rua e nos países com a classificação em relação à ausência de moradia, nos países anglo-saxônicos – “homeless”.

Há autores que discutem algumas categorizações associadas à expressão. Para Escorel (ESCOREL, 1999), por exemplo, a exclusão social é um "processo no qual – no limite – os indivíduos são reduzidos à condição de animal laborans, cuja única atividade é a sua preservação biológica, e na qual estão impossibilitados de exercício pleno das potencialidades da condição humana". Castell também evita o modelo estático de análise da exclusão social, que fixa os indivíduos em áreas de destituição e salienta o processo dinâmico que os fazem transitar "da integração à vulnerabilidade ou deslizar da vulnerabilidade para a inexistência social" (CASTELL, 1998). Ele prefere o termo "desfiliação" para designar o desfecho deste processo, a tratar de "estados de privação". A compilação de diversidades de definições observadas em relação à temática foi colocada intencionalmente em segundo plano na pesquisa, com o objetivo de se priorizar o uso da categoria “população em situação de rua” no contexto do campo das políticas públicas. Nesse sentido, foram mais valorizados para a discussão dessa categoria e escopo da análise os estudos etnográficos considerando bases municipais (BRASIL, 2006) e nacionais (BRASIL, 2009). Ferreira, lembra a definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ao analisar a população em situação de rua de Belo Horizonte: “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular” (FERREIRA; MACHADO 2007).

Entre a literatura que aborda a categoria acesso ou acessibilidade foram utilizados dois referenciais basilares, por considerar a organização e classificação das dimensões que o acesso assume (GIOVANELLA; FLEURY, 1996) e por considerar a análise do acesso à luz dos princípios da APS (STARFIELD, 2002). Giovanella e Fleury com base extensa revisão bibliográfica discorrem sobre as quatro dimensões da categoria acesso: dimensão política, econômica, técnica e simbólica. Na dimensão política são estudadas as relações entre as políticas de saúde e a formatação histórica do modelo de atenção à saúde inserida na consciência sanitário-social. A dimensão econômica relaciona as variáveis de oferta e demanda; a dimensão técnica aborda o itinerário do usuário na utilização do serviço e suas dificuldades em conseguir ser atendido e paralelo a isso o *modus operandi* do serviço em dar resposta qualificada e resolutive. Já a dimensão simbólica é considerada como as representações sociais e percepções expressas pelo usuário e de que forma o serviço reage a essas especificidades (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). No estudo de caso realizado foram abordadas apenas a dimensão política que o acesso pode assumir, pela preocupação epistêmica no delineamento da política, interesse para a gestão interfederativa do SUS e a dimensão técnica, num esforço de situar a contribuição do equipamento municipal de Belo Horizonte para o acesso da população em situação de rua. Para outra matriz teórica que inspirou a PNAB, o “primeiro contato”, atributo específico da APS, é composto por dois componentes indissociáveis: o acesso e a utilização (STARFIELD, 2002). Assim, um usuário que procura um serviço de saúde pode utilizá-lo num momento pontual, mas o “primeiro contato” ou a chamada “porta de entrada” peculiar a um serviço de APS só se efetivaria pela simultaneidade do acesso com a utilização, onde o usuário pode restabelecer seu contato com os profissionais a partir de uma agudização de um quadro crônico, por exemplo.

Em relação à metodologia de pesquisa social, de acordo com Gil (GIL, 2009), o estudo de caso não pode ser generalizado como a amostra, porém, as constatações oriundas dele podem ser replicadas em outros estudos posteriores, o que constitui contribuição significativa para o processo decisório da gestão. Para Yin, o “estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados” (YIN, 2005). O autor aconselha estudar ao menos dois casos, o que oferece a possibilidade de replicação direta, com conclusões analíticas mais contundentes do que num estudo de caso único. Porém, o estudo em questão trata-se de um único caso, por indisponibilidade de tempo.

Para Ventura, “o estudo de caso é apropriado para pesquisadores individuais, pois dá a oportunidade para que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado” (VENTURA, 2007). Dessa forma, o estudo de caso parece ser a melhor opção para a compreensão do objeto em questão.

Sobre a formatação de serviços de saúde dirigidos à população em situação de rua, nota-se heterogeneidade de olhares em relação aos arranjos técnico-assistenciais locais específicos. Um estudo de São Paulo (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010) enumera a prevalência seis vezes maior de gestação, 30 vezes maior de alcoolismo e 57 vezes maior de tuberculose da PSR em relação à população geral, narra a experiência do Projeto “A gente na rua”, sobre a abordagem de equipe de Saúde da Família direcionada à PSR e debate a equidade do acesso com base na disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do usuário, dimensões contempladas nos referenciais teóricos já citados (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; STARFIELD, 2002). Outra importante contribuição do estudo sobre a realidade de algumas áreas de São Paulo discute o paradigma semântico de certas abordagens do PSF à população em situação de rua, onde “visita domiciliar” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”, e família aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Outro estudo narra a experiência do Centro de Saúde da Barra Funda, gerido pela Irmandade da Santa Casa de São Paulo no cuidado à população em situação de rua local, listando a implantação do PSF nessas áreas urbanas como importante recenseador das populações vulneráveis e a influência desses centros de saúde de APS na promoção da equidade à população em situação de rua, ressignificando as condições de acesso desses usuários (CARNEIRO JUNIOR; ANDRADE; LUPPI; SILVEIRA, 2006).

Ainda sobre o projeto “A gente na rua”, do município de São Paulo, pode ser encontrada a contribuição inicial do Centro de Saúde Escola Geraldo Honório de Paula Souza, com equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde –PACS- composta por enfermeira e três ACS, sobre a cartografia do problema da PSR, realizada por meio dos dados do SIAB (CANONICO et al., 2007).

Como raciocínio hipotético preliminar que guiou todo o interesse científico desse estudo de caso e diante das diferentes modelagens assistenciais locais direcionadas ao cuidado de população em situação de rua, poderia se indagar se a implementação de uma Equipe de Saúde da Família específica pode se constituir uma estratégia eficaz para estabelecer a coordenação do cuidado integral para populações

cujas vulnerabilidades dificultam o acesso aos serviços de proteção social, sobretudo de saúde, tradicionalmente constituídos.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2006) a estratégia Saúde da Família deve ser o modelo de atenção à saúde em caráter substitutivo à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de Saúde da Família atuam e ter como composição mínima a presença de um profissional médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde conforme critérios populacionais. À luz do que concebe a Política a equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar por todas as pessoas no território de definido para a atuação da equipe. Assim, um itinerário da pesquisa intencionou compreender melhor as características do território, clientela e arranjos locais estão presentes na eSF PSR de Belo Horizonte, assim como que estudar aspectos de qualidade inerentes às suas práticas.

Sobre o estudo da população em situação de rua especificamente em Belo Horizonte e as intervenções sociais é significativo destacar alguns recortes do perfil da morbidade da população em situação de rua, apontados em estudo realizado com a população usuária do Centro de Referência de População de Rua da Secretaria de Assistência Social de Belo Horizonte, onde Botti e colaboradores estimaram uma prevalência de 49,48% de transtornos mentais em uma amostra de 245 moradores de rua de Belo Horizonte, com base em questionário auto-referido preconizado pela OMS para suspeição de transtornos mentais (BOTTI, 2010). Embora os dados corroborem os achados dos dois censos de população em situação de rua de Belo Horizonte (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1998; BRASIL, 2006a), os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, assim como a exacerbação da importância de sintomas inespecíficos podem comprometer a real prevalência de transtornos mentais, em função da variabilidade das classificações de “transtornos mentais”.

Publicação sobre a gestão da Atenção Básica de Belo Horizonte destina parte da sua análise às populações chamadas “especiais”, onde a população em situação de rua é amplamente citada, bem como o histórico de implantação da equipe do Centro de Saúde Carlos Chagas. (TURCI, 2008). Do ponto de vista dos fluxos de atendimento para a PSR a publicação diz não haver fluxos definidos, devendo ser atendida no centro de saúde da área ou nas equipes de referência. Sobre a etnografia da PSR a publicação menciona a grande composição de homens em idade produtiva vivendo na rua, pouca presença de idosos, talvez pela baixa longevidade e pelo acesso à aposentadoria, bem

como baixa concentração de menores de 14 anos, por presumir ser a região central de Belo Horizonte hostil a essa subpopulação. Também caracteriza brevemente o perfil de morbidade da PSR, com destaque à grande prevalência de psicoses (26,17%), se comparada à população geral (3%), prevalência de HIV 8,3 vezes maior que na população geral e incidência de tuberculose 4,9 vezes maior que na população geral. Em relação às práticas de trabalho do CSCC enumera a escala de autonomia e outras estratégias para construção da autonomia, com base na interação intrasetorial e extrasetorial, bem como a tentativa da eSF PSR em desburocratizar o acesso do usuário à equipe. Apesar de reconhecer a vocação matricial da eSF PSR, a gestão da Secretaria de Saúde percebe certa dificuldade da equipe do CSCC em conseguir descentralizar suas ações, de forma a serem assumidas por outras equipes de Saúde da Família municipais que herdaram os pacientes ao saírem das ruas. Também vê a estigmatização social da PSR como um fator que dificulta o acesso do usuário na rede, implicando em grande uso dos serviços de urgência e emergência (TURCI, 2008).

Apesar dessa publicação relativa à gestão municipal reconhecer a organização da eSF PSR do CSCC como equipamento de cuidado dirigido à PSR, o Plano Municipal de Saúde referente ao período anterior à publicação citada não previa ações pormenorizadas referentes à população em situação de rua, talvez contempladas em linhas programáticas interseccionais (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2005). Tampouco o Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013 menciona o cuidado à população em situação de rua (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2010). Na mesma tendência, dos relatórios anuais de gestão de 2007, 2008, 2009 e 2010 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2007, 2008, 2009, 2010), únicos disponíveis para acesso eletrônico no portal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o Relatório Anual de Gestão de 2008 menciona laconicamente a eSF PSR implantada no Centro de Saúde Carlos Chagas em item que versa sobre a construção da integralidade da atenção (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2009) e o Relatório Anual de Gestão de 2010 relata a implantação do Grupo Técnico (GT) sobre população em situação de rua com o objetivo de melhorar as condições de saúde da mesma, a retomada da discussão da descentralização da Atenção à Saúde da população em situação de rua e reorganização dos fluxos de atendimento à saúde da PSR, bem como a adesão à política nacional para acompanhamento da população em situação de rua (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2011).

Já o 2º Censo da População de Rua e Análise Qualitativa de Belo Horizonte (BRASIL, 2006a) destina parte da sua análise à coleta de impressões dos usuários e técnicos sobre as instituições, equipamentos e programas. Em relação aos moradores de rua e publicação reproduz as falas dos usuários em relação aos equipamentos dos diversos setores e ao citar a saúde relata que “o atendimento aos moradores de rua no Centro de Saúde Carlos Chagas é identificado muito positivamente por todos os entrevistados”. Para a MORADORA H: “Tem um médico que entende a história dele [do morador de rua] de vida e sabe aonde encaixar ele. Tem uma assistente social e um médico pra atender aquela pessoa, num importa o jeito que ela esteja vestida. Tá ali pra atender. Modéstia à parte, não puxando o saco, mas ele é ótimo médico, sou apaixonada com ele, que ele é muito bom. Apesar dele ficar só dando amitriptilina pra gente, mas ele é ótimo médico. [...] Então acho ele muito bom. Em outra entrevista: “Ó, o melhor lugar que tem, graças a Deus, é o doutor Cláudio, aí no Carlos Chagas. Ele é o médico do povo”. A própria publicação esclarece adiante que os profissionais citados compõem a equipe de Saúde da Família para PSR, lotada no CS Carlos Chagas.

Outra usuária citada no estudo, ao ser inquirida sobre a rede de atendimento municipal disse: “Olha, antigamente era bem precária, agora tá melhorando. Com lutas e tudo mais, mas tá melhorando. Eu também tô junto com a pessoas no Fórum da População de Rua, tô fazendo de tudo pra melhorar mesmo. Porque hoje em dia, o morador de rua ele tem escolha, ele não precisa mais só ficar na rua [...] ele pode ir no Posto de Saúde, se ele tiver doente, tem lá um médico pra atender ele. Eles pensam que é exclusão, eu num acho que é exclusão, eu acho que ele precisa de uma pessoa pra cuidar dele.” Tais impressões qualitativas oriundas de dados secundários públicos sugerem a personificação do Centro de Saúde Carlos Chagas e da figura do médico por ocasião do estudo citado como elementos indutores do acesso da PSR aos serviços de saúde, cuja análise mais aprofundada será feita nos capítulos subseqüentes, bem como as demais referências literárias.

3. Procedimentos metodológicos

3.1. Aspectos preliminares

O objeto em questão foi o estudo de caso da Equipe de Saúde da Família específica para população em situação de rua da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

O objetivo geral consistiu em subsidiar o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na proposição e monitoramento da indução de políticas e programas direcionados à gestão do cuidado de populações em situação de rua.

Como objetivos específicos pretenderam-se:

1. Avaliar o caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua - eSF PSR- Belo Horizonte como programa focal para a organização do cuidado à saúde da população em situação de rua.

2. Analisar aspectos do acesso dos moradores de rua à eSF PSR, sobretudo em suas dimensões política e técnica (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

3. Avaliar o grau de conhecimento dos profissionais da eSF PSR sobre os princípios e atributos da APS.

4. Analisar aspectos inerentes ao processo de trabalho da eSF PSR, considerando a adequação da estrutura física utilizada, a abordagem da equipe em relação às áreas programáticas e transversais estratégicas e prioritárias e o uso de ferramentas e dispositivos para a gestão da clínica.

Tendo em vista a necessidade do Ministério da Saúde ampliar sua percepção sobre experiências exitosas no cuidado à população em situação de rua, o caso Belo Horizonte foi selecionado intencionalmente por constituir caso típico e singular, de acordo com as seguintes justificativas:

1. O município era o que apresentava melhor cobertura populacional municipal por Equipes de Saúde da Família (superior a 70%) em relação às demais, configurando opção pelo modelo de Saúde da Família como substitutivo ao modelo tradicional – premissa da PNAB- de maneira mais enfática. Com a adoção deste critério buscou-se

mitigar os eventuais vieses pelos quais a população em situação de rua poderia buscar acesso ao sistema de saúde por diferentes opções de modelos de APS.

2. Por ter uma equipe de Saúde da Família exclusiva desde 2002 e ser a pioneira equipe exclusiva para PSR no Brasil, o que aumenta o período de análise, e por presumir que o princípio da longitudinalidade poderia ser mais fortemente observado.

3. Por contar até recentemente com os mesmos profissionais da época de implantação da equipe em sua composição.

4. Por ser conhecido previamente, por meio de banco de dados do Departamento de Atenção Básica que congrega apresentações realizadas pelos representantes das diversas experiências municipais, que a equipe desenvolveu tecnologias de cuidado específicas para seu processo de trabalho: linhas guias, roteiros administrativos, entre outros.

5. Pela permeabilidade da gerência e gestão municipal em relação ao desenvolvimento do estudo em seu território e pela potencial cooperação intergerencial deflagrada pelo processo de pesquisa vinculado ao mestrado profissional.

Em relação à abordagem, pretendeu-se a realização de um estudo naturalístico, com a interpretação de dados realizada no contexto, visando à retratação “completa” da realidade, por meio do uso de variadas fontes de informação, e com a possibilidade de revelação de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo.

Para a consecução do objetivo de subsidiar o processo de tomada de decisão por parte da gestão federal sobre o tema específico, ou seja, a atenção à saúde de população em situação de rua, foram aplicadas diversas técnicas de investigação recorrentes à pesquisa social, combinadas a instrumentos avaliativos já consolidados na área da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, serão expostos ao longo da apresentação dos resultados diversos desfechos que apontam para a intersecção das técnicas utilizadas, onde se pode exemplificar que técnicas de observação subsidiaram o delineamento de roteiro para grupo focal e onde resultados coletados nas entrevistas suscitaram a necessidade de revisão de registros documentais.

3.2. Revisão documental

A revisão documental foi a primeira técnica empregada para maior reconhecimento sobre o objeto. Pretendeu-se priorizar a busca de dados secundários oriundos de registros oficiais, acervos administrativos e fontes de informação de gestão.

Neste quesito importou-se obter certa reconstituição histórica da experiência da eSF PSR, considerando aspectos de sua implantação, implementação, caracterização, organização do processo de trabalho, mapeamento de interfaces, inserção no contexto das políticas setoriais e intersetoriais com destaque para a governança municipal.

Foram analisadas fontes que abrangiam desde relatos e documentos informais de domínio da equipe de saúde ou da gerência local até publicações externas. Os tipos de documentos utilizados versavam sobre memórias e registros de comunicação intergerencial possíveis, como o apoio institucional, apoio matricial, atas de reuniões, relatórios administrativos, histórico de momentos formativos, planejamento conjunto, discussões colegiadas entre a equipe, a gerência e outros atores e instituições. Também foram valorizados Relatórios de Gestão e instrumentos e estudos intersetoriais produzidos pelo serviço sobre a temática.

3.3. Observação participante

A aplicação dessa técnica foi motivada pela necessidade de maior conhecimento do objeto, sobretudo as condições de acesso da PSR à eSF PSR como equipamento municipal específico para essa população. Metodologicamente, alguns aspectos para a averiguação do acesso poderiam ser inquiridos nas entrevistas e nos registros administrativos, mas por se tratarem de dados primários e secundários não públicos, respectivamente auto-referidos e potencialmente positivados, incidiria maior risco de viés na análise do acesso em si. Por outro lado, em virtude do exíguo tempo disponível para a execução da fase de campo e pelas possíveis dificuldades de abordagem junto à PSR, a análise da percepção dos usuários sobre seu próprio acesso e a qualidade do serviço em si não foi realizada, ainda que houvesse um instrumento estruturado específico do PCATool disponível para “usuários”, além de outros instrumentos que poderiam ter sido aplicados. Nesse sentido, houve uma opção metodológica orientada para o recorte do objeto.

Yin narra a técnica da observação participante como concebida nos estudos antropológicos de grupos sociais distintos e caracterizada pela presença ativa do pesquisador, na qual assume uma variedade de funções e de modo a interferir na dinâmica da realidade observada. Como potências da técnica, o autor aponta a possibilidade de participar de eventos restritos à comunidade científica, o aumento da capacidade de se observar a realidade de dentro da instituição, a fim de se imiscuir na

perspectiva dos atores e a possibilidade de interferir nos eventos estudados. (YIN, 2005). Gil corrobora com essa visão, incluindo como vantagem do emprego da técnica a rápida obtenção de dados para ampliação do olhar sobre o objeto (GIL, 2009). Outra vantagem seria obter um olhar atual e dinâmico, apesar de pontual, sobre a condição do acesso, tendo em conta que os dados administrativos poderiam refletir uma temporalidade diferente do momento visitado/observado.

É necessário lembrar que o autor era responsável técnico sobre a temática de população em situação de rua junto ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde por ocasião da realização da fase de campo e que a análise de experiências locais relacionadas ao objeto fazia parte do seu processo de trabalho institucional, de tal forma que as exigências de submissão prévia a comitê institucional de ética em pesquisa foram relativizadas. Aliás, a condição híbrida “pesquisador-auditor” trouxe um inevitável viés de cortesia no acesso aos dados de modo geral, cuja aplicação da observação participante poderia mitigar seus efeitos.

A concepção proposta pela observação participante foi a perspectiva de se averiguar formas de acesso à eSF PSR na condição de usuário. Para tal, houve uma fase preparatória preliminar à execução da técnica que envolveu o estudo sobre o delineamento da execução, a mais convincente forma de caracterização indumentária e estética do pesquisador, uma rápida fase de laboratório, a inclusão de uma lista de checagem observacional e a reflexão sobre algumas particularidades éticas implicadas.

Para não comprometer a execução da técnica é importante salientar que o pesquisador não conhecia, nem era conhecido pessoalmente por nenhum dos profissionais do CS Carlos Chagas, seja do nível gerencial ou da atuação na ponta. Os contatos que antecederam toda a fase de campo foram todos realizados por e-mail e por telefone com um dos gerentes do distrito sanitário e com a atual gerente da unidade, de forma que apenas desses dois atores se poderia dizer que tinham alguma familiaridade, e somente com a minha voz. Pactuamos que estaria presente para as atividades combinadas a partir de 26 de outubro de 2010, prevendo a aplicação da técnica no dia anterior, sem dar ciência dessa informação aos mesmos. Optou-se pela não ciência prévia aos atores que seriam observados, de modo a caracterizar uma observação participante “artificial”, em que a presença do pesquisador em tese seria “anônima” à realidade estudada. Foi esclarecido posteriormente a todos os profissionais observados sobre a minha presença na unidade, disfarçado de usuário, e indagado se a não petição do consentimento prévio implicou em algum dano pessoal ou profissional. Nenhum

profissional perguntado sentiu-se prejudicado com a observação participante e todos consentiram em assinar um “Termo de consentimento esclarecido após observação”, coassinado pela gerente do CSCC.

Outra premissa da aplicação da técnica versa sobre a necessidade de inserção prolongada do pesquisador na comunidade durante a observação participante (QUEIROZ; VALL; SOUZA; VIEIRA, 2007). Essa variável foi refletida à luz do delineamento do estudo e tendo em vista o exíguo tempo da fase de campo, assumiu-se o risco da execução da técnica, apesar da incidência óbvia de vieses temporais na sua análise, considerando que a perspectiva observacional poderia iluminar mais aspectos sobre o objeto, sobretudo em relação ao acesso, que não seriam necessariamente constatados nas entrevistas e a partir de registros administrativos.

A partir de contato prévio com uma médica residente (a quem pedi sigilo sobre a aplicação dessa técnica) que estagiou no serviço no ano de 2009 e que conhecia o perfil das pessoas de rua houve a sugestão de que eu não me caracterizasse como “mendigo” ou morador permanente de rua, mas que seria mais convincente se adotasse a apresentação pessoal de um trecheiro ou migrante, estereotipado como um “hippie vendedor de brincos”.

Houve então uma primeira fase de laboratório onde observei as vestimentas e trejeitos de vendedores de brincos em Brasília, onde resido, e adquiri vários pares para a composição do figurino do personagem. A segunda fase de laboratório para composição ocorreu na manhã do primeiro dia da fase de campo já em Belo Horizonte, onde transitei pelas imediações do CSCC, sobretudo percorrendo os arredores do parque municipal localizado em frente à unidade, com o esforço de observar as pessoas em situação de rua e ter o primeiro contato visual em relação à unidade a fim de obter informações estratégicas, sobretudo à porta de entrada a qual deveria me dirigir.

Minha caracterização contemplou uma barba natural densa, a ausência de óculos, lembrando que sou míope sob uso de prótese ocular, e a vestimenta de calça jeans e camiseta preta velhas e sujas, além de sandália e gorro peculiar, conforme imagens a seguir. Não me submeti a ficar mais de um dia sem banho, como se seria de supor a apresentação corriqueira de um morador de rua, já que o objetivo era mimetizar um trecheiro ou migrante, mas tingi-me com terra sobre a pele para conferir mais naturalidade ao personagem.



Foto 1. Auto-fotografia do autor em caracterização superior própria para entrada na fase de campo.



Foto 2. Auto-fotografia do autor em caracterização inferior própria para entrada na fase de campo.

Por orientação da médica residente que auxiliou na fase de campo, havia a probabilidade de que a omissão da informação de documento de identificação ao solicitar atendimento poderia acionar uma rede ligada à Assistência Social, anterior à avaliação por parte da equipe de saúde, portanto, optei em não omitir minha identidade real e documento de identificação com foto infantil, se fosse solicitada. Outra sugestão era a de que o hippie dissesse que estava há pouco tempo na cidade e dormindo em albergue, condição que caracterizaria melhor como em “situação de rua”, se algum dado de origem lhe fosse perguntando.

O roteiro de observação incluiu uma lista de checagem memorizada, de forma a não levar gravador ou bloco de anotações, para evitar qualquer desconfiança por parte dos observados. Essa lista de checagem memorizada envolvia dizer a quem me atendesse que eu estava com “dor de cabeça”, queixa subjetiva que não seria visivelmente desmascarada, e por supor que o fornecimento de um analgésico é algo que não implica grandes dificuldades burocráticas, mesmo em estabelecimentos de farmácia privada, por serem medicamentos considerados isentos de prescrição. Por

outro lado, do ponto de vista biomédico poderia ser observada se haveria ou não alguma classificação de risco. Além disso, estavam previstas a verificação de condições físicas e arquitetônicas, considerando os espaços físicos internos e externos, se eu seria atendido sem consulta agendada ou não e o fluxo de atendimento e os profissionais que eventualmente realizassem a abordagem, o tempo de espera, a coleta de impressões visuais sobre o processo de trabalho dos profissionais: empatia comigo e outros usuários, postura pessoal, informações prestadas e observação sumária da organização da demanda.

3.4. Grupo Focal com Agentes Comunitários de Saúde - ACS

A realização do Grupo Focal – GF- foi motivada pela necessidade de se conhecer outros aspectos do processo de trabalho da eSF PSR, sobretudo no trabalho extramuros e nas complexas questões de abordagem a um segmento social (PSR) que apresenta características nômades, dificuldade de aceitação de um conjunto de regras sociais tácitas e que apresenta experiências negativas pregressas que dificultam o processo de formação de vínculo interpessoal ou institucional/governamental. Além disso, a realização do GF com os ACS tenta suprir uma deficiência que os outros instrumentos apresentam na sua formulação, já que suas linguagens são pouco acessíveis aos profissionais de nível de escolaridade médio ou fundamental. Por fim, há outro objetivo pretendido em se ouvir a fala dos ACS sem a participação dos demais profissionais de nível superior de escolaridade, sobretudo o profissional médico, e o enfermeiro, que exerce função supervisora dos ACS entre suas atribuições preconizadas pela PNAB (BRASIL, 2006) e a gerente da unidade. Com a ausência desses atores pode-se estimular a participação dos ACS, diminuindo o risco de melindres institucionais, sobretudo em relação à subordinação hierárquica, efetivamente constituída (gerente da unidade e enfermeira) ou simbolicamente exercida (médica, demais profissionais).

Do ponto de vista da execução da técnica, buscou-se observar um percurso metodológico (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; GONDIM, 2003) considerando o cunho eminentemente qualitativo da análise, a percepção de que o resultado mais interessante deve primar pela fala em debate, de forma a contemplar as opiniões individuais rearranjadas pelo pensamento coletivo, sem necessariamente

buscar o consenso entre as opiniões e tentar extrair o máximo das percepções verbais e gestuais dos atores participantes.

Embora para os autores citados a técnica tenha sua maior valia em grupos de 4 a 12 pessoas, só há atualmente quatro ACS lotados na eSF PSR, dos quais uma não esteve presente em virtude de afastamento profissional temporário. As outras profissionais anuíram em participar da técnica após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como abordagem inicial foi facultada às ACS que escolhessem o local que desejassem para sua realização, considerando um ambiente que pudesse estimular o clima informal, cordial e com baixa possibilidade de interrupção externa de qualquer natureza. Assim, o local escolhido foi o Parque Municipal localizado em frente ao CS CC, local aprazível e bastante acolhedor, cenário de práticas corporais e físicas por transeuntes e esportistas em geral, por sinal o mesmo local onde se realizam (aram) alguns projetos terapêuticos da eSF PSR.

Para a condução da técnica do GF as seis funções necessárias: mediador, operador de gravação, relator, observador, transcritor de fitas e digitador, foram divididas entre duas pessoas, sendo que o pesquisador foi responsável pelas duas primeiras e as duas últimas e uma auxiliar convidada, Raquel Vaz Cardoso - médica residente em Medicina de Família e Comunidade e consultora na fase de laboratório da observação participante - foi responsável pela relatoria e observação de percepções, sobretudo a linguagem corporal e não verbal das participantes, considerando os gestos, tons de voz e as expressões faciais na medida em que os temas eram discutidos. Uma terceira pessoa colaboradora estava prevista para o desempenho da função de operador de gravação e relatoria, mas como havia um grupo restrito de pessoas a ser pesquisado (três pessoas) poderia haver um desequilíbrio visual com potencial efeito inibitório às falas e à desenvoltura das participantes. Assim, e por considerar que todo o debate foi gravado por meio de gravador digital portátil de longa capacidade de armazenamento de dados, não houve interrupção das falas para eventual reposição de fitas ou recarga de pilhas nesse ínterim, de modo que pesquisador e auxiliar convidada conseguiram acumular as funções sem prejuízo de perda de dados ou interrupção do processo de execução.

Houve então uma introdução com a apresentação dos dois condutores, esclarecimentos sobre os objetivos do GF e da dissertação de mestrado, consulta sobre a permissão de gravação das falas das participantes e orientação sobre a destinação confidencial dos dados, por meio do anonimato das falas categorizadas genericamente

como “ACS 1”, “ACS 2” e “ACS 3”, sem qualquer ordem alfabética ou outro critério que possa induzir a um reconhecimento prévio de cada uma no contexto. Também foi orientado que apesar dessa citação genérica ao longo do texto, eventualmente a profissional poderia ser reconhecida posteriormente no contexto, pela característica ou teor de sua fala, mas não houve negação ou receio de quaisquer das ACS em participarem. Foi destacada a importância da participação de todas, com o destaque de que não haveria juízo sobre “opiniões certas” ou “opiniões erradas”, “falas boas” ou “falas ruins” e nem a necessidade de formação de consenso ou dissenso entre elas.

O itinerário memorizado de mediação do GF contemplou a busca pela facilitação da integração dos participantes, a garantia à democratização da fala, o incentivo ou arrefecimento de debates, e a não discriminação, verbal ou postural, de qualquer opinião emitida. De forma a incentivar uma transição sutil dos temas e ter um instrumento de coleta que permitisse um diálogo entre as diversas técnicas aplicadas no estudo de caso e contribuísse para o alcance finalístico da dissertação, houve o preparo prévio de um roteiro de debate, impresso e disponível à mão do pesquisador ao longo do desenvolvimento da técnica. A preocupação com os aspectos da comunicabilidade foi levada em conta na hora de definir a melhor abordagem dos temas, pela adoção de perguntas consideradas mais simples no início e crescente complexidade, pela utilização de questões não estruturadas de forma a permitir resultados menos lacônicos e mais satisfatórios do ponto de vista qualitativo e pela preferência por pronomes interrogativos mais abertos e instigadores: “Como?”, “O que?”, “Quais?”, além de se evitar o uso de pronomes indutores de respostas defensivas ou que concordassem com a visão de mundo preconcebida embutida na pergunta, tais como: “Por quê?” e “Para que?”. Assim posto, o roteiro inicial de debate previsto continha as seguintes questões:

1. Como é o seu trabalho? Quais são as suas funções?
2. Como é a visita que vocês fazem? O que perguntam? O que não pode faltar na abordagem à pessoa em situação de rua?
3. Se um morador de rua que dormia num lugar passa a dormir em outro, como fica o acompanhamento?
4. Quem é a população em situação de rua? Qual o perfil dos moradores de rua de Belo Horizonte?
5. Quais são as necessidades de saúde da população em situação de rua que você acompanha?

6. Quais são as principais dificuldades do trabalho com as pessoas em situação de rua?

7. Se um morador de rua não deseja o apoio de vocês, o que vocês fazem?

Para induzir melhor compreensão dessa questão algumas condições exemplificadoras foram utilizadas: “se não quer conversar”, “se não quer receber o tratamento supervisionado/ DOTS”, “se não quer tomar remédio prescrito”, “se não quer comparecer à consulta com os profissionais de saúde”.

8. Você(s) se sente(m) ameaçada(s) ou intimidada(s) em alguma situação? Se sim, o que faz (em)?

9. O que vocês acham que o CS Carlos Chagas precisa melhorar no atendimento à população em situação de rua?

Os respectivos objetivos almejados com cada pergunta serão descritos ao longo da apresentação dos resultados, assim como a observação sobre a inserção de novas perguntas. Embora no campo da pesquisa social haja softwares para facilitar a análise dos dados, tais como o *Anthropac* e *Ethnograph*, optou-se pela análise naturalística dos dados realizada pelo pesquisador.

3.5. Entrevistas com informantes chaves.

A seguir são descritos as especificidades dos três instrumentos utilizados na fase de campo, dirigidos aos profissionais da ponta, gerentes de unidade e do distrito sanitário.

3.5.1. “Roteiro de Entrevista – Técnicos e Dirigentes”

Com o objetivo de se realizar um resgate de aspectos históricos, técnicos e políticos da proposição da eSF PSR como serviço municipal de Belo Horizonte, foram abordados informantes chave que expressam posições privilegiadas na implantação, implementação e acompanhamento do programa local em seus diversos momentos.

Optou-se pela utilização de roteiro menos estruturado visando a conhecer, por meio da análise da percepção dos atores, a caracterização da rede de serviços de atendimento ao público alvo, os diagnósticos sobre o perfil do público alvo das ações, o relato das dificuldades inerentes à organização do serviço, bem como as proposições de solução de problemas evidenciados. Para tal, foi aplicado o “Roteiro de Entrevista –

Técnicos e Dirigentes”, desenvolvido pela Secretaria de Assistência Social da Prefeitura de Belo Horizonte, mesmo instrumento aplicado durante o censo específico realizado pela própria secretaria. (BRASIL, 2006a) - ANEXO 1. A escolha por tal instrumento considerou a disponibilidade de tecnologias de coleta de dados já desenvolvidas para se inquirir a percepção de implementadores, em consonância com a política municipal intersetorial dedicada ao público alvo, ao menos por ocasião da pesquisa.

O delineamento da seleção dos respondedores desse roteiro procurou incluir dois momentos históricos: o da implantação da eSF PSR e o momento atual. Para tal, duas pessoas foram consideradas estratégicas nesse processo: Claudio Candiani, primeiro médico de família e comunidade a compor a eSF PSR e que atualmente está na gerência do distrito sanitário que envolve o CSCC, e a atual gerente da unidade, Maristela Brant Drumond. Outra personagem importante seria a gerente do CSCC por ocasião da implantação da eSF PSR no CSCC, mas por motivo de incompatibilidade de agendas durante a fase de campo, infelizmente não foi ouvida.

3.5.2. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família - AMQ foi desenvolvida para fortalecer a institucionalização do processo avaliativo (BRASIL, 2006c) das equipes da Estratégia Saúde da Família. Ela é composta por cinco instrumentos destinados a diferentes níveis do sistema e estrutura-se pela avaliação de processo, estrutura e resultado (DONABEDIAN, 1980) com base em padrões de qualidade mundialmente reconhecidos para a APS. Propôs-se nesse estudo a aplicação dos instrumentos 3 (“Unidade Saúde da Família”), 4 (“Consolidação do modelo de atenção”) e 5 (“Atenção à Saúde”). (ANEXO 2).

Outros argumentos pela utilização da ferramenta é que o instrumento já foi indicador complementar do Pacto pela Vida em 2008, no componente “Fortalecimento da Atenção Básica”, após consenso interfederativo, e por ser um instrumento de razoável conhecimento de gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família, o que se supõe facilitar a aceitação da aplicação da mesma.

Em relação à aplicação da técnica, foi explicado aos profissionais entrevistados que a utilização do instrumento teria por finalidade apenas a análise acadêmica do processo de trabalho e sua implicação com o objeto do estudo e não como solicitação de auditoria institucional por parte do Ministério da Saúde, ainda que o instrumento, de

aplicação e avaliação interna, tivesse a presença de um pesquisador externo à instituição em questão (CSCC) no momento de sua aplicação.

A eSF PSR nunca havia aplicado o instrumento espontaneamente para avaliar seu processo de trabalho, assim, foi realizada uma explicação sobre o instrumento em geral, as concepções teóricas envolvidas, a finalidade avaliativa da ferramenta, os padrões de qualidade explícitos, os indicadores de estrutura, processo e resultado previstos ao longo das questões, bem como foram oferecidos alguns exemplares do documento técnico em meio impresso. Também foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os participantes assinaram-no previamente.

O instrumento nº 3: “Gestão da Saúde da Família-Organização da Unidade Saúde da Família”, que versa sobre a coordenação técnica da equipe de Saúde da Família foi respondido apenas pela atual gerente do CSCC. Os instrumentos nº 4: “Equipe Saúde da Família – Consolidação do modelo de atenção” e 5: “Equipe Saúde da Família – Atenção à saúde” foram respondidos em grupo por uma amostra da equipe, onde estavam presentes a médica, uma ACS, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã dentista e uma assistente social. A amostra foi sugerida pela equipe e com anuência da gerente, conforme disponibilidade pessoal e de modo a não interromper os demais atendimentos da unidade, já que ocorreu durante o turno de trabalho dos profissionais e com a orientação de que estivesse presentes ao menos um representante de cada categoria profissional que compunha a eSF PSR. A perda ocorrida foi em relação à enfermeira, em férias no momento da aplicação das questões.

Os instrumentos aplicados estão reproduzidos na íntegra no ANEXO 2, assim, para fins de análise, optou-se em apresentar os resultados dos aspectos estruturais e do processo de trabalho em bloco.

Como explicação complementar para melhorar a interpretação dos achados do instrumento é conveniente esclarecer que, a cada sentença, o entrevistado responde a partir de um sistema binário (“sim” ou “não”), com base nos parâmetros instrucionais de cada pergunta (ANEXO). A tabulação é feita com base em cinco padrões incrementais de qualidade definidos para cada questão respondida afirmativamente, sendo: E=padrão de qualidade elementar, D=padrão de qualidade em desenvolvimento, C=padrão de qualidade consolidado, B=padrão de qualidade bom e A=padrão de qualidade avançado. Em geral, o padrão E se refere a indicadores de estrutura, como a disponibilidade de insumos e materiais mínimos, presença de profissionais, ambiente físico, presença de instrumentos de normatização, D e C remetem aos indicadores de

processo, que medem aspectos organizativos (planejamento e programação, abrangência das ações e participação comunitária), técnico-científicos (competência técnico-científica e protocolização do atendimento) e interpessoais (acolhimento e comunicação interpessoal) e B e A remetem aos indicadores de resultados diretos e finais como o acesso (se a população recebeu a atenção que precisava e se recebeu quando necessitou), a adequação (oferta de serviços suficientes em quantidade e qualidade, de acordo com os conhecimentos e as tecnologias disponíveis, e a capacidade de antecipar problemas e riscos), efetividade (impacto positivo sobre os indicadores epidemiológicos em termos de internações por doenças evitáveis, morbidade e mortalidade) e mudanças na saúde da população.

3.5.3. *Primary Care Assessment Tool (PCATool).*

Trata-se de instrumento desenvolvido para se avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de nível superior sobre os atributos próprios e derivados da APS (STARFIELD, 2002). Formata-se pela composição de questionários estruturados específicos para profissionais de saúde e usuários, com padrão Likert de resposta, considerando cinco estratos: “com certeza, sim”, “provavelmente, sim”, “provavelmente, não”, “com certeza, não” e “não sei, não lembro”. Tais questionários foram validados para a realidade brasileira (HARZHEIM et al, 2009).

O instrumento foi adaptado pelo mestrando à luz das considerações feitas na Banca de Qualificação, visando a torná-lo mais adequado à realidade de uso de serviços de saúde por parte da população em situação de rua brasileira, tendo em vista que por ter sido concebido na Inglaterra não dialoga de maneira suficiente com as opções de equipamentos sociais de proteção a essas populações, com os Centros de Referência da Assistência Social, Centros de Referências Especializados de Assistência Social, Serviço Móvel de Atendimento de Urgências, Consultórios de Rua, entre outros, especificidades da organização político-sanitária brasileira. Dessa forma, foram acrescentadas algumas perguntas considerando o mecanismo da escala de Likert e mantida a maioria das demais questões já validadas para fins de comparabilidade. Algumas questões foram suprimidas em virtude de não se adequarem à especificidade da vivência em situação de rua. As adaptações têm como referência o perfil e as principais necessidades dos moradores de rua identificadas pelo Censo do Ministério do

Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (BRASIL, 2009). O questionário adaptado está reproduzido no ANEXO 3.

A aplicação do instrumento ocorreu apenas para os profissionais de nível superior da equipe mínima de Saúde da Família para população em situação de rua do CSCC, ou seja, para médicos e enfermeiros. Foram localizados os dois médicos que já trabalharam na equipe desde sua implantação, incluso a médica atual. Em relação aos enfermeiros, houve perda, uma vez que não foram localizadas as enfermeiras anteriores ao momento atual e, por limitação de tempo do pesquisador e coincidência com férias da atual enfermeira, não foi possível a aplicação desse instrumento a essa categoria profissional.

Apesar das perdas que limitaram o alcance da ferramenta à seara médica, é importante salientar que as demais categorias profissionais foram contempladas em outras abordagens, como o grupo focal, as demais entrevistas, na observação participante e nos diversos registros documentais.

4. Apresentação dos Resultados e Discussão

4.1. Revisão documental

4.1.1. Movimento histórico de implantação e implementação da equipe de Saúde da Família para PSR de Belo Horizonte:

O município de Belo Horizonte começou a sistematizar as primeiras estratégias de abordagem às populações de rua a partir de 1987, período que coincide com o começo das atividades da Pastoral de Rua da Igreja Católica na cidade. Dada a heterogeneidade dos fenômenos e das pessoas que estavam na rua, a prioridade inicial foi a abordagem junto aos catadores de papel moradores de rua: “Como eram alvos da violência por parte do poder público que sempre os responsabilizavam pela sujeira da cidade e pela polícia que os considerava ladrões e marginais, a pastoral de rua definiu, a partir do contato com os grupos de rua, os objetivos de sua ação: organizar os catadores de papel e outros grupos de moradores de rua colocados à margem da cidade” (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1998). Outra fonte para iluminar a construção histórica da política pública elenca o protagonismo da Pastoral de Rua na assunção da responsabilidade pública perante os moradores de rua: “a política de população de rua tem uma dívida histórica com esse protagonismo que a Pastoral instituiu. A Pastoral era, em 1993, a única instituição que ousava fazer isso, que ousava chegar perto dos moradores de rua, ao invés de dar as coisas pra eles. Que ousava chegar de mãos vazias para construir alguma coisa, e aí ia reconhecendo o outro, o querer dele e aí isso que compromete as pessoas, e não aquilo que a gente dá. O que compromete é a nossa disposição pra estar ali, pra ajudar a inventar, e aí a gente que tem mais capital social e lógico que somos nós que vamos buscar os recursos, ou vamos orientar essa busca. Então, eu acho que esse protagonismo é um protagonismo importante e é um protagonismo que a gente percebe nos projetos que são exitosos nesse sentido. Em São Paulo, também, tem toda uma atuação que é super protagonista nessa área, que tem essa mesma vertente. Ela começa da sociedade civil. Assim, a sabedoria do Estado é de saber acolher isso, de dar sustentação, de fazer essa parceria, de buscar qualificar essa relação. A saída num está no Estado, que o Estado só sabe

institucionalizar. A saída tem que estar fora, tem que estar na vida lá fora.” – Técnica C (fala de uma técnica da Prefeitura de Belo Horizonte) (BRASIL, 2006a).

Após estruturação institucional da Prefeitura de Belo Horizonte - PBH- a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social assume a agenda política das ações voltadas a essa parcela da população em 1993, por meio do Programa de População em Situação de Rua, e fomenta a realização do Fórum da PSR. Tal iniciativa veio, então, desempenhar o papel de integrar vários segmentos sociais na tarefa de discutir e elaborar políticas públicas capazes de reverter o quadro de exclusão que se impunha cada vez mais crítico. Entre os seus objetivos destacou-se o de conhecer a realidade da rua e caracterizar o perfil desta população; identificar as diversas instituições que atuavam com esta população e implementar programas de apoio em conjunto com a mesma, bem como capacitar tecnicamente os seus membros na busca de alternativas às demandas apresentadas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1998b).

Uma das constatações do Fórum PSR era de que havia uma grande concentração de pessoas em situação de rua na área geográfica do Distrito Sanitário Centro-Sul, notadamente nos arredores da região hospitalar de BH, que demandavam os equipamentos sociais da região. Estudo posterior realizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social evidenciou que 85% desta população concentrava-se durante o dia nas regionais centro sul, leste e noroeste (FERREIRA, 1999).

Outro diagnóstico do Fórum era que “os centros de saúde existentes nos distritos não se mostravam adequados para a assistência a este segmento social e que a abertura de uma unidade de saúde não hospitalar na região central facilitaria o acesso também para esta população, historicamente excluído deste direito” (CANDIANI, 2004). Com os olhares lançados pelo Fórum e o com o apoio do movimento da Pastoral de Rua foi aprovada no orçamento participativo de 1995 a transformação do Centro de Saúde Carlos Chagas em um centro de saúde de Atenção Primária com serviço de saúde mental associado para a área central da cidade, que seria referência para a PSR. Desta forma, o serviço de saúde em questão, outrora caracterizado como Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais, é reformado e reestruturado em 1996, para que possa ampliar seu cardápio de ofertas de modo a atender a essas demandas sociais e institucionais da PBH (CANDIANI, 2004). Porém, havia a leitura à época de que à exceção do CS Carlos Chagas o atendimento à PSR na cidade não se institucionalizou de fato, sobretudo na área de saúde. Turci e colaboradores corroboram com a historicidade proposta por Candiani, reconhecendo também a Pastoral de Rua como

articuladora dos movimentos institucionais da Prefeitura de Belo Horizonte, destacando que as reivindicações da Pastoral de Rua e dos moradores de rua da zona central do município deflagraram em 1994 a “reforma da área física da Unidade Carlos Chagas, então Centro de Referência em Imunização, para transformação em Unidade Básica de Saúde, cujas atividades se iniciaram em outubro de 1996, já com implantação da saúde mental para principalmente realizar o atendimento à PSR da região” (TURCI, 2008).

Outro dado de relevância para entender o motivo que levou o CS Carlos Chagas a se consolidar como unidade de referência para PSR foi a implantação em escala do Programa de Saúde da Família (PSF) na PBH em 2000, ocasionando uma mudança de modelo assistencial. Desta forma, percebeu-se que o processo de trabalho das equipes de saúde família implantadas, caracterizado pela responsabilização por uma área geográfica fixa e uma população adscrita (PNAB), não era apropriado para incluir os moradores de rua, pela sua característica migratória, o que gerava uma exclusão da PSR da rede assistencial.

Em 2002, por iniciativa de funcionários do CS Carlos Chagas, foi sugerida à Secretaria Municipal de Saúde a criação de uma equipe de Saúde da Família específica e exclusiva para o atendimento da PSR. A partir daí foi implantada uma equipe de Saúde da Família para população em situação de rua - eSF-PSR, sem território de abrangência fixo, que passa a ser o equipamento de saúde de referência para essa população e assume a vocação de matriciar as demais equipes de Saúde da Família do município na sensibilização do cuidado à PSR eventualmente presente nos territórios dessas equipes, de forma transversal. Composta inicialmente por um médico generalista, uma enfermeira e duas auxiliares de Enfermagem e posteriormente houve a inserção de quatro agentes comunitários de saúde. Além da eSF PSR o CS Carlos Chagas conformou ainda um núcleo de Saúde Mental, composta por psiquiatra e psicóloga, e a equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião dentista e auxiliar de Saúde Bucal, complementares a eSF PSR (CANDIANI, 2004), de forma a oferecer uma “retaguarda” à eSF PSR, porém tais núcleos não eram exclusivos à PSR, pois exerciam referência também à população geral que reside em parte da região central delimitada dentro do Distrito Sanitário Centro-Sul, processo de trabalho que se mantém vigente por ocasião da realização da fase de campo da pesquisa.

Após a implementação dessa estratégia de cuidado a eSF PSR aquiesce as discussões que já ocorriam, como os fóruns institucionais e encontros promovidos pela sociedade civil e se vê instada a delimitar o escopo de sua atuação, pela identificação de

seu público-alvo. Assim, por ser um equipamento de saúde exclusivo para uma determinada parcela da população era preciso conceituar, para efeitos práticos, quem era a população em situação de rua em questão. Para tal, a eSF PSR baseou-se nos dados produzidos pelo 1º Censo para PSR realizado pela PBH em 1998 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1998a), pesquisas feitas pela equipe e informações fornecidas pelos equipamentos sociais.

Valendo-se da Lei Municipal nº 8029, de 6 de Junho de 2000, que oficializa a criação do Fórum de População em Situação de Rua em Belo Horizonte, definiu-se como População em Situação de Rua (PSR) como o “segmento da população de baixa renda em idade adulta, incluindo criança e adolescente acompanhado das respectivas famílias que, por contingência temporária ou permanente, pernoita em logradouro público” (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 1998b). Tal marco legal também dispunha sobre a política pública para população de rua de BH, estabelecendo competências do Executivo municipal e caracterizando a rede social assistencial.

Interessante notar que a categoria de análise “população em situação de rua” utilizada para balizar as estratégias de abordagem à PSR em Belo Horizonte parece ter sido definida muito mais a partir do diagnóstico sociodemográfico e instrumentos legais municipais vigentes do que por referenciais epistêmicos conforme estudos de abordagem mais etnográfica, tais como os trabalhos de Escorel e Waranda (ESCOREL, 1999; ADORNO; WARANDA, 2004) ou estudos etnográficos relativos especificamente à população em situação de rua de Belo Horizonte (MENDES, 2007). O primeiro Censo apontou a presença de 916 moradores de rua e 204 crianças sob responsabilidade de algum morador de rua, no total de 1120 pessoas em Belo Horizonte. Nesta época a população geral do município era de cerca de dois milhões de pessoas, o que indica que a PSR correspondia à cerca de 0,5% da população geral conforme a estimativa do IBGE para o município no mesmo ano de 1998. Segundo relatos administrativos, os dados preliminares de cadastramento realizado pela eSF PSR apontavam resultados compatíveis com os do Censo. Sobre o fato, cabe destacar o papel recenseador da equipe de Saúde da Família, sobretudo caracterizado pelo cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde, que aponta convergência com o diagnóstico realizado por outros setores, o que pode ser considerado um fator positivo de integração de políticas públicas. Além disso, instrumentos de coleta de dados que já compunham o processo de trabalho dos ACS (fichas específicas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) como esses antecedem e provavelmente

inspiram a realização de novos estudos de interesse da gestão pública. Nesse sentido, convém lembrar que o 1º Censo para PSR datado de 1998 e o 2º Censo para PSR, datado de 2006 (BRASIL, 2006a), assim como os diagnósticos sobre a PSR de base local realizadas pela eSF PSR são anteriores ao Censo Nacional para PSR realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS em 2009 e que até o ano de 2010 o IBGE não contava com metodologia censitária populacional de base que não fosse familiar e de endereço fixo. Outro dado de destaque é que o MDS reconhece a metodologia empregada na realização do 2º Censo sobre PSR de Belo Horizonte, assim como em mais três capitais brasileiras, de forma a não repeti-lo entre os municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes por ocasião de 2009, considerando-o, assim, como registro oficial no âmbito da gestão federal. Contudo, houve diversas críticas às limitações ao desenho metodológico dos estudos, sobretudo enviesados pela abordagem “higienista” dos municípios, a sazonalidade do fenômeno, a subvalorização da população abaixo de 18 anos entre outros (FERREIRA, 2005).

Com base nos dados, a eSF PSR conseguiu estratificar sete subgrupos de pessoas em situação de rua, de acordo com seu perfil:

1. Crianças e adolescentes em situação de rua (CASR), que correspondem a menos de 15% desta população;
2. Pacientes que dormem nas ruas, sob as marquises, viadutos, etc.;
3. Moradores das repúblicas Reviver (masculina) e Maria Maria (feminina), casas onde têm participação ativa e são consideradas o último passo antes de sair da rua;
4. Migrantes, que vêm de outras cidades em busca de emprego, estão há pouco tempo na cidade (15 dias);
5. Trecheiros, que rodam o país sazonalmente em busca de empregos como a colheita do café, por exemplo;
6. Moradores de casas invadidas, que têm características tanto de moradores de rua como moradores da área de abrangência;
7. Pacientes com transtornos mentais, que apesar de poderem pertencer a qualquer um dos subgrupos acima têm características especiais. (CANDIANI, 2004)

Em 2005 ocorre o 2º Censo sobre PSR em BH e apresenta abordagem mais qualitativa e percepção dos moradores de rua quanto aos equipamentos sociais destinados a eles. No mesmo ano a eSF PSR amplia seu diagnóstico sobre o fenômeno da PSR e são identificados outros três grupos:

8. Homens adultos jovens desempregados, maior subgrupo;
9. Trabalhadores que dormem nas ruas durante a semana por não terem condições de voltar diariamente para casa na grande BH;
10. Pacientes expulsos pelos traficantes de suas casas, subgrupo que teria crescido visivelmente segundo diagnóstico da equipe.

Com base nesses dados o CS Carlos Chagas delimita em 2005 o público alvo que deve ser atendido por seus profissionais e os fatores de exclusão para o atendimento:

Público alvo da eSR PSR:

1. Pessoas que moram nas ruas dentro da área da Avenida do Contorno há pelo menos seis meses na cidade.
2. Pessoas que dormem no albergue municipal ou abrigo São Paulo há pelo menos seis meses na cidade.
3. Usuários das repúblicas que alguma vez tenham sido atendidos pela equipe enquanto estavam nas ruas.
4. Crianças e adolescentes em situação de rua que estejam morando nas ruas e quatro meses após fixação.
5. Ex-pacientes da equipe por até quatro meses.

Não constitui público alvo:

1. Pessoas que trabalham na rua e têm casa.
2. Pessoas que moram em pensões, casas invadidas ou moram no serviço.
3. Novos usuários das repúblicas.
4. Moradores de rua de fora da Avenida do Contorno.
5. Usuários do centro de referência que não se encaixam nos critérios de morarem dentro da Avenida do Contorno.

Por fim, explicita que se forem atendidos moradores de rua de outras áreas serão em caráter agudo, não sendo feito acompanhamento e devendo ser encaminhados por relatórios aos CS responsáveis.

Em relação aos critérios propostos para incluir ou excluir os subtipos nota-se inicialmente a dicotomia mesogeográfica que constitui a Avenida do Contorno como linha divisória entre a responsabilidade da população em situação de rua para o CS Carlos Chagas e os demais Centros de Saúde municipais. A Avenida do Contorno pode ser identificada como parte da linha em negrito que delimita o perímetro sob responsabilidade sanitária do CS Carlos Chagas:

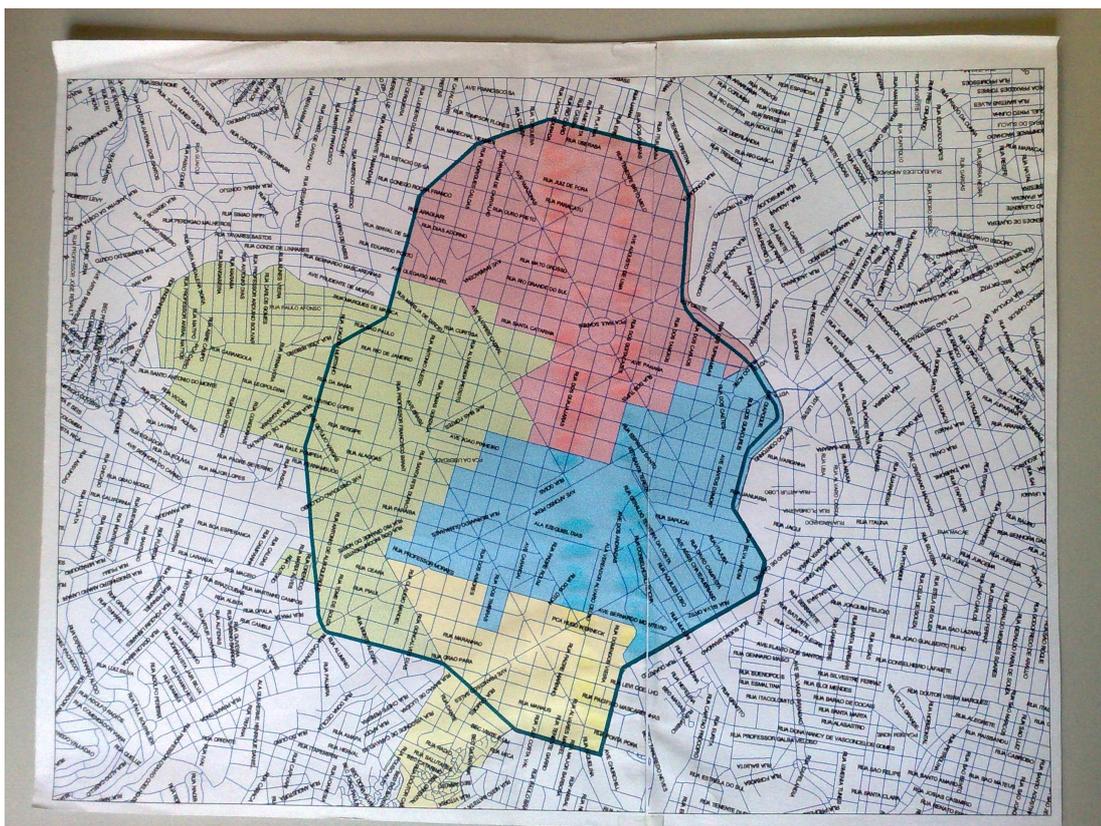


Foto 3. Reprodução fotográfica do mapa de abrangência do CSCC, feita pelo pesquisador.

Sobre as repúblicas masculinas e femininas o CS Carlos Chagas determina que apenas os atuais moradores das mesmas que tivessem sido atendidos como moradores de rua antes do ingresso à república seriam grupo prioritário, cujo motivo não foi identificado nos documentos. Uma primeira hipótese é de que a população total tenha crescido e, conseqüentemente, inspirado a equipe a produzir pontos de corte limitadores ao acesso, ou outra hipótese preliminar que conceba a república como sendo uma via de produção de autonomia, diminuindo o risco do ingressando em voltar à rua ou alguma outra hipótese não deduzida pelo pesquisador.

Sobre os fatores de inclusão ligados à pertença à área de abrangência (Avenida do Contorno) e o tempo de rua, relato que ao aplicar a técnica da observação participante, pude constatar o atendimento em demanda espontânea, conforme preconiza o CS Carlos Chagas, já que a caracterização que apresentei para testar o acesso à unidade me configurava como trecheiro ou residente em albergue por menos de seis meses, não me incluindo entre o público alvo das ações da eSF PSR.

Em relação às formas de adscrição de clientela a equipe e os fluxos de atendimento na rede municipal, o CS Carlos Chagas preconizou que se o paciente chegasse por demanda espontânea, deveria passar pelo acolhimento geral da unidade que, dentro dos critérios descritos, definiria se paciente seria de responsabilidade da eSF PSR, da equipe de apoio ou de outra unidade de saúde.

Se a pessoa em situação de rua fosse encaminhada por qualquer instituição ou organização não governamental, ele deveria seguir o mesmo procedimento do paciente que procura a unidade por demanda espontânea, sendo acolhida e identificada de quem é a responsabilidade sobre o paciente. Caso não fosse da eSF PSR receberia contra referência para unidade encaminhadora realizar o encaminhamento adequado.

Havia ainda um entendimento na rede que quando o paciente fosse atendido inicialmente pela rede secundária de referência em Saúde Mental, seria feito contato por telefone com a eSF PSR e encaminhado para acolhimento no CS Carlos Chagas se paciente estivesse fixado dentro da área da contorno. Se fosse de fora seria encaminhamento para centro de saúde da área de abrangência do local de fixação do morador de rua. Além de estabelecer a periodicidade de acompanhamento do paciente, nível secundário seria incumbido de oferecer suporte enquanto paciente apresentasse urgências detectadas pelas equipes.

O atendimento de urgência ocorrido na rua ficaria a cargo do SAMU. A eSF PSR poderia solicitar SAMU atendimentos programados e poderia liberar alguém da equipe para avaliar pacientes que o SAMU definisse por telefone que não se tratasse de urgência desde que fosse da área dentro da Contorno, bem como se houvesse disponibilidade de carro. Se o paciente fosse de fora da área do Contorno, a avaliação estaria sob responsabilidade do centro de saúde mais próximo.

Estudo realizado por profissionais de enfermagem no Centro de Referência da População de Rua (CRPR) de Belo Horizonte com objeto direcionado à Saúde Mental da PSR de BH complementa essa historicidade e identifica cinco momentos institucionais, a saber: final dos anos 1980, com a criação da Pastoral de Rua; anos 1990-1992, com a fundação da Asmare; anos 1993-1996, com a criação do Fórum de População de Rua; anos 1997-2001, quando ocorre necessidade de maior legitimação do Movimento da População de Rua de Belo Horizonte; anos 2002-2007, quando é fundado o Movimento Nacional da População de Rua (ANDRADE; FIGUEIREDO; FARIA, 2008).

4.1.2. Mecanismos de identificação dos usuários: Cadastro complementar ao SIAB

Como os campos de informação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB- prevêem uma realidade local de base familiar e residência fixa, a eSF PSR utiliza um cadastro complementar da população de rua desenvolvido pela PBH. Tal cadastro, além das informações de identificação contendo apelido e a ACS que o acompanha, considera os seguintes parâmetros: procedência (se da cidade, de outra cidade, estado ou país), antes de morar na rua; tempo de moradia na rua (estratos variando de menor de seis meses até mais de 10 anos); forma de obtenção de água (ponto de água em local público, estabelecimento comercial, caminhão de água); local onde realiza higiene pessoal (banheiro público, no local de permanência, bica, sede de ONG, centro de referência, abrigos/albergues), origem das refeições (restaurante popular, doação de restaurante, doação de pessoa física ou ONG, restos alimentares, instituições); os tipos de documentos existentes; se recebe benefícios regularmente (BPC, passe livre, aposentadoria, pensão, outros); motivo de moradia na rua (expulsão de domicílio, situação financeira, briga familiar, abandono, opção pessoal, outro); com quem vive na rua (sozinho, em grupos, com familiares), número de refeições diárias; se não possuir documentos, qual o motivo para tal; se recebe donativos regularmente (dinheiro, alimento, vestuário, material de higiene, nenhum, outro); vínculo familiar existente; institucionalizações anteriores (hospital psiquiátrico, presídio, delegacia, FEBEM, centro educacional, abrigo, nenhum); existência de algum tipo de deficiência (visual, auditiva, fala, mental, física) e duas listas de checagem com doenças existentes antes de morar na rua e adquirida após morar na rua.

4.1.3. Mapeamento dos usuários

A despeito do caráter nômade e dinâmico da fixação de moradores de rua que dificultava a percepção e a realização de diagnósticos situacionais a eSF PSR desenvolveu uma matriz lógica que considerava: locais onde se agrupavam os moradores de rua, seu aproximado número de usuários por local, características do local, perfil do grupo, instituições que realizam atendimento no local, os maiores problemas encontrados, qual seria o horário preferencial de abordagem e qual a estratégia de trabalho proposta. Dessa forma, exemplos de locais que poderiam constar

na matriz: “praça X”, “debaixo da marquise do bar em frente ao viaduto Y”, entre outros. Essa caracterização contrapõe a lógica de delimitação do território das equipes de Saúde da Família tradicionais, que apresentam território geográfico fixo, ou que só ocorre mudança quando se desmembra a área ou criam-se novos distritos sanitários. Assim, o local “praça X” era uma referência absolutamente relativa, já que poderia não ser mais o local de agrupamento dos moradores de rua na próxima visita realizada. Por exemplo, num dos arquivos desse mapeamento datado de janeiro de 2003 foram relatados 14 nichos onde se agrupavam os moradores de rua.

Além disso, foram encontrados diversos arquivos com relato sucinto dos casos graves apresentados com foto digital de identificação. Tais casos graves representavam cerca de 1/10 dos casos, estratificados a partir do índice de autonomia. Ao todo, os registros mais atuais apontavam uma casuística de 2468 pacientes cadastrados, dado referente a todos os usuários que já foram atendidos pela eSF PSR em algum momento, não necessariamente pacientes ativos ou atualmente na área de cobertura do CSCC.

4.1.4. Índice de Autonomia

O “índice de autonomia” é uma escala de classificação de risco proposta pela eSF PSR, pela qual se atribui uma pontuação de 0 a 2 pontos para os pacientes conforme as dimensões social, física (clínica) e mental:

	Social	Físico	Mental
0	Mora na rua	Deficiência incapacitante ou sem como avaliar	Transtorno mental que não aceita nem vir à unidade
1	Albergue ou Abrigo São Paulo	Deficiência importante, mas não incapacitante.	Transtorno mental grave
2	República ou superior	Nada mais sério	Sem maiores transtornos mentais

Após a classificação nesses parâmetros, a somatória das pontuações (pontuações cumulativas) resulta num score para cada paciente e a partir daí em reuniões semanais da equipe elegiam-se os desenhos de intervenções mais apropriadas, conforme o score final:

0 e 1: Discussão do caso entre a eSF PSR, apoios da unidade, equipe de abordagem de população de rua da Secretaria de assistência e CERSAMs.

2 e 3: Discussão do caso entre a eSF PSR e apoios.

4 a 6: Discussão do caso apenas com a eSF PSR.

A terminologia “*índice de autonomia*” foi aqui reproduzida na íntegra por valorização à contribuição dos indivíduos, ainda que metodologicamente não fossem encontradas menções de validação externa na literatura. Apesar de ser um “índice empírico” ou “propositivo”, apresenta a potência de classificar o risco não somente biológico, baseado em parâmetros meramente clínicos, mas também se diferencia pela integração entre a saúde mental e o risco social, de acordo com a natureza do local de moradia do usuário. Dessa forma, pela proposição do instrumento de classificação de riscos, pode-se intuir a potência da eSF PSR no manejo dos casos considerados de baixo risco e seu protagonismo na articulação de outros atores, sobretudo a equipe de Saúde Mental da unidade e a equipe de Abordagem de Rua. Em alguns relatos históricos era possível observar que um único usuário, diante da complexidade do seu problema, suscitava reuniões com a presença de mais de 20 técnicos da rede municipal para a resolução de sua demanda ou necessidade. Em outra referência ao instrumento, Turci o nomeia como uma escala e narra que vários usuários aumentaram sua pontuação, aumentando assim sua própria autonomia (TURCI, 2008).

4.1.5. Desenho de Projetos Terapêuticos

Memórias institucionais apontam para a realização de projetos terapêuticos para a população alvo, com ênfase em atividades comunitárias não medicalizantes, visando estimular o empoderamento da PSR. Como destaques podem ser citados:

4.1.5.1. Grupo Bem Viver

Tratava-se de grupo educativo com abordagem de temas de saúde, ao que parece com foco nos assuntos considerados de maior relevância para a eSF PSR e a comunidade, desenvolvida pelos profissionais da equipe (médico, enfermeira, assistente social, cirurgiã dentista e profissionais do NASF. Como exemplo de temas que foram abordados em forma de palestra em 2009 podem ser citados: alimentação saudável,

depressão e ansiedade, alcoolismo, atividade física e saúde, tuberculose, saúde bucal, cuidados com medicamentos, exames periódicos e check-up, cuidador de idosos e INSS.

4.1.5.2. Grupo de Bem Estar

Grupo com periodicidade mensal, caracterizava-se por ter duração aproximada de 1 hora e meia, cujo programa incluía a apresentação dos participantes seguida de dinamização, a prática do *Lian Gong*, a escuta de demandas dos usuários e um destaque sobre um tema de saúde por parte de alguém da eSF PSR, em geral o médico. O encontro era finalizado com um lanche entre os participantes.

Apesar de não haver registros de atas dessas reuniões, apenas a ementa da atividade realizada, nota-se a preocupação da equipe em promover condições favoráveis à formação de vínculos terapêuticos, com destaque, nessa atividade, às práticas corporais (*Lian Gong*) como alternativas terapêuticas não medicalizantes.

4.1.5.3. Curso de objetos com latinhas

Divulgação de atividade lúdica ocupacional que estimulava a economia solidária e geração de renda entre os participantes. O convite para o curso era em linguagem simples e com cunho motivacional, ao que tudo indica ministrado por profissionais de saúde do CS Carlos Chagas.

4.1.5.4. Projeto “Beleza de Rua” e “Vida no Parque”:

Relatos de 2006 apontam para a realização de projeto terapêutico que tinha como finalidades proporcionar condições para os Moradores em Situação de Risco terem acesso à prática de exercícios físicos que retardem os processos de deteriorização de saúde relacionados à falta de exercícios, melhorar a convivência comunitária e a adesão aos tratamentos em andamento, reduzir o nível sérico de colesterol total, sua fração LDL, Triglicérides, fatores de risco para arteriosclerose, elevar a fração HDL, e promover a reabilitação e melhora funcional dos Idosos em Situação de Rua e risco evitando ou retardando a dependência.

O projeto propunha como metas que 50% da população alvo tivesse melhoria em suas condições físicas; que durante 10 meses 80% da população alvo tivesse fortalecido e reconstruído seus vínculos de amizade e vida comunitário e que ao final de 10 meses houvesse melhor dos níveis séricos dos lipídios. Como atividades previstas foram citadas a realização de atividade física semanal supervisionada e associada a um acompanhamento nutricional, a realização de um grupo quinzenal de terapia para população de rua sob a coordenação de profissionais da área e a distribuição de 7.000 boletins explicativos sobre o tema.

Não foram encontrados relatos dos desfechos de tal grupo, nem resumo avaliativo das condições prévias e posteriores à estratégia. Chama a atenção na proposição do grupo a abordagem de condições de sociabilidade em pessoas na condição de rua e também a preocupação com indicadores de resultado, notadamente na expectativa de um impacto metabólico decorrente de proposição e orientação de práticas físicas, nutricionais e educacionais.

O nome “Vida no Parque” remete ao Parque Municipal localizado em frente ao CS Carlos Chagas, espaço público aprazível onde eram realizadas as atividades do grupo e onde pode ser notada a prática de atividades físicas pela população em geral. Esse foi o local escolhido pelas Agentes Comunitárias de Saúde para a realização do Grupo Focal, descrito adiante.

4.1.5.5. Projeto Mudança

A atividade, registrada como realizada em 2006, objetivava a qualificação humana e preconizava como atividades a prática de atividades físicas com o objetivo principal de integrar todos os envolvidos em um único fluxo, o desenvolvimento de debates em grupos para identificar onde e qual o maior e o menor problema atua em cada um, os diálogos sociais para devolvê-los o que as ruas não os permitia ter com segurança e tranqüilidade e havia a um estímulo final com foco na ação em cada problema e a conseqüente mudança em cada um.

O parâmetro de avaliação para tal atividade era relatado com sendo o atingimento de uma meta de 70% (setenta por cento) dos pacientes que soubessem “como agir, enfrentar, superar e se renovar a cada dia para um controle maior de sua própria vida, e com uma saúde mais adequada onde diminuirá a demanda de pacientes que, por ócio, vão ao posto apenas para visitas informais para um diálogo, finalmente

saindo então da posição de pessoas que se julgam inferiores perante a sociedade e sim passarem para sujeitos que modificam o mundo com o estigma de terem passado pelo sofrimento.”

Percebe-se aqui que o grande objetivo da eSF PSR com a proposição desse projeto era ressignificar a forma com que a população alvo utilizava o Centro de Saúde, pela tentativa de decodificar suas motivações de atendimento por necessidades não biomédicas de forma a canalizar a resolução de tais demandas por parte dos profissionais de saúde por meio de atividades de promoção da saúde. Sobre o fato, cabe a lembrança de que, ao executar a técnica da observação participante por parte do pesquisador, foram observadas diversas circunstâncias em que os usuários adentravam o CS Carlos Chagas ao longo do período do atendimento simplesmente para cumprimentar os profissionais de saúde e administrativos com quem se presumiam já terem vínculo, sem aparentemente apresentar novas demandas ou comparecer a atendimento a algum serviço já agendado.

4.1.5.6. Projeto “Sair do buraco”

Interessante notar o trabalho de reflexão sobre os efeitos sociais do uso do álcool e do tabagismo sobre a manutenção da pessoa na condição de rua. De cunho conscientizador e motivacional, eram trabalhados com os moradores de rua possibilidades de reconstrução pessoal e social frutos da abstinência incentivada. O projeto aparenta focar na análise econométrica dos custos do cigarro de forma complementar as abordagens clínicas. O texto de apoio é relatado a seguir e convém esclarecer que o termo “meiota” denota aguardente adulterada, comercializada em vasilhames cujos volumes eram menores que 500 ml:

“Você que está morando na rua ou no albergue, quer melhorar de vida? Vamos fazer umas contas. Um maço de cigarro custa cerca de R\$ 1,50. Se você fuma 1 maço por dia gasta R\$ 45,00 por mês. Se fuma 2 maços por dia gasta R\$ 90,00 por mês. Uma meiota custa cerca de R\$1,00. Se você bebe 2 meiotas por dia gasta R\$60,00 por mês. Assim, só com o dinheiro da bebida e do cigarro temos de R\$100 a R\$150 por mês, dinheiro que daria para pagar o aluguel de um quarto na região próxima do albergue e ainda sobraria algum para ajudar na alimentação. Se em vez de gastar este dinheiro nos vícios você juntasse o dinheiro teria de R\$1200,00 a R\$ 1800,00 por ano. Ou R\$ 12.000 ou 18.000 em 10 anos, dinheiro que daria para comprar um barraco ou

abrir um pequeno negócio. Se em vez de gastar este dinheiro todo mês você abrisse uma conta no Banco Popular (precisa de carteira de identidade e cpf apenas) e colocasse o dinheiro numa conta de poupança, o dinheiro ainda iria render juros. Se colocasse R\$60 por mês na poupança, em 10 anos teria R\$10.000. Se com esse dinheiro guardado você comprasse o direito de trabalhar como camelô, por exemplo, o dinheiro renderia ainda muito mais. Isto tudo sem falar que a bebida e o cigarro geram acidentes e doenças que impedem você de ganhar o dinheiro. Quer sair do buraco? Comece por parar de cavar o buraco.”

4.1.6. Problematizações com discussão com as instâncias de gerência do Distrito Sanitário

Em alguns momentos avaliativos ou reuniões ampliadas da eSF PSR nos primeiros anos da implantação de equipe de saúde é possível perceber a identificação de problemas que remetem a sugestões de encaminhamentos à gerência que considerem melhoria na infraestrutura, processo de trabalho e organização da rede de serviços para temas específicos, o que os profissionais batizaram de “necessidades dentro da unidade” e “fora da unidade”.

Demandas como a disponibilização de Sala para enfermeira, disponibilidade de auxiliares e de médico clínico e psiquiatra para apoio à eSF PSR foram algumas das demandas para dentro da unidade. Já as necessidades fora da unidade consideravam a definição clara do público alvo da equipe “bancada” pela Secretaria de Saúde, o que sugere a dificuldade inicial em determinação da clientela adscrita, a demanda por abrigo para pacientes vulneráveis, o relato da dificuldade em atender casos agudos de intoxicação e abstinência alcoólica e quem deveria fazer os “CIECs”, descrito adiante.

Ensejaram, por ocasião do Fórum para População em Situação de Rua, que foi realizado em 2005, a manifestação de problemas relacionados às condições de acesso da PSR na rede de cuidados. À época foram citados:

1. Hospitais exigem acompanhante para morador de rua ser atendido.
2. Outros postos de saúde de modo geral não cadastram moradores de rua.
3. SAMU muitas vezes decide não atender paciente que julgam ser de rua, por outro lado, moradores de rua que não necessitam são atendidos pelo SAMU.

4. Horários de consultas especializadas às vezes incompatíveis com horários de sobrevivência na rua.
5. Especialistas alheios a realidade da população de rua prescrevem medicamentos inexistentes na rede e caros.
6. Falta de vagas suficientes de psiquiatria para população de rua e sobrecarga da equipe de Saúde Mental do CSCC.
7. Irregularidade na distribuição de medicamentos para quem não pode absolutamente comprá-los.
8. Falta de serviços que dêem suporte a alcoólatras em quantidade suficiente.
9. Falta de definição de responsabilidades sobre questões de saúde nos equipamentos sociais.
10. Falta de conceito claro de morador de rua entre profissionais da rede.
11. Dificuldade no acesso a vagas de urgência.
12. Falta de local adequado para restabelecimento pós alta hospitalar.
13. Falta de local para isolamento de casos de tuberculose em tratamento inicial.
14. Dificuldade de acesso a medicamentos ditos especiais.
15. Falta de compromisso de muitos usuários com marcação de consultas especializadas, não vindo buscar a guia quando marcadas consultas.
16. Demora na marcação de consultas de algumas especialidades.

Sobre os problemas elencados pode-se notar o reconhecimento da eSF PSR de que a rede municipal de Atenção Primária que atendia menor quantidade de pessoas em situação de rua em suas áreas de abrangência tinha dificuldade em se responsabilizar por essa população, ora pelo não cadastramento dessas pessoas por parte dos respectivos centros de saúde, ora pela ausência de campos específicos nas fichas do SIAB para que se propicie o registro de pessoas que não apresentam moradia fixa. Sobre a segunda explicação cabe lembrar a complementação de planilha do SIAB realizada pela eSF PSR do CS Carlos Chagas, como instrumento de indução da assunção dessa responsabilidade. Em relação ainda à rede de APS municipal constata-se o reconhecimento da equipe do CS Carlos Chagas de sua vocação de sensibilizar e matriciar outras equipes de Saúde da Família para a responsabilização do cuidado à população em situação de rua flutuante em seus respectivos territórios sanitários.

Em relação à rede especializada nota-se dificuldade de acesso ao Serviço de Móvel de Urgência (SAMU) da população de rua por seu estigma, sobretudo em casos de inconsciência ou agravos mentais ocorridos na rua. Já os hospitais eram identificados como limitadores na condição de acesso por exigir acompanhante no atendimento e, parte da solução proposta pela equipe a esse item, seria o deslocamento de técnico de enfermagem para esse acompanhamento, naturalmente quando a própria equipe encaminhava o paciente ao hospital, permanecendo a dificuldade no acesso nas ocasiões em que o próprio morador de rua buscava o serviço. Também é interessante constatar o reconhecimento da eSF PSR de que o mecanismo de marcação de consulta ambulatorial era insuficiente em relação à especificidade da PSR, já que freqüentemente esses agendamentos e retornos eram previstos nos períodos que dificultavam a presença do morador de rua, já que por questões de segurança muitos moradores de rua optam por ficar acordados à noite, seja para exercer suas atividades de mendicância e trabalho, seja para preservar sua integridade de sinistros, o que concorre para que durmam durante o dia e conseqüentemente aumentem seu absenteísmo no uso dos serviços de saúde no período diurno. Por outro lado, a equipe se preocupa com a responsabilidade pessoal desses usuários que deixam de buscar as guias de marcação de consulta aos serviços especializados, o que contribui também para o aumento do absenteísmo.

Como dificuldade epistêmica surge o não balizamento do conceito “população em situação de rua”, heterogêneo entre os equipamentos sociais municipais, o que dificultava possíveis abordagens. Sobre essa heterogeneidade o Fórum viria a ser marco significativo no intuito de se classificar essa população e estabelecer critérios para atendimento dessas pessoas conforme a especificação dos equipamentos sociais e a capacidade instalada.

Outro olhar levantado pela eSF PSR que merece destaque é a constatação da insuficiência de serviços e equipamentos públicos para suporte às necessidades da PSR, explicitamente a demanda por estratégia de cuidado e amparo aos usuários de álcool e outras drogas, a possível desresponsabilização na abordagem à PSR por parte de equipamentos de outros setores no que tange aos problemas de saúde, o desequilíbrio entre demanda e oferta de estratégias na área de saúde mental, particularmente traduzidas como necessidade de ampliação de profissionais e consultas em Psiquiatria.

A percepção de que havia um déficit de insumos farmacológicos, sejam padronizados pela rede pública, sejam considerados de alto custo, associado à queixa de que profissionais da mesma rede de saúde intramunicipal adotavam práticas de

prescrição terapêutica sem foco no princípio ativo farmacológico remete a reflexão de um estratégico componente do acesso, cerceado por aspectos comportamentais ligados ao processo de trabalho dos profissionais da “ponta”. Corroborando esses olhares com o objetivo nº 1 do presente trabalho, é perceptível a clareza da eSF PSR em se preocupar com condições de acesso da equipe além das atividades rotineiras ocorridas no CS Carlos Chagas, predominantemente baseadas em atividades nos consultórios. Curiosamente, ao se aplicar a técnica da observação participante, pude ser testemunha não só do acesso à presença do profissional de saúde na escuta da minha demanda, bem como tive o fornecimento do analgésico indicado para a queixa apresentada.

Em outro documento relevante, enviado em maio de 2006 para Maria Cristina Coelho, de cargo não citado, a eSF PSR alerta para a perda de qualidade do atendimento à PSR citando os seguintes problemas:

1. Migrantes sem local para serem atendidos na cidade.
2. Migração por causa da Linha verde.
3. Guerra do tráfico, com pacientes impossibilitados de serem atendidos nos postos dos bairros onde moram por estarem jurados de morte ou devendo a traficantes e que vêm demandar atendimentos pela eSF PSR.
4. Falta de conceito claro de morador de rua por parte dos parceiros (albergues, polícia, etc.).
5. Moradores de pensão no centro da cidade acessando a eSF PSR como moradores de rua.
6. Pacientes em bolsa moradia que não se desligam da equipe.
7. Crianças e adolescentes da Avenida Cristiano Machado sendo deixados por educadores sociais na porta da unidade para serem atendidos, segundo menores.
8. Pacientes de casas invadidas forçando para serem atendidos pela equipe.
9. Limite de atendimento da abordagem de seis meses na rua ser diferente do referencial da equipe (com um mês), deixando pacientes perdidos na rede social por cinco meses.
10. Instituições pedindo suporte para que a equipe providencie o abrigo.
11. Egressos hospitalares exigindo atendimento psiquiátrico imediato no posto que, por não ter sido possível, acaba ficando por conta da equipe.

Após o relato da dificuldade a equipe expressou que não se tratavam simplesmente de “questões internas”, mas muito mais de “questões interinstitucionais”, apresentando à endereçada as seguintes necessidades e propostas:

1. Reposição imediata do médico clínico de apoio para cuidar do atendimento dos migrantes e urgências que não são da população de rua;
2. Suporte à restrição do atendimento a população que não se encaixa nos critérios da equipe;
3. Criação de algum serviço de abordagem noturna para definir quem é da equipe, uma vez que pacientes que dão referência da rua só vão para lá à noite;

Pelo teor das reivindicações apresentadas pode ser que a pessoa citada seja alguém da gerência distrital da SMS ou da Secretaria Municipal de Assistência Social de BH. Chama à atenção nas dificuldades apontadas a clareza da equipe em observar o aumento considerável na sua clientela em virtude de fenômenos sazonais (mudança viária, conflitos entre moradores de rua e traficantes) ou o não balizamento conceitual e institucional do fluxograma de atendimento do morador de rua pelo CSCC na rede de equipamentos municipais.

4.1.7. Mecanismos de cooperação horizontal e interinstitucional

4.1.7.1. Experiência dos Médicos sem Fronteiras do Rio de Janeiro – Projeto Meio Fio

Num dos arquivos históricos de diálogo e trocas de experiência na abordagem da PSR foi encontrado o registro de utilização do Manual de Segurança preconizado pelos MSF, cujo projeto “Meio Fio” tinha composição multiprofissional e objetivos semelhantes ao da eSF PSR de BH. Tal instrumento posteriormente foi adaptado e incorporado ao Guia dos Agentes Comunitários de Saúde da equipe do Carlos Chagas.

Suas principais recomendações de segurança remetiam a questões de abordagem que consideravam a determinação para o porte de instrumentos de identificação (crachás, indumentárias, logotipos, etc.), a supressão de adornos pessoais que aumentem o risco de furto e um conjunto de orientações diversas no intuito de prevenir possíveis atos de violência aos ACS, retratados na íntegra:

1. Todos os profissionais devem estar usando camisa ou jaleco com o logotipo da instituição, sem cobertura, roupas ou acessórios que possam escondê-lo;
2. Os roteiros devem ser previamente determinados, após avaliação da equipe e qualquer modificação deverá ser comunicada;
3. Cada profissional deve estar atento às atitudes de elementos na região onde está trabalhando, preferencialmente um deve estar de frente para o outro a fim de ampliar o raio de cobertura visual da equipe;
4. Adornos que atraiam a atenção ou que sejam de valor, (tais como anéis, pulseiras, piercings, broches, cordões e brincos devem ser retirados), antes da saída para as atividades externas;
5. Todos os profissionais devem utilizar somente as bolsas MSF, devendo qualquer outra bolsa ficar no dentro desta, evitando ao máximo carregar objetos de valor;
6. Qualquer anormalidade ou situação diferenciada deve ser imediatamente comunicada aos demais profissionais e equipes;
7. Em caso de situações de violência, os profissionais devem agir da forma mais tranqüila possível, não tentando sob nenhuma hipótese, resistir ao roubo ou furto, não permitindo que sua integridade, ou a dos demais seja ameaçada a fim de proteger bens materiais;
8. Devem-se evitar abordagens ou acompanhamentos de usuários que estejam visivelmente embriagados e/ou sob efeitos de utilização de entorpecentes, especialmente se estiverem praticando tal utilização em grupos e/ou em locais mal iluminados ou isolados;
9. Cada profissional deve ter em sua prancheta os números dos telefones celulares e dos intercomunicadores dos demais profissionais, da defesa civil, corpo de bombeiros e central de polícia para uso em caso de emergências que ocorram durante o desenvolvimento das atividades, tais como ferimento de algum dos membros da equipe por atropelamento, agressão física, acidente etc.;
10. Deve-se evitar abordagens ou acompanhamentos em grupos quando houver ação da Polícia Militar ou da Guarda Municipal.
11. Sob nenhuma hipótese, nenhum profissional deve retornar aos locais de atendimento de maneira isolada e/ou fora do seu horário de trabalho. (por

razões profissionais, ou mesmo pessoais), sem conhecimento e a autorização da gerência do projeto;

12. O uso do crachá durante as atividades externas é obrigatório

13. Se durante as atividades com população em situação de rua ocorrerem exaltações ou atitudes de violência por parte dos usuários, os profissionais devem evitar revidar tal atitude, procurando afastar-se de maneira discreta do local, comunicando a ocorrência às demais equipes e aos demais profissionais.

4.1.7.2. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Como experiência de integração ensino-serviço há relatos de que em 2009 foi estabelecido convênio do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, tendo como supervisor médico do estágio o então médico de família e comunidade Claudio Candiani, médico da eSF PSR.

Era aplicado um pré e pós teste indagando sobre perfil epidemiológico e sociodemográfico da PSR, política municipal p PSR, problemas prevalentes nessa população, abordagem de redução de danos para população em situação de rua, aspectos do processo de trabalho da eSF PSR e perguntas sobre programas sob a gerência de outros setores, com destaque para a Assistência Social.

Além da auto avaliação realizada pelos residentes, cujo histórico não foi encontrado, talvez por estar disponível apenas na Comissão de Residência Médica – COREME do referido programa, a avaliação do residente por parte da eSF PSR sob particular supervisão do médico de família e comunidade considerava os seguintes aspectos:

Parâmetros	Auto-Avaliação	Avaliação do preceptor
1. Motivação e interesse:		
2. Pontualidade:		
3. Relacionamento com o paciente:		
4. Relacionamento com o preceptor:		
5. Relacionamento com outros profissionais da equipe:		
6. Habilidade em identificar problemas (fazer perguntas) para melhor compreender e ajudar os pacientes:		

7. Compromisso com o estudo cotidiano dos casos a partir dos problemas identificados:		
8. Organização e aproveitamento do tempo:		
9. Habilidades no exame clínico:		
10. Comunicação escrita e redação do prontuário (clareza e síntese):		

O estágio tinha um mês de duração e há relatos de que nove médicos residentes tenham passado pelo serviço, todos com bom aproveitamento na avaliação.

4.1.8. Vacinação em albergue em parceria da eSF PSR com ONG redutora de danos

Em 2004, em parceria com a ONG Programa Redução de Danos Solidário – PRD- foi instituído projeto conjunto com definição de prioridades e aspectos logísticos envolvidos na vacinação de adultos do albergue municipal de BH. A abordagem conjunta visava a reconhecer o status imunobiológico dos usuários do albergue, bem como proceder à atualização das vacinas conforme calendário nacional de imunizações. Não foram encontrados documentos sobre o impacto resultante das ações interinstitucionais.

4.1.9. Painéis dinâmicos desde 2002

Foram encontrados diversos arquivos institucionais com painéis situacionais anuais, ora contendo diagnósticos epidemiológicos da população atendida, ora situando a eSF PSR na rede assistencial, mapeando as potências e dificuldades operacionais e de interlocução entre os diversos equipamentos sociais. Os achados freqüentemente repetem-se nos documentos enviados às instâncias de gerência local e distrital e alguns deles foram amplamente reconhecidos nas entrevistas com os dirigentes e com os demais profissionais que compõem a equipe, seja no grupo focal, seja nas respostas ao instrumento da AMQ.

4.1.10. Avaliações internas

Na análise documental podem ser observadas avaliações internas, com periodicidade minimamente anual, onde era utilizada uma matriz considerando o

cenário situacional no momento da avaliação, os avanços e retrocessos referentes a esse diagnóstico e as perspectivas.

Além do relato de dificuldades entre os parceiros extra-saúde, encontrou-se documento com análise comparativa de 2002 e 2009 em relação aos problemas no contato com a rede secundária e terciária. Dois exemplos que remetem a outras fontes de dados do estudo de caso merecem ser citados: em 2002 é relatado que a Saúde Mental da unidade atendia moradores de rua antes do início do PSF e em 2009 é referida a presença do CERSAM Oeste, que atende moradores de rua, mas que há dificuldades com usuários de álcool e drogas. Essa fala é consonante à fala das ACS durante o Grupo Focal, descrito adiante. O outro exemplo remete à demora nas cirurgias eletivas em 2002 e em 2009 a persistência do problema, acompanhado de dificuldade de abrigo pós-alta hospitalar. Tal problema é citado no discurso dos dois dirigentes entrevistados, também adiante.

4.1.11. Avaliações externas

Houve relato de avaliação externa realizada por grupo do Ministério da Saúde e do NESCON/MG, cujo itinerário avaliativo está descrito no ANEXO 4.

Poucos dados de resultados foram encontrados sobre a matriz lógica empregada, mas a avaliação narra que a estratégia de implantação de equipes de saúde da família em Belo Horizonte responderia a uma avaliação das populações em situação de risco (muito elevado, elevado, médio) construída a partir de indicadores sócio-econômicos e de saúde, de modo que em áreas de risco muito elevado haveria uma equipe para 600/700 famílias, em áreas de elevado risco uma equipe para 700/850 e em áreas de médio uma equipe para 850/1000 famílias. Não foram encontrados dados específicos à eSF PSR do CSCC, o que se presume que a matriz foi delineada para avaliação do PSF em geral.

Apesar da lacuna de informações, pode-se traçar um paralelo com a cultura avaliativa proposta pelos “Ten Steps” do Banco Mundial (KUZEK; RIST, 2004), notadamente até o terceiro passo, com ensejo de construção de uma linha de base.

Outra avaliação externa passível de lembrança é a referência dos relatos de usuários ouvidos por ocasião do segundo Censo, sobre o médico da eSF PSR e o CSCC (BRASIL, 2006a).

4.1.12. Abordagens e instrumentos em Saúde Mental

4.1.12.1. *Condução Involuntária para Exames e Cuidados – CIEC.*

O CIEC é uma estratégia colegiada desenvolvida pela eSF PSR na área de Saúde Mental, que prevê uma seqüência de ações desencadeadas diante de uma instabilização do paciente com quadro mental grave, com vistas a diminuir sua vulnerabilidade por meio do encaminhamento para alguma unidade de saúde de complexidade maior que a ambulatorial. Entre os exemplos de casos que motivaram os CIECs foram encontrados em arquivos relatos de pacientes esquizofrênicos, psicóticos, pacientes com neuropatia alcoólica e dementes, sobretudo com comportamento violento em ambiente público.

Apesar de prever que essa estratégia de tratamento involuntário dos pacientes com transtornos mentais estariam entre as questões mais controversas conforme metanálise que a eSF PSR levantou durante revisão bibliográfica (KISELY et al, 2007), a equipe percebeu uma lacuna na literatura que estabelecesse os efeitos do cuidado involuntário sobre moradores de rua. Por entender que a PSR apresentava vulnerabilidade muito maior do que a população dos estudos citados, esperava que pudesse haver outros desfechos positivos sobre a PSR.

O entendimento de que a restrição física, a aplicação involuntária de neurolépticos, a admissão involuntária e várias outras formas de tratamentos compulsórios constituem parte essencial do tratamento em saúde mental por todo o mundo, a eSF PSR propunha a indicação de um CIEC após serem esgotadas todas as opções de tratamento voluntário (CANDIANI et al, 2007). Assim, o planejamento das ações previa uma fase preparatória que contemplava a realização de heteroanamnese e foto dos pacientes, monitorização do paciente e reuniões interinstitucionais com os parceiros (equipe de Saúde Mental do CSCC, Abordagem de Rua da SMAS, Polícia Militar, rede hospitalar, entre outros), as tentativas de tratamento voluntário e a discussão dos cenários após a realização do CIEC. A segunda fase, de execução, era delineada a partir de um itinerário que inclui quem fará a ação, para aonde será deslocado o paciente, para aonde o paciente vai após a estabilização do quadro e quem articulará os encaminhamentos e as instituições após o desfecho do caso.

Um exemplo de abordagem cita o caso do Sr. “C”, onde a eSF PSR comunicou a presença, visitou o local e o paciente não informava nada, realizada heteroanamnese com lavadores de carro construindo história, houve uma monitorização do caso por mais de seis meses e após meses de tentativa de aproximação para conversa, por vários

profissionais, “C” não aceitava alimentos de nenhum dos profissionais e a Psicologia não viu possibilidade de intervenção pelo mutismo apresentado. O pós-CIEC planejado com retorno familiar para cidade de origem, descoberta na heteroanamnese e intenso trabalho de serviço social. Foi então desencadeado o CIEC, onde o paciente se apresentava com instabilidade e desidratação, realizado pelo médico, pela assistente social e pelos ACS, cujo plano foi levá-lo para a Unidade de Pronto Atendimento-UPA- Centro-Sul durante a tarde, por meio de transporte sanitário, com auxílio da Polícia Militar. Após a abordagem na UPA, a assistente social acionou a cidade de origem do paciente para que viessem buscá-lo e após quatro dias na UPA a família o buscou.

Diversos registros foram encontrados de CIEC, com planilhas descritivas sobre o acompanhamento e a verificação do desfecho do caso após um ano e após mais de dois anos da intervenção.

Algumas observações merecem destaque na avaliação da abordagem involuntária adotada pela eSF PSR. Inicialmente chama à atenção a capacidade da equipe em identificar agravos em Saúde Mental que limitavam o acesso, a qualidade de vida do paciente e a resolutividade do seu quadro, a habilidade em identificar situações em que a condição mental envolvia risco de violência ao paciente e aos demais cidadãos ou implicavam expressões de constrangimento público, como outro caso descrito de uma mulher que sistematicamente despi-se na via pública em período diurno. A equipe conjuga a preocupação com o gerenciamento dos casos e suas conseqüentes gravidades no que tange ao cuidado unipessoal com a preocupação dos derivativos sociais impostos pelo grave quadro mental (violência interpessoal, constrangimento público imputado pelo sofrimento mental alheio).

Outro fator é o protagonismo exercido pela equipe em meio à rede assistencial, ao propor estratégia de abordagem que pode ser demandada por diferentes instâncias e instituições e que envolve diversos atores no delineamento e execução das intervenções.

Valoriza-se também a capacidade da equipe em responsabilizar-se pelo caso longitudinalmente, premissa da APS, seja antes de efetuar o tratamento involuntário, como no estudo do caso do Sr. “C”, que contemplou seis meses de análises e abordagens voluntárias frustradas, seja após a realização do CIEC, onde pôde ser notado o registro do desfecho dos casos após mais de dois anos da intervenção.

4.1.13. Prêmios recebidos

Em 2004 a experiência do CSCC, congregando eSF PSR e equipe de Saúde Mental, associada à equipe de Abordagem de Rua da SMAS, foi laureada com o Prêmio Inclusão Social, prêmio conferido pela Prefeitura de Belo Horizonte às iniciativas sociais de destaque. O título foi “Trabalho de Abordagem Conjunta a Moradores de Rua Portadores de Sofrimento Mental” e o relatório de atividades proposto por ocasião do pleito ao prêmio elencou a “relevância clínica e social, conduta inovadora e impacto na comunidade e resultados da inclusão social obtidos com dados quantitativos e qualitativos de melhoria de qualidade de vida”.

4.2. Observação participante

Feitas as considerações metodológicas no capítulo 2, assumo nesse tópico a narrativa em primeira pessoa do singular, visando a retratar o cenário observado em forma de depoimento.

Após as fases de planejamento da observação dirigi-me então ao CSCC por volta de 14h do dia 25 de outubro de 2010. Enquanto me dirigia observei quatro pessoas saindo da unidade, uma delas uma mulher sorrindo. Ao chegar à entrada da unidade havia uma jovem vestida com um colete azul e um senhor sentado ao lado da porta com um crachá. A jovem me perguntou: “Posso ajudar?” e respondi dizendo que estava com dor de cabeça e se teria algum remédio. Perguntou-me a seguir: “Tem receita?”. Disse que não, mas que queria ser atendido. Solicitou então que eu fosse ao balcão.

Inicialmente julguei que se tratasse de uma Agente Comunitária de Saúde, mas posteriormente soube que era uma estagiária, em um convênio firmado entre a SMS e instituições de ensino superior, onde graduandos na área de saúde recebem bolsas para a realização desse estágio em unidades de saúde municipais.

Percorri os dois metros entre a porta de entrada e o guichê de informações, onde uma profissional, denominada “TE 1” me perguntou o que eu queria, sorrindo, acolhedora. Disse-lhe que estava com dor de cabeça, e ela me perguntou se eu morava em Belo Horizonte e eu disse que não. Então ela me perguntou onde eu estava, e lhe disse que estava em um albergue.

Repassou meu caso a uma segunda profissional, aqui denominada “TE 2”, alegando que eu era migrante e relatou à outra o que fariam, tendo a segunda respondido

diante de mim para “fazer a ficha, que depois poderia ver”, solicitando-me que eu aguardasse sentado. Intuí que se tratava de técnicas de Enfermagem, o que se confirmou posteriormente.

Sentei e pus-me a observar o ambiente. Havia um balcão de informações e mais três salas, todas entreabertas localizadas no espaço lateral e traseiro ao balcão. Os bancos de espera eram de alvenaria, sem revestimento ou encosto. O átrio de acesso à unidade era também o acesso aos carros, num miniestacionamento. Não havia degraus ou escadas nos ambientes iniciais, com uma porta de entrada com batente de cerca de dois metros de largura.

Havia 13 pessoas sentadas aguardando atendimento e que pareciam ser prováveis usuários moradores do centro (e não pessoas em situação de rua), a maioria delas aparentando aguardar a realização de exames ou agendando consultas ambulatoriais.

Chegou “L”, visivelmente um morador de rua, que foi direto ao balcão, disse que queria seu remédio, mas foi vago, aparentava estar alcoolizado.

Outros usuários iam chegando, alguns pedindo cartão SUS. Mais duas pessoas com mochilas nas costas e que aparentavam ser albergueiros entraram e aguardaram pacientemente seus atendimentos.

A “TE 1” disse-me que eu seria atendido em breve.

“L” estava impaciente, assediava a estagiária e reclamava da demora e, por desferir palavras desafiadoras, foi sutilmente repreendido por pessoas que passavam. Após o fato ele entrou e saiu umas duas vezes da unidade de saúde. Disse numa dessas vezes em que adentrou o recinto que ainda não havia se alimentado no horário do almoço. A estagiária foi ao balcão para verificar qual seria a orientação e retornou pedindo ao mesmo que aguardasse.

Ouvia-se dizer que os profissionais estavam em reunião, e que por isso o atendimento iria demorar.

Outro morador de rua (albergueiro) num desses momentos satirizou “L” chamando-o de “pudim de pinga”.

Finalmente, quando “L” foi atendido pela triagem, demonstrava já ser conhecido no serviço e ter predileção por certa profissional, tentando descrever às outras, mas que não se recordava do nome. Foi convidado a ir para outro corredor interno, que era separado da sala de espera por uma porta retrátil ampla. Ao adentrar, fez um gracejo com uma menina pré-escolar que estava atrás da porta, o que despertou o meu riso e o

de uma senhora que havia se sentado ao meu lado. A senhora aparentava ter uns 70 anos e estar aguardando a realização de um exame, provavelmente um eletrocardiograma, e comentou pra mim que “esse pessoal é engraçado”. Nessa hora optei por ser o mais lacônico possível e respondi, ecoando: “Engraçado?”, e ela me disse que pelas manhãs o volume de atendimento costuma ser maior e que os moradores de rua acabam se excedendo, tornando o ambiente mais descontraído e tumultuado. A seguir, comentou espontaneamente que: “esse pessoal (referindo-se aos profissionais de saúde) é bem treinado, são muito atenciosos e educados, muito diferente de antigamente (...)”, e “(...) não só aqui, mas os outros centros de saúde também, o Oswaldo Cruz (...)” Em outros comentários isolados, destacou que o atendimento estava demorando e que isso não costumava demorar: “(...) aqui sempre foi rápido quando precisei (...)”.

Pouco tempo depois do comentário, sai “L” pelo corredor esbravejando e dizendo não ser alcoólatra, dizendo palavras em tom um tanto ofensivo. Logo após sai uma profissional de dentro – “X” e caminha até a porta, onde estavam a estagiária e um senhor sentado com crachá. Atrás dela veio mais uma pessoa uniformizada – “ACS 1” e outra não uniformizada, aparentemente profissional da unidade, a quem chamo de “ACS 2”, tendo descoberto após o período de observação serem Agentes Comunitárias de Saúde. A profissional “X”, que aparentava ser médica ou psicóloga dirigiu-se a “L” e quis retomar o diálogo, inicialmente encontrando ar de deboche e insatisfação por ter sido identificado como alcoolizado. “X” demonstrava interesse em repactuar a data de atendimento, propondo que fosse reagendado para o dia seguinte, pois, segundo ela, o não comparecimento nas datas agendadas e o aparecimento em outras prejudicava a estrutura do atendimento. Tentou convencê-lo a reagendar e, descrente de que a pactuação seria válida, convidou-o a entrar em outra sala, no ambiente ao lado do balcão de recepção, encontrando relutância inicial por parte de “L”. Disse estar preocupada com a Fenitoína que o mesmo tomava e que precisava conversar com ele com calma. Após a insistência de “X”, que pediu “por favor” para que ele entrasse em sala contígua, seguido do argumento de que “se não entrasse não poderia resolver a sua situação (do morador L)”, “L” convenceu-se a entrar. Embora a porta estivesse entreaberta, já não era mais possível ouvir toda a conversação em ambiente semiprivado, uma vez que as três profissionais que entraram e abordavam “L” falavam com baixo volume de voz, e em poucos momentos se ouvia “L” falar em mais alto tom. A profissional “X”, mais tarde confirmada como a médica da eSF PSR, evade o ambiente e vai em direção ao corredor interno. Volta rapidamente com um copo plástico com café e um lanche

embalado num saco plástico. Já não se ouvia mais “L” falar em alto volume de voz, a não ser quando disse que “o café está quente”.

Enquanto “L” era atendido entra um senhor – “S”, aparentando roupas simples, porém limpas e ar talvez mais envelhecido do que sua idade cronológica. Como falava alto, foi imediatamente reconhecido pela “TE 2”, que disse seu nome completo, o que logo lhe despertou orgulho nítido e um gracejo: “só voltei aqui pois sabia que vocês estavam morrendo de saudade (...)”. Caminhou de maneira bem humorada ao balcão, dizendo a “TE 2”, que o reconheceu, que recuperaram seus documentos e seu cartão do Bolsa Família”, sem outras explicações, de pronto congratulado pela “TE 2”. Demonstrou conhecer “L” e cumprimentou-o de maneira fortuita por fora da sala em que “L” era atendido e foi embora. “L” sai da sala com expressão de gratidão e calma, desejando a benção de Deus aos que lhe atenderam e voltando a galantear a estagiária vestida com colete azul.

A “TE 1” pergunta-me se eu já havia sido atendido e respondo negativamente com a cabeça. Logo após, a “TE 1” me chama e convida a entrar em sala que estava ocupada pela senhora que estava sentada ao meu lado. Ao passar a “TE 2”, que estava desocupada no momento, a mesma me convida a entrar na sala ao lado. Sento-me e ela me pergunta o que tenho e lhe respondo estar com dor de cabeça. Solicita-me que apresente um documento e pergunta-me se eu moro em Belo Horizonte. Forneço-lhe meu documento de identificação e respondo que não, e replica-me perguntando onde eu moro e onde estava no momento. Respondo dizendo ser de São Paulo e estar no albergue e então ela me pede o cartão do albergue. Digo que não estava comigo, após simular pesquisá-lo num dos bolsos. Prontamente levanta-se e diz que telefonará para o albergue, sem me perguntar em qual eu estava. Mais tarde descobri que naquele distrito sanitário só havia um albergue, o que não havia sido mapeado na fase inicial. Após cerca de dois minutos retorna, devolve meu documento de identidade e diz “não tem nenhum ‘AGRJ’ no albergue”. A declaração foi emitida sem tom de acusação ou punição/re/incriminação, de maneira assertiva e polida. Desculpo-me dizendo que na verdade estava na rua e que omiti o fato por causa da vergonha. De fato, esse foi o momento mais tenso da aplicação da técnica e eu permanecia cabisbaixo, temendo que tal situação pudesse ser conduzida para o âmbito policial. Ela responde-me dizendo que precisava saber onde eu estava para que as “moças fossem atrás, saber onde você fica (...)”. Logo após pergunta-me o que eu estava sentindo e respondo estar com dor de cabeça. Responde-me que não havia médico disponível no momento. Replico-lhe

dizendo se há algum remédio, alguma gota pra dor de cabeça. Ela me pergunta qual tipo de remédio costumo tomar pra aliviar o sintoma referido e digo-lhe que Paracetamol ou Dipirona. Ao dizer isso penso ter cometido um ato falho, por demonstrar um certo conhecimento técnico. Levanta-se e vai até o armário e apanha um frasco de Paracetamol gotas, me entrega e diz para eu tomar 40 gotas. Depois me oferece um copo descartável, indicando-me o bebedouro. Saio, agradeço-lhe e ofereço um brinco de presente, mas responde-me agradecendo e recusa-o alegando ter alergia. Ao passar por “TE 1”, igualmente lhe agradeço e ofereço um brinco de presente, também educadamente recusado. Preencho o copo com água do bebedouro e saio pela porta da sala de espera, onde já não havia mais usuários. Nesse momento tiro o relógio do bolso e verifico que são 16:30h. Já na calçada da rua do CS encontro “L”, fumando. Considerei finalizada a observação em si e dediquei-me rapidamente a registrar a cronologia dos acontecimentos observados e as respectivas impressões.

Nessas duas horas e trinta minutos em que permaneci no átrio da unidade pude verificar em relação ao padrão arquitetônico que a sala de espera era composta por bancos de alvenaria e sem encosto, ocasionando certo desconforto, sobretudo para usuários mais idosos. Havia luminosidade natural, pela grande amplitude da porta principal, complementada por iluminação artificial. O bebedouro apresentava bom funcionamento, localizado nos fundos da sala de espera. A pintura das paredes era da cor clara, mas apresentava certo desgaste na sua conservação. Havia três cenários que podiam ser vistos por quem sentava num dos bancos: três salas, dispostas concêntricamente ao balcão de informações onde ficavam os profissionais de saúde. As salas pareciam ser espaços multiuso, com a presença de computador em todas e disponibilidade de maca em uma delas, onde eram realizados os primeiros atendimentos. Todas as portas ficaram entreabertas durante os atendimentos, o que demonstra certa limitação da privacidade acústica e visual dos usuários e profissionais. Do ponto de vista da acessibilidade arquitetônica e funcional para deficientes físicos e pessoas com dificuldade de deambulação, não se notavam barreiras físicas evidentes (degraus, piso escorregadio). Faltavam corrimões em locais estratégicos e as quinas dos bancos de espera eram formadas de ângulos retos. Também não havia qualquer cartaz ou informação em Braille e não é sabido se a estagiária do acolhimento ou outros profissionais são capacitados na Linguagem Brasileira de Sinais.

Pela conformação das salas e movimentação dos profissionais, assim como pela observação dos atendimentos, inclusive o que me foi prestado, é possível afirmar que a

unidade apresenta uma estrutura de acolhimento de demanda, tanto na demanda programada, quanto na espontânea, focado na abordagem por profissionais administrativos para a orientação dos fluxos, e de Enfermagem, para a responsabilização clínica. Não me lembro de ter observado entre os cartazes afixados na unidade a explicação dos fluxos e dos critérios de atendimento e serviços oferecidos pelo centro de saúde, seja para pessoas em situação em rua, cuja responsabilidade é de competência da eSF PSR, seja para os usuários residentes na zona central e que usufruem de outros serviços. Contudo, a presença da estagiária na porta da unidade parece estabelecer um canal de comunicação dinâmico entre os usuários e o serviço e aparenta também ser uma instância possível de ouvidoria local inicial.

A situação temporal observada indicava que o contingente dos profissionais para o atendimento no átrio estava reduzido em virtude da realização de reunião da equipe de saúde, fato que foi confirmado por meio de pergunta aos profissionais conhecidos ao longo da fase de campo, nos dias subsequentes a esta observação participante, além de ter sido constatada normativamente no Manual do ACS, desenvolvido pela eSF PSR. Outro fato descoberto era que a Enfermeira da eSF PSR estava em férias e só voltaria no último dia da minha fase de campo, quatro dias após a aplicação dessa técnica.

Apesar da redução circunstancial do número de profissionais em atendimento, manteve-se uma dinâmica de acolhimento às demandas trazidas pelos usuários, realizada pelas Técnicas de Enfermagem. Tal redução talvez seja um fator para explicar a demora na realização do meu atendimento, que somente terminou transcorridas duas horas e trinta minutos da minha chegada. Contudo, eu não tinha atendimento programado e somente poderia acessar algum serviço da unidade a partir da escuta da minha demanda espontânea, pela oferta de algum atendimento programado posteriormente ou pela participação em alguma atividade educativa em sala de espera. O primeiro fato a se destacar é a realização do atendimento em si, que pode contribuir para o debate da condição de acesso a neo-usuários e num segundo plano o tempo-resposta à demanda singular, e se seria possível se discutir algum padrão de “demora permitida” para a resolutividade da queixa apresentada (cefaléia).

Outro ponto a ser discutido trata-se do momento em que a médica e as Agentes Comunitárias de Saúde abordam o paciente “L”. Do ponto de vista cronológico, o paciente “L” chegou depois de mim, foi atendido antes e pela médica da eSF PSR, o que denota que provavelmente o caso dele interrompeu a reunião da equipe. Nota-se então que a ordem de chegada foi menos importante que a classificação de risco

impetrada pela equipe, já que havia dois distintos perfis de usuários a serem avaliados: um jovem de 32 anos, migrante ou trecheiro na constatação inicial, com queixa de “dor de cabeça” e paciente no aguardo do seu atendimento (eu) e outro, flagrantemente morador de rua, com aparente dificuldade de adesão ao anticonvulsivante prescrito, sugestivamente sob efeito de álcool e impaciente em sua espera (“L”). Aparentemente prevaleceu o critério de risco e vulnerabilidade sobre a ordem cronológica.

Outro fato que me inquietou na postura da médica foi a dispensação de um lanche com café, lacrado e pronto para consumo, sem aparentar ser sobra de consumo. Nos dias seguintes à observação participante perguntei aos funcionários se esse era um procedimento corriqueiro no CSCC e eles me responderam que o lanche entregue era o lanche que a SMS fornece aos próprios servidores e que, alguns funcionários, apresentam esse hábito de entregar seus próprios lanches diante de situações que consideram pertinentes. Houve um relato inclusive de um usuário que formou potente vínculo com os auxiliares de serviços gerais da unidade, que lhe servem café quase que diariamente, situação também relatada no grupo focal com as ACS. Tal exceção constitui no entendimento desse profissional que me relatou uma oportunidade de verificar uma situação de segurança alimentar, bem como facilitar à adesão a um tratamento supervisionado, indicado para os casos de manejo de tuberculose ou em outras situações que exijam tomadas de medicamentos para condições crônicas ou agravos de interesse sanitário especial. Em suma, a institucionalização da prática poderia aumentar oportunidades de cuidado em casos específicos, hipótese que mereceria ser mais bem estudada em outra ocasião.

Outra potência a ser destacada é o caráter multiprofissional e intersetorial do acolhimento apresentado. Fui acolhido e orientado por uma graduanda na área de saúde e por Técnicas de Enfermagem. Já “L”, além dessas profissionais, foi acolhido também pela médica e pelas agentes comunitárias de saúde. No meu atendimento em particular, foi aberto um registro “provisório” no prontuário eletrônico e é interessante notar que a profissional de saúde acionou outro equipamento social após eu ter dito inicialmente que estava em um albergue. Tal postura demonstra uma articulação intersetorial com propósitos de vigilância do itinerário do usuário pela rede, não só da saúde, mas também de outros setores. Esse dado é corroborado pelo encontro de registros administrativos que ensejam a integração intersetorial, sobretudo entre a Saúde e Assistência Social, mais notadamente nos relatos de fóruns interinstitucionais que ajudaram a delinear a macropolítica municipal destinada à PSR. Mais tarde, pude

constatar que a preocupação da Técnica de Enfermagem dirigida a mim, ao questionar o lugar onde eu estava fixado/albergado constituía a senha para a identificação territorial por parte das agentes comunitárias, o que de certa forma parece deflagrar um processo de acompanhamento longitudinal dos usuários. Por meio da observação dessa prática, inseri uma pergunta no roteiro do Grupo Focal, descrito adiante.

A assertividade na análise de discurso das técnicas de Enfermagem é outro fator a ser lembrado, uma vez que não houve atitude policalesca ou recriminatória diante da descoberta de que eu não estava, de fato, albergado. Entendo nessa postura centelhas indutoras de vínculo profissional, apesar de não saber se a forma com que fui tratado reflete uma tendência personalística da técnica de Enfermagem que me acolheu ou se houve um treinamento específico de abordagens singulares, conforme sugerido pela senhora idosa que sentou ao meu lado e comentou que “esse pessoal é bem treinado”.

Do ponto de vista das características técnicas do atendimento com queixa de cefaléia é importante destacar que ao ser atendido, além das considerações de abordagem intersetorial, poderia ter tido minha pressão arterial aferida, bem como sido questionado sobre a eventual presença de alguns sintomas que pudessem sugerir sinais de hipertensão intracraniana, como vômitos, turvação visual sustentada, perda de consciência, entre outros, ainda que eu não os tenha espontaneamente referido. Nesse sentido, a despeito das atribuições pertinentes às categorias profissionais e embora a avaliação da resolutividade do cuidado não seja objetivo analítico dessa dissertação, o manejo clínico poderia ser ministrado de acordo com protocolos institucionais para estratificação de risco e delimitação de atribuições interdisciplinares, já que na vigência de algum sinal de hipertensão intracraniana o cuidado médico deveria ser acionado. Contudo, considero a entrega gratuita de medicação sintomática em dose adequada para um adulto jovem como satisfatória, de forma a convergir positivamente para as dimensões política, técnica e econômica que a categoria analítica “acesso” é proposta por Giovanella (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Já a dimensão simbólica, tem sua análise prejudicada, uma vez que eu não sou genuinamente uma pessoa em situação de rua, mas apenas dispus desse artifício com finalidade acadêmica exploratória.

Outro aspecto que chamou a atenção na observação foi constatar que os usuários se misturavam no mesmo espaço da sala de espera sem qualquer indício de segregação social entre moradores de rua do Contorno e pessoas aparentando ser de classe média, residentes na área central. Não percebi qualquer preconceito ou rejeição em relação à minha pessoa, tampouco em relação às pessoas maltrapilhas e com visíveis déficits de

asseio corporal que entraram na unidade, tal como levantar-se do banco de espera quando um morador de rua sentava-se ao lado da pessoa. É possível que haja um clima de transversalização da situação de rua no cotidiano da unidade de saúde, o que sugere uma cultura institucional de convivência pacífica e inclusiva. Também se notou que os profissionais foram educados e gentis em todos os momentos, diante dos usuários.

Embora a meta da aplicação da técnica não era analisar a visibilidade pública da condição de ser uma pessoa em situação de rua, como foi relatado na experiência de Costa (COSTA, 2004), psicólogo que se travestiu de gari para avaliar a visibilidade social de garis nos arredores da Universidade de São Paulo, onde estudava, é interessante notar que apenas a profissional “TE 2”, que me atendeu lembrou da história do hippie vendedor de brincos quando relatei aos profissionais que observei sobre a minha presença disfarçada no CS CC, apesar de não me ter reconhecido logo no dia seguinte, ocasião em que nos fomos formalmente “apresentados” pela gerente da unidade. Os demais profissionais, ao serem perguntados, não se lembraram da figura do hippie. Cabe destacar que no dia seguinte, em que a gerente e os profissionais estavam cientes da minha ida para a fase de campo, eu havia retirado a barba, recolocado os óculos e estava evidentemente trajado com roupas mais formais, conforme as imagens a seguir:



Foto 4: Auto-fotografia do autor demonstrando o expositor de brincos e o frasco de medicação recebida durante observação participante.



Foto 5. Auto-fotografia do autor depois de terminada a observação participante e anterior às demais técnicas aplicadas.

4.3. Grupo focal com Agentes Comunitários de Saúde

Após as considerações metodológicas descritas no capítulo 2, imediatamente antes de iniciar o grupo, na fase introdutória, a ACS 2 pergunta qual seria a finalidade da técnica, o que respondido pelo pesquisador. Iniciado o grupo focal a pergunta inicial “Como é o seu trabalho? Quais são as suas funções?” visava a caracterizar o processo de trabalho, o reconhecimento de suas atribuições e o cardápio de ofertas lembradas pelas ACS.

ACS 2 inicia dizendo: “nós temos a função de abordar eles na rua, se tiver consulta especializada avisar eles, porque eles perdem muita consulta, se tiver alguma consulta médica, acompanhar eles, pois muitos não têm autonomia pra chegar num serviço e dizer ‘eu preciso disso’”

ACS 1 “a gente tem o papel de convencê-los de que tem uma unidade de saúde, que o pessoal está preparado para recebê-los mesmo sujeitos, (...) dizer que é importante se cuidar”. “Se a gente não tá lá, pra fazer e acontecer, eles não são bem atendidos, são discriminados (...)” concorda com ela a ACS 2. A ACS 1 continua: “a gente tenta ir atrás no lugar onde eles estão (...), (...) porque tem muitos que não sabem que existe a equipe.”; “(...) a grande maioria um vai passando para o outro, mas sempre tem aqueles que não gostam de falar com outras pessoas.”

A observadora/relatora relata que a ACS 3 estava mais tímida no início do debate, titubeia e, após uma pausa depois da fala das outras duas ela inicia: “a gente também além da abordagem na rua faz outras coisas, igual manter o cadastro atualizado, é, foge da mente... (pausa), interrompida por ACS 2, que diz “nós elegemos nossos casos bomba e tentamos fazer uma estratégia para eles poder melhorar, tuberculose, como eles podem tratar, quem pode ajudar a gente, se ta numa casa de recuperação, quem pode estar ajudando a dar aquela medicação (...). ACS 3 interrompe-a: “a saúde mental também, a gente tem muita dificuldade, às vezes tem paciente que até agride a gente na rua e a gente tem que levar o medicamento (...)”, obtendo a concordância de ACS 2.

Observa-se nessas respostas a percepção de que suas atribuições incluem predominantemente a abordagem da PSR na rua, a preocupação com o acompanhamento terapêutico, seja na monitoração da frequência às consultas especializadas, seja na presença diante das atividades realizadas pela eSF PSR no CS CC. Aparece no discurso a necessidade de tutelar a PSR, entendidos como tendo pouca autonomia, seja quando já acessam o serviço de saúde no CS CC, seja no desconhecimento de que há uma equipe de saúde disponível para o seu cuidado. Uma delas lembrou o papel “recensador” expressado por meio da atualização cadastral e outra, ao citar a abordagem junto aos casos difíceis, usa a expressão “casos bomba”. Sobre a expressão ela é encontrada também nos arquivos documentais que sugerem um cadastro de pacientes problemáticos que conta inclusive com um acervo fotográfico para seu reconhecimento, e cujos casos inspiraram a realização de reuniões colegiadas a partir do cálculo do índice de autonomia – descrito nos registros documentais- para delineamento de intervenções específicas. Pode ser que elas percebam que a eSF PSR efetua o gerenciamento de risco por meio dos seus trabalhos como ACS.

A segunda pergunta: “Como é a visita que vocês fazem? O que perguntam? O que não pode faltar na abordagem à pessoa em situação de rua?” pretende

complementar a pergunta anterior, enfocando mais a atividade extramuros. Tal pergunta também visa a obter um paralelo com o referencial técnico proposto por outros dois documentos institucionais que versam sobre atribuições e premissas que devem fazer parte da visita domiciliar (BRASIL, 2009).

ACS 1 responde que “é, a gente pergunta de onde ele veio, de onde ele é, se tem família aqui, quanto tempo que ele não procura um médico, se ele já procurou uma unidade de saúde (...), complementada pela ACS 2: “quanto tempo ele ta na rua”, continuando a ACS 1: “se ele frequenta o albergue, a gente tenta mostrar os locais que tem, o centro de referência, o albergue, o centro de convivência, a Abordagem de Rua, a Assistência Social da Prefeitura, onde eles podem conseguir algum benefício (...)”. A ACS 3 complementa: “as vezes eles chegam lá sem documento nenhum e a gente encaminha para a Abordagem, às vezes queixa que não tem dinheiro pra comprar nada, a gente vai e pede pra ir lá na Abordagem olhar a questão do Bolsa Família também, se algum quer sair da rua e vê a questão da Bolsa Moradia”. As três concordam verbalmente quando a ACS 2 diz que “dependendo do caso que a gente aborda na rua tem que chamar o SAMU”.

A ACS 1 muda de assunto e diz que “tem muito morador de rua, eu acho que as pessoas estão tão acostumadas (...). Nesse momento um senhor que passava pelo parque interrompe o grupo e pede uma informação sobre o local de uma rua, respondido rapidamente com um sinal pela observadora/relatora, que não percebe grande prejuízo no curso da fala, já que a ACS 1 retoma, sem perder o fio condutor: “(...) de ver ele caído lá no chão, aí ta acostumada, como se fosse uma coisa que fizesse parte lá do centro da cidade, as vezes ta passando mal, num estado que precisa de chamar o SAMU, porque a gente não tem carro, e isso é uma coisa que faz falta (...). “Às vezes a gente liga para a Abordagem de Rua, se eles têm com carro e pode dar uma força pra gente, se pode levar ele pra UPA”. Continua: “E a equipe tava muito presa no centro de saúde, então uma coisa que ta precisando muito é a equipe sair, o médico ir lá (...). Nesse momento a ACS 3 intervém: “e eles reclamam muito disso pra gente na rua, na hora da Abordagem eles perguntam da enfermeira.” Já a ACS 2 acha que deveria ter profissionais de enfermagem pra ir mais à rua: “a gente procura saber o que ele ta precisando, às vezes é um curativo, mas a gente não consegue muitas vezes trazer ele ao centro de saúde. Então se tivesse um técnico na rua também ele olharia e diria: ‘dá pra fazer isso e isso’, e encaminhar pra um lugar ou tentar convencer ele com mais propriedade, porque muitas vezes só a gente falando eles acham que tá normal.”

ACS 3: “a presença do médico, da enfermeira é muito importante pra eles.” Nesse momento introduzi uma outra pergunta não prevista para explorar melhor a questão da realização do curativo: “Nesse caso do curativo vocês acham que o curativo deve ser feito na rua ou deve ser feito no centro de saúde?”. Todas acharam que deve ser feito no Centro de Saúde, “(...) só que o médico ou o enfermeiro sempre, alguém de branco, sempre impõe muito mais para eles do que nós (...)”. Nesse momento em que a ACS 2 dizia “alguém de branco” a relatora sinalizou-me com um olhar e compartilho o relato de sua impressão de que houve um tom de desabafo na fala e uma postura de fuga do olhar. Percebendo que a pergunta suscitara certo desconforto entre elas, perguntei o porquê, e uma delas respondeu que “acho que a questão foi o Dr. Claudio, que acostumou eles assim, (...) então geralmente tem um que fala: e o Dr. Claudio? O médico não vem mais? (...) eles acostumaram com isso, da enfermeira, o médico, que eu nem peguei essa parte, mas eu sei que era assim”. Nesse momento, a ACS 1, que riu jocosamente quando a outra mencionou o primeiro médico da eSF PSR, relatou: “aí a gente tá brigando muito e acho que agora vai voltar a ser o que era antes, do médico poder ir lá na rua com a gente, a assistente social (...). Com ar sereno a ACS 2 justifica: “porque teve uma rotatividade de profissionais na equipe de origem”.

Em relação às percepções de suas atribuições, as ACS lembraram-se de nove das onze funções previstas no “Manual do ACS” da SMS-BH, esquecendo de mencionar apenas a participação em reunião semanal de equipe, fixada às segundas-feiras de 14-16h e a participação no Fórum de População de Rua. Pode-se intuir que as duas perguntas iniciais remeteram à autopercepção de seu processo de trabalho, seja em tarefas administrativas, seja na abordagem dos pacientes, intra ou extramuros.

A Abordagem de Rua que é citada no debate das ACS trata-se de equipe multiprofissional gerenciada pela Secretaria Municipal de Assistência Social, cuja composição apresenta em geral educadores de rua, que tentam subsidiar os moradores de rua à luz do Sistema Único de Assistência Social- SUAS. Particularmente essa equipe de Abordagem de Rua é vista como articuladora dos benefícios sociais disponíveis e como adjuvante nos casos complexos, quer por questões de segurança, quer como adjuvante nos casos de remoção interinstitucional para equipamentos sociais diversos. Ao lembrarem-se da Abordagem de Rua relatam também a dificuldade com a falta de veículo próprio do CS Carlos Chagas para auxiliar no transporte sanitário dos pacientes para a rede intramunicipal, constatação essa que aparece também no discurso da gerente da unidade, citado na Entrevista de Dirigentes, ao longo do estudo de caso.

Sobre a questão do curativo é perceptível que elas são uníssonas em reconhecer que não são potenciais ministradores de procedimentos na rua em situações de ausência de outros profissionais, preservando-se a percepção de autonomia de competências nucleares dos demais profissionais, sobretudo da enfermagem.

Aparece no discurso também a inquietação delas em lidar com a dificuldade em se realizar visita por parte de profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Não fica claro no contexto se a dificuldade ocorre por questões personalísticas dos profissionais ou se há alguma limitação institucional para o fato. Elas acenam para o cenário atual da equipe, com transição profissional visível.

Antropologicamente, a leitura do anonimato das pessoas em situação de rua para a população geral encontra paralelo conceitual nos estudos de Adorno e Waranda (ADORNO; WARANDA, 2004), ao definirem o termo “descartáveis urbanos” e de Costa (COSTA, 2004), ao propor a “invisibilidade social”, ambos abordando sob diferentes prismas a questão da despersonificação dos sujeitos ao invés de serem considerados entes sociais titulares de direitos e dignidade.

A terceira pergunta: “Se um morador de rua que dormia num lugar passa a dormir em outro, como fica o acompanhamento?” introduz a busca de entendimento sobre como a eSF PSR aborda a especificidade da condição nômade dos moradores de rua de maneira a garantir a responsabilidade sanitária face a um território geográfico diferente dos setores censitários tradicionais, sobretudo os que inspiram o processo de trabalho dos ACS de modo geral, previsto na PNAB.

A ACS 1 respondeu: “a mesma coisa porque o paciente daqui não é de uma pessoa só, é de todo mundo, no começo a gente dividia as áreas, tinha um que ia pra área hospitalar, outro que ia mais pro centro, outra que ia mais pro Oswaldo Cruz, Barro Preto, só que a gente viu que não adianta fazer dessa forma (...), porque uma hora a ACS tal não está no centro de saúde e ele chega e o paciente tem que conhecer a ACS tal, ele tem que me conhecer (...), porque assim a gente consegue ter mais o vínculo”. A ACS 2 continua: “normalmente fica um ACS no Centro de Saúde, e os outros vêm pra rua, aí quando a gente chega na rua, se apresenta e diz que sempre vai ter um ACS no centro de saúde (...), muitas vezes a gente dá o nome da gente pedindo pra nos procurar no centro de saúde.”. A ACS 1 interrompe e me pergunta: “nesse caso que você perguntou se ele tá num lugar e depois está em outro lugar, o que você quer saber?. Respondi-lhe exemplificando: “Por exemplo, se ele fica nessa praça e sai daqui e vai pra outra parte na Avenida do Contorno...”. Prontamente ACS 1 respondeu-me que

“geralmente se a gente tem o hábito de procurar ele nesse local a gente pergunta pros outros que estão lá: ‘fulano de tal ta andando nessa rua?’ e a gente volta a procurar (...)”. Essa fala foi a sobreposição da fala das 3 ACS. Nesse momento perguntei uma curiosidade: “Eles chamam vocês de ACS?”, “eles chamam pelo nome”, se antecipou a ACS 3, “e põem até apelido”. Como aparentaram não se importar continuei a provocação: “E vocês gostam dos apelidos?”. Disseram não se importar e revelaram seus apelidos mais freqüentes: “Drica”, “Donatela” e “Gordinha” (obs.: sem correlação entre os apelidos e a ordem de citação dos ACS), disseram que o apelido do Dr. Claudio era “Marcelo Anthony” e que as atuais médica e enfermeira da eSF PSR ainda não foram alcunhadas pelos moradores de rua.

Sobre a organização da abordagem no território foi citado um arranjo inicial com delimitação geográfica para cada ACS e perceberam que era mais proveitoso se todas conhecessem todas as áreas e que houvesse mais de uma ACS de referência para o usuário. O rearranjo foi motivado pela busca de formação de vínculo, que no entender delas deveria ocorrer entre todas as ACS e os moradores de rua e não só entre um profissional de referência (ACS) apenas. Tal estratégia, a princípio, permitiria localizar um usuário que mudou o seu local predominante de fixação de uma rua para outra, pela empatia e vínculo que elas conquistassem em determinados nichos.

A quarta pergunta teve sua ordem invertida, por presumir ser mais coerente com o desenvolvimento dos temas conformes as falas: “Quais são as necessidades de saúde da população em situação de rua que você acompanha?”

ACS 1: “Geralmente eles demoram tanto pra procurar que já tem de tudo um pouco.” Já a ACS 2 lista diversos problemas de pele: “(...) escabiose, muquirana, piolho, pé rachado, unha muito grande” e continua: “muita demanda de efeitos do alcoolismo (...) pedem muito soro pra diarreia, pra vômito”. A ACS 1 complementa: “acho que os maiores problemas são a droga, o álcool e o estado geral muito precário (...)”. Instiguei perguntando: “Vocês observam problema mental?” A ACS 3 iniciou: “A grande maioria deles tem” e a ACS 2 foi mais explícita: “só deles estarem bebendo e fumando drogas já é um desvio mental na minha opinião”. Volta a ACS 3: “às vezes fico me perguntando se eles bebem e fumam devido à condição de estar na rua, pois um me falou que não usava, depois que ele caiu na rua ele (...)”. Nesse momento, elas põem se a debater mais francamente entre elas e a ACS 1 opina: “eu já perguntei isso e eles falaram que tem que beber, porque beber mata o frio, mata a fome, tira o medo (...)”. Já a ACS 2 diz que “tem muitos que quando conseguem uma bolsa moradia, estabilizar,

não agüentam ficar dentro das casas que eles alugaram, porque os amigos deles tão na rua, aí eles voltam pra rua por causa dos amigos.”. A ACS 3 discorda: “a grande maioria deles tem família, aí já é o contrário, por causa das drogas e da bebida, aí a família não agüentou e tiveram que morar na rua, aí já é o contrário”. A ACS 1 concorda com a ACS 3 nesse ponto.

Percebendo a diversidade de opiniões sobre esse ponto quis aprofundar: “Vocês acham que o álcool e as drogas é o que leva a pessoa ir pra rua ou é o contrário, ela conhece esse mundo estando na rua?”. A ACS 1 e 3 são convergentes em achar que ambas as situações são possíveis. Já a ACS 2 acha que “a pessoa quando começa a usar o tráfico dentro de casa, beber, a família não agüenta mais ele, aí ele vai pra rua e acha pessoas iguais a ele, (...) a maioria acho que é isso, é falta de estrutura na família”.

A partir daí, retomo a ordem inicialmente prevista no roteiro e pergunto: “Quem é a população em situação de rua? Qual o perfil dos moradores de rua de Belo Horizonte?”, que visa a colher a caracterização do perfil de clientela a partir de dados primários - sem auxílio de dados secundários provenientes de indicadores de saúde e registros administrativos – e no intuito de contrastar com percepções de estudos sociológicos sobre a identidade do morador de rua de diferentes regiões. A ACS 1: “muitos que são daqui e não conseguem viver com a família, muitos vem de fora procurar emprego, fugir do que ele é lá(...)”. A ACS 3 reconhece também a identidade migrante, que não encontrando emprego vai para a rua. A ACS 1 diz que “precisa ter um incentivo para o migrante, da Assistência Social, pra qualificar as pessoas que tão lá, pois senão vão virar moradores de rua, esses 60 dias acho que é pouco”. Ecoei: “sessenta dias?” “é o tempo que eles que podem ficar no albergue como migrante, depois é considerado morador de rua”, continuei: “mas ele continua morando no albergue?”, responderam-me que “só pode dormir, de dia tem que ficar na rua”, titubearam nesse momento, não sabendo dizer se quando tem família com filhos o que ocorre. Perguntei se elas conheciam o albergue e responderam que sim, prossegui questionando sobre o abrigo e nem todas o conhecem (Abrigo São Paulo). A ACS 1 fala que o Abrigo São Paulo “tem muitas regras, (...) parece bem rígido”. Nessa hora a ACS 3 pergunta para a ACS 1 despertando risos: “Você acha que esse ‘trem’ é melhor ou é igual ao albergue?”. ACS 1 diz “acredito que as coisas têm que ser organizadas, não adianta ter o albergue e eu ouvir falar que teve estupro lá, que entra droga (...), igual o “A” falou uma vez: ‘tem lá um tanto de chuveiro, mas quando você fala que tem que tomar banho ele vai embora””. A ACS 2: “tem tanto benefício também que eles recebem

que deveria ser melhor acompanhado pelo Serviço Social, porque o cara recebe num dia e noutro dia ele vai para a pedreira e ‘fuma o benefício’ dele todo (...)”. A ACS 1 traduz a metáfora com a seguinte expressão: “eles falam ‘vale nóia’ ”. A ACS 1 lembra de um usuário que recebe Benefício de Prestação Continuada e o consome todo em droga. A ACS 3 alega que não é que não concorda com a ACS 1, mas que não concorda com as regras do albergue: “tem que ser mais rígido, pois um rouba do outro, briga, quebra chuveiro, devia ter regras pra eles seguirem”. Perguntei o que a ACS 2, que estava mais calada nessa hora o que ela achava das opiniões e ela respondeu que “tem que ter regras, porque senão nenhum lugar vive sem regras e um caminho, acho que eles tinha que tomar banho, cortar cabelo (...)”. Nesse momento fiquei instigado com o calor do debate e introduzi mais uma pergunta: “Se eles moram na rua que é pra não ter regras, e aí o albergue os obriga a ter regras, o que vocês acham?”. A ACS 1 e 3 riram do dilema, parecendo concordar entre si e a ACS 2 responde: “tem muito morador de rua que é limpinho, tem onde tomar banho, muitos não vão por essa baixa estima, acho que é isso que precisa ser trabalhado, muitas vezes a gente até acompanhou pro centro de referência pra tomar banho, o que eles precisam de acompanhamento da gente a gente tenta levar, se é pra ir no hospital, só se ele não quiser, como várias vezes a gente fala ‘que vai marcar os papéis procê’ e no dia ele fala que ta muito alcoolizado e não vou, mas a gente sempre ta lá disposta a levar ele”. Nesse momento em que a ACS 1 diz: “a gente às vezes fala assim: ‘poxa, eu acordei de manhã, tomei banho, me arrumei pra vir te atender, você não acha que podia fazer um esforçozinho... por mim também?’ ”, a relatora/observadora relata um certo tom de sedução na postura da ACS, como se ela usasse a arma da sedução para convencê-los a tomar banho antes de um atendimento. Perguntei a ela o resultado e ela disse que muitos aceitam tomar banho. A ACS 3 ri nessa hora e confessa que “tem que ter muita lábia”. A ACS 2 dá a receita: “tem uns que se você impor um pouquinho eles vão, tem uns que é tipo mãe, tem que falar devagar (...)”. Perguntei a elas: “Vocês acham que a maioria consegue ter esse vínculo de cumprir o que vocês orientam, ou é mais difícil?” A ACS 3 acha que é a minoria e então as ACS põem-se a debater, a ACS 1 acha que “uns 60% ouvem a gente” e duas ACS provocam uma delas, que está com os casos “piores” e “mais difíceis”. Elas começam a exemplificar e a ACS 2: “tem uns que até você fazer o cadastro, você tem que perguntar: ‘hoje você quer me responder?’ (...) teve um que eu tive que pegar o nome da mãe num dia, o nome do pai dele num outro (...) então é o dia que quer responder, o dia que não quer você fala pára, outro dia a gente volta (...)”. A ACS 1 pondera: “acho

interessante isso, eu acho que tem aceitação porque uma pessoa que tá lá na rua, geralmente eles não gostam muito de ficar, você vê a satisfação dele de você ficar perto, de cumprimentar, conversar, eu particularmente nunca tive dificuldade de pegar o documento, fazer o cadastro (...), a gente tem alguns alcoolizados que não querem tomar o remédio”. Nesse momento a ACS 3 relata sua dificuldade em abordar alcoolizados e a ACS 1 minimiza o comentário. A ACS 2: “Até fim de semana às vezes, eu já passei várias vezes no centro, eles param, reconhecem, cumprimentam, te defendem (...)”. Quis saber delas como elas viam esse precedente de encontrá-los fora do horário de trabalho e a ACS 2 exemplificou uma ocasião em que foi abordada: “tá tudo bem, melhorou? Segunda-feira passa lá no centro de saúde.”. Já a ACS 1 lembrou de uma história inusitada: “nesse parque mesmo teve um dia que eu vim com o meu filho e tinha um morador de rua lá, um bem barbudão e meu filho encantou com ele, sentou até no colo dele e ficou batendo papo com ele”, narrando o fato sem qualquer gesto de preconceito, apenas riso, na observação não verbal.

Em relação à seqüência de perguntas predominante no discurso delas, o diagnóstico dos problemas mais prevalentes como sendo os problemas de pele, os problemas relacionados ao álcool e drogas e saúde mental em geral. A lembrança da drogadicção suscitou o debate entre elas sobre se o álcool e as drogas constituíam causas ou conseqüências da condição de estar na rua, obtendo-se respostas heterogêneas, mas predominando a hipótese da uma via de mão dupla e uma leitura sobre possíveis desajustes familiares como pivô.

Sob o prisma da intersecção de políticas públicas elas comentaram haver uma assimetria entre o recebimento de benefícios sociais e o acompanhamento necessário ideal desses programas, com a leitura de que os benefícios sociais acabam sendo vetores da perpetuação do consumo de drogas, com diversas conseqüências sociais decorrentes, ao utilizar/lembrar as expressões “vale nóia” e “fumar o benefício na pedreira”, esse último em alusão ao local de comercialização de crack.

Outro ponto que merece destaque é sobre as opiniões a respeito da exigência de certas normativas inerentes às instituições que assistem à PSR, o albergue e o abrigo. Apesar de divergências marginais, a questão disciplinar é bem vista por todas, pois percebem que os serviços de referência dão maior atenção ou exigem condições básicas de higiene como pressuposto mínimo para o atendimento dos moradores de rua, aliás, uma das suas atribuições enquanto ACS é acompanhá-los em atendimentos diversos, como foi dito.

Sobre a abordagem, aparecem no discurso grupal diversas habilidades interpessoais, quando uma lembra que tem que ter lábia, quando outra supostamente utiliza do artifício da sedução para convencer sobre a tomada do banho e quando outra relata ter que passar mais de um dia pra completar um cadastro, até que o usuário se sinta confortável ou em condições de fornecer todas as informações requeridas. Além disso, surge de maneira muito contundente a não discriminação e de certa forma a afeição delas pelos pacientes, mesmo em momentos de encontro fora do horário de trabalho, como os reconhecimentos de uma ACS por parte dos pacientes nos fins de semana e o clima de integração entre um morador de rua e um filho de uma ACS.

As perguntas que se seguem de acordo com o roteiro tornam-se mais delicadas porque em tese tocam nas dificuldades identificadas e possivelmente abordam conflitos interpessoais e institucionais.

Após a pergunta: “Quais são as principais dificuldades do trabalho com as pessoas em situação de rua?” a ACS 1 “eu acho que cada uma devia ter uma câmera fotográfica porque é muito difícil falar o nome ‘procê’ e depois guardar um monte de fisionomia”, a ACS 2 concorda: “se tivesse uma forma no cadastro de fotografar e saber: ‘João é essa pessoa’(...)”. Nesse momento a ACS 3 não tem uma opinião formada e pergunta às outras como viabilizar esse cadastro: “será que eles aceitariam tirar a foto deles?” e as outras acham que sim. A ACS 2 sugere que a foto seja tirada no acolhimento na unidade: “igual acontece lá no Hospital João XXIII (...), porque muitos passam na unidade só com a enfermagem e a gente não conhece, tem algum problema mental e depois desaparecem”. A ACS 1 lembrou de um mandado judicial: “procurem uma adolescente chamada “L”, nunca passou no centro de saúde, teve um filho recentemente, fica na praça da rodoviária se prostituindo, e a gente tem que achar, e a gente tem que procurar uma moça...”. A ACS 2 disse que acharam por sorte, visitando várias instituições, perguntando pelos apelidos e localizando-a porque ela tinha acabado de passar no “Miguelim”, presumivelmente um equipamento social de Belo Horizonte.

Como aparentavam ter concluído a lista de dificuldades reativei a pergunta: “E que outras dificuldades...?” A falta de um carro surge como outra limitação, pois percebem que as equipes de PSF podem ter: “e porque a gente não pode ter um carro?”, assim como surgiu a necessidade de um “salário maior”. A ACS 2 vai em outra direção: “hoje em dia uma dificuldade é também o centro de saúde, muitas vezes eles entram em conflito com pessoas da área de abrangência (...) a farmácia, eles não agüentam esperar, são muito ‘urgentistas’ (...) sempre a nossa salinha de emergência tá ocupada, então

muitas vezes tira um da maca e já tá entrando com outro, então devia ser um centro de saúde maior (...). As demais ACS concordam com o pouco espaço físico da unidade.

A ACS 1 lembra que eles ficam muito tempo na fila da farmácia e que “antigamente a gente podia entregar os remédios, agora não pode mais”.

A ACS 3 acha que precisa de “reforço pra guarda”, obtendo a concordância da ACS 1, mas reconhecendo que lá “não se deve chamar a polícia, mas os profissionais precisam de segurança”.

A ACS 2 acha que “precisa de uma equipe de saúde mental só pra equipe de PSR (...), porque o nosso psiquiatra atende outro posto de saúde, a área de abrangência e sobra pouco tempo para a população de rua”. Já a ACS 1 relata que “aqui na centro sul não tem CERSAM (centro de referência em saúde mental), só tem na leste e oeste (referindo-se aos distritos sanitários), que é a referência da gente, às vezes a gente chega lá com o paciente e é como se eles estivessem fazendo favor (...), (...) muitas vezes já cheguei com um paciente lá e eles disseram: ‘mas ele nem é de Belo Horizonte’, ou então se ele fica desse lado da Rua Afonso Pena: ‘você leva lá pro outro CERSAM’, ‘mas ele é morador de rua...’”. Nesse momento, reconhecendo que havia certa insatisfação no semblante delas em relação à dificuldade de acesso no CERSAM instiguei-as perguntando se outros serviços apresentavam semelhante resistência na aceitação de pacientes moradores de rua. Nesse momento elas dizem precisar de “um CERSAM só pra eles”, reivindicam também um CAPS-AD (centro de atenção psicossocial álcool e drogas) e a ACS 1 fez que “melhorou bastante, mas antes tinha certa ... da Assistência Social com a Saúde, quando a gente levava o paciente no hospital, a gente ficava agarrada lá, ‘mas o paciente vai internar sem o acompanhante?’ (reportando a fala de profissional do hospital), e a gente tinha que ficar lá, ‘liga pra assistente social, conversa, mas ele é morador de rua, não tem família (...)’”. A ACS 2 lembra de outro episódio: “teve caso que o paciente teve ir lá no João (alusão ao Hospital João XXIII), tentar entrar, porque ele tá com o pé machucado, tentar entrar e não conseguir, aí ele teve que ir no centro de saúde, eu lembro que o Doutor Claudio fez o encaminhamento eu tive que ir junto com ele, entrar com ele, acompanhei ele no raio X, fazer tudo que ele precisava lá dentro; depois de terminar o atendimento que eu pude sair e ser liberada”, a ACS 1 segue desabafando, em tom de voz notadamente emocionado, lembrando que uma vez diante de um serviço de saúde onde estava acompanhando um morador de rua lhe perguntaram: “‘e o documento?’ e eu disse ele

não tem, ele é morador de rua, se é tão importante o documento toma o meu”. A ACS 2 continua o “jogral” com a ACS 1: “a gente compra até umas brigas por causa deles”.

Chama à atenção na listagem das dificuldades a ausência de câmera fotográfica portátil que pudesse complementar o cadastro e a atitude propositiva delas em relação ao problema, visando a localizar neo-usuários ou pessoas que tiveram suas fisionomias bastante alteradas pela condição de rua. No tópico referente aos registros documentais foram encontradas diversas planilhas cadastrais que possuíam acervos fotográficos, sobretudo dos pacientes de risco, apelidados de “casos-bomba”. No entanto, elas reconhecem a necessidade de que elas também alimentem esse acervo, cuja presença de certa forma é lembrada por elas quando da passagem do usuário pelo centro de saúde no acolhimento. Quando ocorre a pergunta de uma ACS às demais sobre se eles aceitariam ou não deixar serem fotografados, aparentemente não surge a preocupação com uma abordagem potencialmente policiaisca infensa à “liberdade” de seu anonimato urbano, mas o reconhecimento de que esse dado facilitaria a busca ativa no seu processo de trabalho e qualificaria suas práticas, inclusive em situações de solicitações judiciais.

Ocorre um rápido comentário sobre uma competência profissional que elas deixaram de ter: a dispensação de medicamentos. Pela fala, uma das ACS lembra que elas são atualmente proibidas de dispensar medicamentos. Tal atribuição, de fato, não consta no Manual do ACS da própria SMS-BH, tampouco na publicação do Ministério da Saúde dirigida a orientar o processo de trabalho dos ACS (BRASIL, 2009)

Quando o assunto é saúde mental, não há consenso aparente entre as opiniões sobre a tessitura ideal dessa rede, pois se observam opiniões de que seria necessária a presença de psiquiatra exclusivo para a PSR, tendo em vista a “concorrência” interna com a população não PSR da área de abrangência da unidade e por ser referência em psiquiatria para outras unidades, outras opiniões lembram a necessidade de que o CERSAM seja mais inclusivo e contemple a condição nômade da PSR e outro olhar remete à reivindicação de um CAPS-AD exclusivo para a região, tendo em vista o perfil de drogadicção dessa população. Não houve em nenhum momento alusão aos consultórios de rua propostos pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

A insatisfação com a postura do CERSAM estimulou um aprofundamento sobre se outros serviços apresentavam resistência ao atendimento à PSR. Apesar de não prevista no roteiro original, a pergunta ocasionou um depoimento que poderá iluminar ainda mais a questão do acesso não só oferecido pelo CS CC, mas também por outros

pontos da rede de cuidados. A resistência relatada do CERSAM e a dificuldade da aceitação de moradores de rua na rede hospitalar, sobretudo na citação do exemplo ocorrido no Hospital João XXIII, seja pela exigência de acompanhante, seja pela exigência de fornecimento de documento de identificação, sugerem a fragilidade na rede complementar à APS em acolher o morador de rua na plenitude de sua especificidade. Tal dificuldade de acesso na rede merece um estudo à parte, evidentemente, mas tal constatação só pôde ser inicialmente formulada uma vez que os profissionais que compõem a eSF PSR exercem um papel de tutoria dos pacientes ao longo dos atendimentos que ocorrem dentro e fora do CS CC, mitigando possíveis barreiras (falta de documentos, falta de acompanhantes, falta de asseio) ao acesso oportuno na rede. Essa posição de tutoria pode insinuar que os ACS têm decisiva contribuição na assunção da vocação da eSF PSR em matriciar outros serviços e equipamentos sociais.

Está entronizado no pensamento delas que o fato do paciente mudar de rua não interfere no processo de sua inclusão e decorrente responsabilização sanitária, mas houve uma insatisfação coletiva - constatada no plano verbal e com coerência na linguagem corporal à observação - com os outros serviços que atuam considerando apenas a adstrição tradicional de clientela, radicalmente diferente do proposto pela eSF PSR.

A próxima pergunta visa a aprofundar as dificuldades, sobretudo focando na eventual resistência dos moradores de rua à aproximação e à abordagem das ACS: “Se um morador de rua não deseja o apoio de vocês, o que vocês fazem?”. Foi exemplificado, para fins de melhorar a interpretação da pergunta, com situações presuntivamente cotidianas no seu trabalho: “se não quer conversar”, “se não quer receber o tratamento supervisionado/ DOTS”, “se não quer tomar remédio prescrito”, “se não quer comparecer à consulta com os profissionais de saúde”.

A ACS 1 se adianta às outras e lembra: “a gente insiste, já teve paciente, aquela mulher de preto a gente ficou meses e meses, (...) a gente achava que ela era muda, que a gente só chegava perto dela e ela... (corria) e a gente ia atrás, acompanhava ela no centro, via o que ela tava fazendo, ela nem sabia que a gente tava ao redor dela olhando, até conseguir fazer ela conversar”. Nesse instante a ACS 3 interrompe a 1 brincando: “por falar na ‘mulher de preto’ agora ela é minha ou é sua?” A ACS 1 responde que precisa checar, mas que “agora ela tem nome”. Sobre uma eventual recusa ao tratamento supervisionado a ACS 3: “a gente discute em equipe, passa pro psiquiatra, às vezes o psiquiatra vai com a gente, leva o remédio, ele toma, leva pro posto, faz a

consulta, dá o Haldol, aí depois o “R” (paciente) some, fica meses sem tomar o remédio (...). A ACS 2 continua: “A gente tem muita ajuda também das meninas da limpeza, porque elas conhecem todo o mundo: ‘olha o “R” ta aí, ele foi lá no banheiro’, aí a gente corre até lá (...).” A ACS 3 emenda: “aí a gente fica na porta do banheiro com o copo e o remédio na mão” (risos coletivos). Em dúvida, perguntei se o tratamento supervisionado era realizado apenas em casos de tuberculose ou também em agravos mentais, e a ACS 3 me respondeu que “saúde mental geralmente eles vão no posto e tuberculose nem todos”, sugerindo que elas tinham que realizá-lo na rua. A ACS 2: “ah, vem aqui no centro de saúde, aí ele ia lá todo o dia e a gente dava o pão com o café pra ele, ele tomava, é o caso do ‘E’ ”. Insisti: “E se eles não quisessem tomar o remédio?” e a ACS 2 me respondeu: “eles sempre queriam, a gente criou um vínculo bom”, sendo observada, nesse momento, uma anuência visual entre todas as ACS. A ACS 3 complementa: “todo dia ele vai lá para tomar o remédio de saúde mental” (ainda se referindo à ‘E’, um usuário). A ACS 2 lembra a forma de dispensação: “A dispensação de remédios da maioria é semanal, porque eles perdem muito remédio, dormem e quando acordam o remédio não tá mais lá”. A ACS 3: “esse caso do ‘R’ (outro usuário) também a gente conta com a ajuda de outros moradores, igual o ‘S’, é um que tem medo, aí o ‘S’ fala: ‘ô ‘R’, tem que tomar, isso é bom procê’, ‘mas isso é pra que? porque eu to vomitando muito’, e eu respondo: ‘isso é pra parar seu vômito’” (risos).

O caso da “mulher de preto” foi encontrado também nos registros dos “pacientes problemas” e refere-se a uma mulher de roupas pretas que ficava perambulando pelo centro de Belo Horizonte, recusando aproximações alheias e, durante muito tempo, anônima ao Estado, cuja abordagem por parte da eSF PSR foi muito difícil, já que tratava-se de transtorno mental severo.

Percebe-se pelo discurso que as ACS parecem ter um bom vínculo profissional com os moradores de rua e que canalizam as estratégias do CS Carlos Chagas para viabilizar a adesão medicamentosa dos usuários por diferentes maneiras. Num primeiro relato é solicitada a presença de psiquiatra para viabilizar a aceitação da tomada em caso de problemas mentais. Sobre o “haldol” citado, essa informação se relaciona à outra, já que há arquivos da eSF PSR com listas de pacientes que tomam Haloperidol Decanoato, neuroléptico de depósito com ação prolongada. Outra abordagem é catalisada por meio do vínculo formado dos profissionais da limpeza com os moradores de rua, que avisam às ACS que determinadas pessoas “procuradas” estão na unidade. Outra oportunidade de encontro terapêutico para realização do tratamento supervisionado é a pactuação da

ida do morador à unidade para tomar café e, conseqüentemente, receber a medicação. Esse relato, aliado ao fato observado por mim na técnica de observação direta, quando a médica da unidade ofereceu seu lanche a um usuário, parece sugerir uma postura freqüente dos profissionais. Outra estratégia lança mão de aproveitar o vínculo dos moradores de rua entre si para persuasão da aceitação da tomada do medicamento. Por fim, é interessante notar que a unidade oferece administração de tratamento supervisionado para condições infecciosas (tuberculose) e não infecciosas (transtornos mentais), seja na rua, seja na unidade de saúde, com a implicação de diferentes atores.

Prossigo com a seguinte pergunta do roteiro: “Vocês se sentem ameaçadas ou intimidadas em alguma situação?”. A ACS 3 se adianta e lembra: “até que não, tirando esse caso aí que eu tava falando que quando ele bebe ele vem pra cima da gente”, concordado pela ACS 1. Perguntei se recebiam algum tipo de assédio e ficaram quase 2 minutos narrando os diversos galanteios que “L” dirigia a elas. “L”, por coincidência, é o usuário que pude observar elogiando as profissionais do CS CC quando realizei a técnica de observação direta. A ACS 1 lembra que “quando tem um grupo maior a gente vai em número maior também”, a ACS 2 emenda: “sempre a gente vê se tem alguém conhecido da gente naquele grupo e eles defendem a gente” e a ACS 1 e a ACS 3 concordam lembrando fala dos próprios usuários: “não mexe com ela, não, ela é do Carlos Chagas”. Perguntei se elas sempre realizam suas visitas em dupla ou trio e elas responderam que sim. Quis saber se era por questão de segurança e todas responderam: “também”. Por eu estar em dúvida sobre o que o “também” incluía, a ACS 2 exemplificou: “se o paciente chega no centro de saúde e fala: ‘fulano roubou o meu dinheiro’, aí é a sua palavra contra a dele”.

Aparentemente o cuidado com o deslocamento das ACS sempre em duplas ou trios e a abordagem a um grupo de pessoas quase desconhecido intermediado pelo respeito prévio de um elemento do grupo demonstra que elas em geral não sentem medo dos moradores de rua em seus processos de trabalho, talvez por acreditarem numa certa “imunidade” que gozam junto aos moradores de rua. Sobre as possibilidades de assédio relataram não se incomodar com a situação, ficando lisonjeadas em alguns momentos.

A última pergunta prevista no roteiro: “O que vocês acham que o CS Carlos Chagas precisa melhorar no atendimento à população em situação de rua?”. A ACS 1 inicia: “lá falta enfermeiro, nós temos duas enfermeiras no centro de saúde, uma pra população de rua, mas ao mesmo tempo ela não pode estar tanto com a população de rua, pois tem muitas outras coisas pra fazer no centro de saúde, acho que devia ter mais

um auxiliar de enfermagem”. A ACS 2 continua: “acho que o curativo, ou só tá de manhã, ou só ta de tarde, acho tinha que ser o dia inteiro, porque você não escolhe a hora que você vai machucar, a hora que você consegue chegar no centro de saúde (...)” e a ACS 1 corrobora com a demanda. E a ACS 2 continua: “tem muito profissional que assim que entra lá a gente percebe que trata eles (referindo-se aos moradores de rua) um pouco mal, então a gente fica tentando sensibilizar eles, muitas vezes a gente já ficou brava com colega de trabalho que tratou eles mal, (...) agora quando eles também tratam o profissional mal a gente também fala: ‘olha o que você ta fazendo com o profissional, ele ta ali pra te atender!’, então a gente tenta conversar da mesma forma”. Perguntei à ACS 3, calada nesse momento, se ela tinha alguma sugestão e ela seguiu na mesma linha: “eu também concordo, a questão de ter mais de uma auxiliar e uma enfermeira, se tivesse mais um aí poderia funcionar o curativo o dia todo”.

Perguntei se elas haviam escolhido serem Agentes Comunitárias de Saúde específicas para a população em situação de rua. Todas responderam que não foi sua primeira escolha, mas que se identificaram ao longo do processo. Uma delas relatou: “eu comecei a trabalhar no Carlos Chagas na área de abrangência, como eu tive que mudar de endereço, pra eu não ser mandada embora, aí tive que mudar também”. Todas questionaram o fato da mudança de endereço pessoal implicar na necessidade de mudança da área de cobertura para a qual têm responsabilidade sanitária. Outra respondeu que “como tive que mudar da área de abrangência, aí eu caí no Carlos Chagas, porque pra equipe de rua você não precisa morar na área de abrangência”. Outra relatou sua insatisfação com o critério: “desculpa falar, mas esse critério, por ser em Belo Horizonte é uma estupidez, porque você mora no centro e não conhece seu vizinho, eu moro na Afonso Pena, mas não conheço meu vizinho de cima, nem de baixo (...) então o que adianta ter que morar na comunidade se você não conhece a comunidade?”.

A tensão em questão remete à legislação federal (Lei nº. 11.350, de 05 de outubro de 2006), que regulamentou aspectos da Emenda Constitucional nº 51, e que preconiza como uma das exigências formais para o exercício da função de ACS a residência na comunidade em que atuar - diferente do que ocorre com o concurso ou processo seletivo para acesso ao cargo público das demais profissões da área de saúde, que não exigem, por lei, tal premissa. A ideologia dessa legislação intencionava prover profissionais de saúde visitantes das casas que tivessem identificação social e cultural com a comunidade, mas uma das ACS mapeia a incoerência normativa opinando que

em grandes centros, talvez por características inerentes à dinâmica urbana, relativiza-se o pertencimento cultural, etnográfico e a ascendência que os agentes comunitários possam exercer sobre a comunidade assistida.

Tendo em vista o semblante de eloquência que elas demonstravam ao falar dos moradores de rua inseri uma pergunta derradeira, para tentar identificar algumas habilidades e competências nucleares consideradas por elas como essenciais para se trabalhar com a população em situação de rua: “Qual o perfil ideal de profissional que atende população de rua, o profissional que atende essas pessoas precisa ter, no mínimo, o que?”. Uma delas disse: “não ter o preconceito com eles”, outra continuou: “não ser fresquinha demais (risos das demais), porque querendo ou não a pessoa vai chegar fedendo, com muquirana (nome popular de uma ectoparasitose), vai chegar com piolho, você tem que estar disposto a atender a pessoa na pior situação que ela chegar”.

Como comentários finais elas manifestaram a expectativa de que o trabalho “traga coisas boas”. Outra remeteu ao campo pessoal: “eu gosto muito de estar trabalhando com população de rua, eu visto a camisa mesmo, eu falo pras meninas: ‘vamos fazer uma camisa’, porque eu gosto de ajudar, acho que pra entrar nessa população você tem que estar disposta a vestir a camisa, disposta a ajudar, disposta a correr atrás, disposta a ouvir ‘não’”.

Após seus comentários finais e 48 minutos de duração, foi finalizado o grupo focal, com agradecimento às participantes. O clima foi sempre cordial e de franqueza nas declarações, seja pelos conteúdos emitidos, como também na observação da linguagem não verbal. A presença de poucas participantes, por só haver quatro ACS específicas para PSR e por uma delas estar impossibilitada, permitiu amplas possibilidades de participação das agentes de saúde. Todas puderam emitir suas opiniões e revezaram-se na iniciativa às respostas e, de um modo geral, o tempo de fala foi proporcional entre elas, com uma média de quinze minutos por ACS, tempo de fala superior a grupos focais realizados com mais participantes. Como os temas foram considerados suficientemente explorados com vista a colaborar com a coleta de impressões para a consecução dos objetivos da dissertação, optou-se pela realização de apenas uma sessão de grupo focal.

Como a previsão era de uma sessão de grupo focal com duração inferior à uma hora de duração, houve consenso em se substituir um lanche durante a realização do grupo por um almoço de confraternização ofertado pelo pesquisador.

Como observação final destaco que em alguns momentos em que disseram dados pessoais (apelidos, local de moradia pessoal, etc.), evitei a identificação genérica (ACS 1, ACS 2 e ACS 3) para tentar preservar ao máximo o anonimato das profissionais participantes do grupo focal, já que poderiam ser identificadas no contexto.

4.4. Entrevista com dirigentes

As questões são citadas a seguir, tal qual no roteiro proposto aos dirigentes pelo estudo realizado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e as respostas analisadas no contexto.

1. Fale sobre a entidade, o equipamento, o serviço ou o programa no qual você trabalha. Como você o vê no âmbito da rede de atendimento à população em situação de rua?

Cláudio relata: “Trabalhei de 2002 a 2009 como médico da primeira equipe de Saúde da Família para população em situação de rua do país, em Belo Horizonte. A equipe surgiu por necessidade natural, já sentida pelos equipamentos sociais e ONGs que já atendiam esta população. Com criação do PSF em Belo Horizonte as UBS que acabavam atendendo aos moradores de rua passaram a discriminá-los, ‘por não terem endereço’ e não se enquadrarem nas regras do PSF. Diante desta oportunidade iniciei nesta equipe com dois objetivos: oferecer uma porta de entrada resolutiva para os moradores de rua concentrados na região central da cidade, estimados em 80% dos moradores de rua da cidade, e ser um matriciador e treinador para todas as UBS da cidade. A equipe continua sendo uma referência na cidade e referência já bastante consolidada dentro da população de rua. Como costumávamos dizer, a sensação era que se a saúde era a única porta de serviços públicos aberta à população de rua, a equipe de Saúde da Família era um portão. Por lá entravam as demandas para as demais áreas: social, educação, habitação, alimentação, jurídica, etc.”

Maristela: “Olha, aqui é um centro de saúde, uma unidade de atenção primária aqui em Belo Horizonte, e eu acho que é uma importante porta aberta, é uma porta de entrada onde pode receber várias orientações. Muitas vezes aqui não é o primeiro lugar que ele chega, às vezes ele entra pelo plantão social, ou pela equipe de Abordagem de Rua, ou pelo albergue, mas eu avalio que esse equipamento é um dos mais importantes

que tem, realmente é uma porta de entrada dessa população no sistema como um todo, não só na saúde, mas também em outras áreas que a gente pode encaminhar.”

O relato de experiência do representante da gerência distrital lembra o fato da eSF PSR de Belo Horizonte ser a primeira equipe de Saúde da Família específica para essa população no Brasil e sugere que a proposição da equipe considerou movimentos de construção de uma política social intersetorial no município. Aponta ainda para as configurações de porta de entrada da equipe e como referência para as demais equipes de PSF do município.

Ambos apontaram a vocação da eSF PSR em catalisar políticas públicas orientadas à PSR, exercendo um papel de articulação junto aos diversos equipamentos sociais e aos programas e ações direcionados a essa população.

2. Como você percebe a população em situação de rua: que identidade ela possui, qual é o perfil que você atribui a ela?

Cláudio: “Percebo a população de rua como múltipla. São muitos subgrupos com características muito diferentes entre elas. O perfil do principal subgrupo é dos homens adultos jovens pouco estudados, em geral dependentes de álcool e outras drogas. Temos os pacientes com transtorno mental grave, subproduto da reforma psiquiátrica inacabada. Temos as mulheres de rua, com a possibilidade de negociar o sexo como fonte de renda. Temos as crianças e adolescentes de rua, que muitas vezes estão mais seguras nas ruas que nas casas de suas famílias nas vilas e favelas da Grande BH. Temos os recém chegados, migrantes que são sistematicamente assaltados perto da rodoviária e passam muita necessidade. Temos os aculturados na rua que mesmo se recebem casa não sabem dormir sob quatro paredes.”

Maristela: “Eu observo que a maioria das pessoas que nos buscam, que a gente atende, tem aqueles que, na minha opinião, estão sempre na rua, tem uns que estão provisoriamente, tem outros que já conseguem sair, às vezes já estão com algum benefício tipo bolsa moradia, ou já estão conseguindo morar em alguma república, mas eu percebo que muitos deles estão na rua há mais tempo, em uso de algo, alguns bastante alcoolizados, sob uso de drogas, de crack, mas muitos dos que vêm aqui sempre são pessoas que já estão há muito tempo na rua, tem outras que estão só no albergue, já estão com um local, até começando a trabalhar, elas vêm com uma demanda diferente, são pessoas até que se cuidam de forma diferente, usam mais os equipamentos também (...) e percebo que tem pouquíssimas mulheres, é um número pequeno, bem menor que o masculino.”

Os diagnósticos são semelhantes em rememorar os diversos subgrupos heterogêneos de PSR identificados pela eSF PSR nos registros administrativos. Talvez uma das respostas tenha enveredado pelos aspectos etnográficos e antropológicos da PSR e a outra enfatizou mais o perfil de uso da PSR nos diversos equipamentos sociais.

A constatação de que os pacientes com transtorno mental grave constituem um “subproduto da reforma psiquiátrica inacabada” sugere uma crítica ao movimento de desinstitucionalização dos pacientes com sofrimento mental oriundos dos antigos manicômios e hospitais psiquiátricos, que não foi acompanhada de adequado suporte ambulatorial e de redes sociais protetoras. A condição de rua expressa pela presença de transtornos mentais, os problemas basilares relacionados ao álcool e outras drogas e a realidade feminina, ainda que incipiente, aparecem de maneira mais enfática no discurso de ambos.

3. *Quais são as principais dificuldades encontradas ao trabalhar com a população em situação de rua, levando em consideração o perfil traçado por você?*

Cláudio: “As principais dificuldades, a meu ver, é que é um grupo populacional mal quisto por grande parte da sociedade, sendo assim, muitos pensam que oferecer assistência a saúde a este subgrupo é ‘dar mole pra malandro’. O outro pensamento vigente, pelo outro extremo, é de que são coitadinhos que precisam ser protegidos e amparados, gerando os absurdos como os que ocorrem em Belo Horizonte, em que os moradores de rua chegam a reclamar de tantos marmitex que recebem numa noite.

Outro problema é a falta de equipamentos sociais e da saúde para suporte pós-alta hospitalar e suporte ao tratamento de álcool e drogas.

Maristela: “Com relação à questão de álcool e drogas, a maior dificuldade seria a falta desse CAPS-AD pra ser o parceiro da gente, eu acho isso fundamental, mas acho até que a equipe consegue absorver muito bem.

Tem também a questão da nossa área física, atualmente ela é um pouco insuficiente, porque se a gente tivesse uma área física maior, talvez a gente poderia trabalhar outras coisas, tentando fazer grupos operativos e outras questões.

Outra questão que também é importante são aqueles pacientes que precisam de algum cuidado especial, ou eles estão saindo de uma alta hospitalar, ou têm diagnóstico de tuberculose e não estão debilitados clinicamente, então você fica sem lugar pra ele ficar, e às vezes ele quer ir pra algum lugar, e ele não pode ir pra lugar nenhum, porque se ainda está transmitindo, nos primeiros 15 dias do tratamento, então isso é uma coisa que angustia muito a equipe, (...) eu acho que esse equipamento também pra abrigar a

pessoas o dia inteiro é uma falta que a gente tem na cidade, porque o albergue é só à noite, a gente tem as repúblicas também, mas já é outro nível, você tem a feminina e a masculina, mas aí já é pra outro tipo de situação.”

Uma das dificuldades relatadas lembra o dualismo como os moradores de rua são vistos pela sociedade, ora desprezados por uma parcela da sociedade, ora receptores de excesso de medidas assistencialistas.

Outra consideração foi a constatação de que a área física do centro de saúde é insuficiente, fato também relatado na fala das agentes comunitárias de saúde durante o Grupo Focal. Outra convergência entre o discurso da atual gerente e os ACS ocorre na ausência de equipamento social em que eles possam ficar durante o dia e não apenas à noite.

Chama à atenção a consonância na fala dos dirigentes de que a rede necessita de mais equipamentos de suporte para o tratamento de álcool e drogas, nomeado pela atual gerente como sendo o CAPS-AD. Nas percepções das ACS durante o GF a ausência do CAPS-AD também é destacada, apesar de não adotarem uma posição consensual sobre a tessitura ideal da rede de saúde mental. Já a gerente, mesmo mapeando a falta do CAPS-AD, insinua que a eSF PSR consegue absorver as demandas de saúde mental.

Interessante notar que as declarações sobre a necessidade de maior área física e outras ofertas na área de saúde mental também foram explicitadas na análise qualitativa sobre a PSR em BH, de onde foi extraído esse roteiro de perguntas (ANEXO).

4. Quais são as potencialidades do trabalho com a população em situação de rua?

Cláudio: “A equipe em que trabalhei sempre tinha a perspectiva de ampliar a autonomia da população de rua. Vejo como potencialidades o desenvolvimento de tecnologias que possam ser replicadas para que todas as equipes de Saúde da Família atendam minimamente aos moradores de rua. Além disto, vejo que como única porta escancarada aos serviços públicos a saúde torna-se canal de cidadania, de expressão das demandas desta população.”

Maristela: “Eu acho que a equipe aqui consegue otimizar bastante, apesar de a equipe ter passado por uma grande transformação recente, então você tem de um ano pra cá mudaram todos os membros da equipe, ficando só os agentes comunitários de saúde, mas eu acho que tem grande potencialidade, principalmente pelo fato de trabalhar em rede com os outros equipamentos sociais, acho que pelo compromisso da equipe particularmente, porque é um trabalho que se faz hoje e às vezes o resultado que

se vai colher disso é bem lento, não é que é 'lento', pois às vezes você tem a necessidade do trabalhador de querer ver o resultado mais rápido, então é um processo lento, mas acho que a gente consegue fazer grandes coisas, em parceria nas reuniões que a gente tem aqui, com as equipes de saúde mental, a gente tenta otimizar isso.”

As primeiras potencialidades lembradas remetem ao desenvolvimento de tecnologias de cuidado pela eSF PSR de modo que contribuam para o matriciamento das demais equipes de Saúde da Família que têm moradores de rua em seus territórios. Também é citada a potência do setor saúde em catalisar outras demandas da PSR na área social. As parcerias também são relatadas, de maneira que ambos consideraram a integração em rede como potência do trabalho da eSF PSR.

5. Que propostas, caso você tenha, gostaria de apresentar para o trabalho com a população em situação de rua?

Cláudio: “O treinamento de todas as equipes de saúde da família com descentralização do atendimento, mantendo a equipe de referência para casos mais complexos e acesso à internet para que todas as equipes possam trocar informações sobre a população de rua.”

Maristela: “A questão é a gente ir mais da nossa forma de trabalhar mesmo, esses encontros, essas reuniões, acho que esses espaços devem ser permanentes, tem que estreitar a relação com a Abordagem de Rua, os parceiros, e estar na luta junto com eles pra gente tentar conseguir esses equipamentos que a gente sente tanta falta.

Acho também que a gente tem que trabalhar muito a questão da autonomia do usuário, estimular o autocuidado. A gente tem que colocar ele mais na posição de sujeito, porque muitas vezes a gente fica resolvendo tudo pra ele e às vezes nem pergunta pra ele, acho que a gente precisa avançar nisso também, de começar a fazer projetos terapêuticos com a participação do usuário.”

Com relação às propostas, com exceção à questão do acesso à internet, todas as propostas elencadas pelos dois estão contidas nas lembranças dos técnicos e dirigentes em 2006.

A questão do estímulo à autonomia dos usuários foi considerada pelo dirigente do distrito sanitário como uma potencialidade do trabalho e no discurso da atual gerente é citada como desafio. A aparente dicotomia de perspectivas deixa uma interrogação se a promoção da autonomia dos usuários é uma experiência institucionalizada na eSF PSR do CSCC. O desenho desse estudo não foi projetado para esse objetivo, mas uma análise posterior poderia iluminar melhor essa tese.

Por fim, como o início da fala da atual gerente sobre as potencialidades lembrou a aparente adversidade da renovação quase total que a eSF PSR sofreu há cerca de um ano, questionei no final da entrevista se ela a consideraria como sendo uma dificuldade, ao invés de potencialidade. Respondeu-me que não, sugerindo que a adversidade ocorreria se não pudesse contar com os profissionais, ocasionando redução dos membros da equipe, o que não aconteceu durante o processo de renovação.

4.5. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

Após as explicações sobre o instrumento feitas no capítulo metodológico, em relação ao instrumento 3, de respostas por parte da gerência, foram respondidas afirmativamente, imputando os respectivos padrões de qualidade, as seguintes condições aqui condensadas: disponibilidade de consultório com equipamentos básicos; consultórios com privacidade visual e auditiva; consultórios ginecológicos contendo no mínimo biombo para a troca de roupas e equipamentos gineco-obstétricos em número suficiente para o trabalho; ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo; a ESB dispõe de equipamento completo, instrumentais odontológicos e insumos para o desenvolvimento regular de suas atividades; disponibilidade de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada; geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos; disponibilidade de materiais e insumos e equipamentos eletrônicos para realização atividades educativas, bem como material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde; disponibilidade de linha telefônica e equipamento de informática; disponibilidade de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente e tensiômetros e balanças antropométricas aferidas de acordo com parâmetros técnicos; disponibilidade de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências; dispensação com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses, antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS, medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de

armazenagem adequada em geladeira; disponibilidade de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, medicamentos inalatórios para a crise asmática, medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastrointestinal e medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epiléptica de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em condições e locais adequados.

Das 40 questões desse instrumento apenas as questões 3.6 (qualidade elementar), 3.9 (qualidade em desenvolvimento), 3.11, 3.16, 3.17, 3.19 (qualidade consolidada) e 3.22 (qualidade boa) foram respondidas negativamente, não alcançando os respectivos padrões de qualidade.

Os itens relativos a insumos e materiais permanentes remetem à indisponibilidade no Centro de Saúde de extintor de incêndio em condições adequadas, oftalmoscópio, sala para realização de reuniões de equipe, corrimões para auxílio e apoio para deficientes físicos e pessoas com dificuldades de deambulação, banheiros para deficientes físicos com batentes de porta mais largos e veículo da SMS para realização de atividades extramuros.

Em relação à estruturação dos consultórios, foi dito que a unidade não dispõe de consultórios em número suficiente para garantir o atendimento ambulatorial da médica e da enfermeira da eSF PSR concomitantemente, tampouco consultório odontológico que permita a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada. Os fatos podem implicar em sérias limitações para o impacto sobre as condições de saúde da PSR, já que a limitação de espaço físico pode diminuir a capacidade máxima de atendimentos ambulatoriais, salvo se houver uma eficiente reengenharia do espaço vigente, onde os binômios “médica-enfermeira” e “cirurgiã dentista e auxiliar de Saúde Bucal” se revezariam em atividades clínicas, educativas, de formação pessoal, administrativas, atividades de grupo, visitas extramuros e não sobreposição de turnos, de modo a não “concorrer” pelo mesmo consultório.

Sobre a sala apropriada para realização de curativos, suturas, inalação e observação, a despeito do entendimento técnico do Ministério da Saúde (AMQ) de que os ambientes podem ser multiusos, a presença de sala para procedimentos sépticos (sala de curativos), foi considerada inapropriada para a realização de suturas, que não são feitas na unidade.

Chama à atenção que a questão 3.2, referente à disponibilidade de consultórios que permitam privacidade acústica e visual, foi respondida afirmativamente, o que

sugere uma aparente contradição com o relatado na observação direta, onde presenciei que a divisória de compensado que delimitavam os consultórios de triagem e acolhimento não eram suficientes para prover privacidade aos usuários. Como a resposta é espontânea, talvez só tenha havido a lembrança dos consultórios internos, todos com paredes de alvenaria e com adequadas condições acústicas e visuais de privacidade.

Em relação ao instrumento nº. 4, os membros presentes responderam afirmativamente as seguintes condições, aqui condensadas: a unidade funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho; a equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais frequentes; a Assistência Domiciliar (AD) é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da eSF; a eSF PSR possui registros de aspectos variados do território e sua população; o cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área; a equipe registra e monitora as referências para outros níveis de atenção, as solicitações de exames diagnósticos, notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames e dedica um período da semana para reunião de equipe; a eSF PSR e a ESB trabalham o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada; existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social; as informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível; existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço; existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daquelas programadas; a ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da UBS ou de trabalho da equipe; existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da UBS; a equipe avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações, desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários; a equipe está sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras; os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos; são desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local; ações dirigidas à

promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais; são elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local; a equipe desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico; a equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais; é realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária; a equipe participa de reuniões com conselhos de saúde e existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF; realiza a notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo, ações para detecção de novos casos de tuberculose, desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária, realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população; a equipe está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica e acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados.

Na lista dos parâmetros assinalados afirmativamente, o que remete aos respectivos padrões de qualidade, surgem duas aparentes contradições entre as técnicas empregadas. Em relação às informações sobre o funcionamento do serviço não me pareceu visível e de maneira clara a disponibilidade e horários dos serviços e acessível quando ocorreu a observação direta; já em relação à disponibilidade dos sem restrição de horários, houve, no relato das ACS no grupo focal, a fala de que os curativos não eram realizados sem restrição de horário, restritos a um turno por dia.

Os parâmetros em que a equipe não considerou ter os respectivos padrões de qualidade, foram: cadastramento das famílias é atualizado mensalmente; a Visita Domiciliar (VD) é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF; a equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia Saúde da Família; a equipe utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho, trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS, dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações, monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento; os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população; a equipe organiza "painel de situação" com os

mapas, dados e informações de saúde do território, realiza avaliação semestral dos resultados alcançados; os recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários; existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços; a equipe realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos, diabéticos, em acompanhamento, educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças, adolescentes e jovens, grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS; desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos; desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso;

A equipe estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população; desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos; desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora; desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares; realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito; existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário; debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS; reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados; desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população; os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população; os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de *Aedes aegypti*; realiza ações para detecção de novos casos de Hanseníase; desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos; desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.

As questões que versavam sobre o desenvolvimento de grupos educativos e de convivência com os pais, abordando conteúdos da saúde da criança e sobre o desenvolvimento de ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica foram retirados, uma vez que não consideram no instrumento original a especificidade da PSR.

Embora não tenham considerado empenhar ações de desenvolvimento comunitário, pois para a resposta afirmativa a essa questão que remete a um padrão de qualidade avançada deveria existir a ação por pelo menos um ano sem descontinuidade,

houve relatos administrativos históricos que apontavam para a existência dessas ações, como o Projeto Beleza de Rua, Vida no Parque, Bem Viver e outras iniciativas.

Chama à atenção nos parâmetros a dificuldade referida pela equipe em cumprir aspectos organizativos que refletem as atividades de planejamento e programação da equipe, a adoção de estratégias de grupo e ações educativas coletivas de acordo com o perfil da clientela e ciclos de vida, e a sistematização da análise de seus próprios indicadores e informações em saúde, como o mapa, que existe na unidade, mas não é atualizado.

No balanço geral do instrumento nº 4, das 70 questões, 33 delas foram respondidas negativamente, sem que haja o referido padrão de qualidade estabelecido.

Em relação ao instrumento nº. 5, as 30 questões iniciais, referentes à Saúde da Criança e do Adolescente foram suprimidas, uma vez que a equipe alegou não possuir crianças e adolescentes em sua clientela, hipótese sugerida como sendo devida à institucionalização dos mesmos em outros equipamentos sociais. Nas demais questões responderam afirmativamente as seguintes condições aqui condensadas: a equipe possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária; existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco; são realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério; monitora a frequência dos hipertensos e diabéticos às atividades agendadas; os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre; 80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre; 80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal; desenvolve ações mensais de planejamento familiar; desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama; a equipe faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas; os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a); é realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação; possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais; a atenção à população de hipertensos e diabéticos é realizada a partir da classificação do risco; o exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas; a equipe desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata; a eSF PSR mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais e dos usuários de álcool e outras drogas atendidos pela referência; os adultos do sexo masculino são acompanhados pela equipe; a população de mulheres

e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela Saúde Bucal; houve redução do nº absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral, por internações por Infarto Agudo do Miocárdio e por complicações decorrentes do Diabetes Mellitus, assim como redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com transtornos mentais; a equipe desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência; o exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço e os idosos estão em acompanhamento sistemático pela ESB; o exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço; são desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências; a equipe monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose e de hanseníase; a abordagem diagnóstica diferencial para dengue é realizada sempre que indicada; o diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose e hanseníase; o exame anti HIV é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas; o exame para detecção de hepatites B e C é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados; os casos de dengue são encaminhados para internação hospitalar quando necessário; são realizadas intervenções imediatas em casos de surtos por doenças infecto-contagiosas; ausência de tétano neonatal e de sífilis congênita na área nos últimos 24 meses.

Já em relação aos parâmetros em que a equipe não considerou ter os respectivos padrões de qualidade, representando um número de 12 entre as 58 perguntas válidas, as condições foram: registro atualizado dos hipertensos e diabéticos da área;

80% ou mais de gestantes de baixo risco com sete ou mais consultas de pré-natal realizadas; a medida do IMC de todos os hipertensos e diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente; análise semestral da população de hipertensos e diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada; 80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela Saúde Bucal; exame clínico de mama como rotina estabelecida no serviço; a ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais; a equipe possui registro atualizado dos idosos da área; 80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia; 90% dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura.

Muitas ressalvas foram elencadas à aplicação do instrumento nº 5 por parte da equipe, o que sugere uma necessidade de adequação no teor de várias perguntas, uma vez que a AMQ foi concebida para equipes de Saúde da Família em geral e não

considerou questões específicas inerentes às eSF PSR. Na discussão das questões referentes à atenção à saúde de acordo com ciclos de vida e gênero, foi relatado que praticamente inexistem crianças e adolescentes entre as pessoas na rua. O próprio censo realizado pela PBH e o MDS contabilizou apenas 1.164 pessoas, todos eles maiores de idade, e não considerou crianças e adolescentes, pois não foi bem projetado para isso ou pelo fenômeno de crianças e adolescentes não ser uma realidade de Belo Horizonte, seja pela dificuldade do poder público em reconhecê-lo, ou pelo contrário, da capacidade em se institucionalizar esses menores em outros equipamentos sociais. Em relação às mulheres, também foi alegado ser um fenômeno muito menos freqüente que a presença masculina nas ruas, dado colhido também na entrevista com a gerente e nos relatos históricos, de forma que a equipe ficou em dúvida em responder algumas questões como a que perguntava se apresentavam “80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto”, uma vez que a casuística de mulheres gestantes no último ano foi de dois casos, absorvidos pela referência obstétrica, por terem sido considerados de risco. Já em relação aos idosos, observou-se também pouca percepção dos dados, já que o perfil mais freqüente na rua é o do adulto jovem predominantemente do sexo masculino.

Sobre as intervenções nas áreas programáticas e estratégicas (Saúde do adulto, vigilância em saúde, saúde mental, entre outras), o desempenho auto-referido pela equipe foi positivo em sua maioria.

4.6. *Primary Care Assessment Tool* – PCATool

Em relação ao primeiro princípio da Atenção Primária à Saúde: “primeiro contato-acessibilidade”, as respostas dos dois médicos foram idênticas em sete das nove questões, respondendo que quando o CSCC está aberto, os pacientes com certeza não conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário; que quando a unidade está fechada com certeza existe um número de telefone para o qual os pacientes podem ligar quando adoecem; que quando a unidade está fechada aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, com certeza ninguém da unidade poderia atendê-lo naquele dia, da mesma forma se fosse em período noturno; que com certeza é fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (check-up) no CSCC; e que com certeza os moradores de rua/pacientes sem

documento(s) de identificação ou em condições inadequadas de higiene conseguem ser atendidos na unidade.

Em relação às respostas divergentes, a médica atual respondeu “com certeza, sim” se quando a unidade está aberta e algum paciente adoece, o paciente seria atendido no mesmo dia, e o médico respondeu que em sua época “provavelmente, sim”. Já em relação ao tempo de espera para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento), a médica respondeu que provavelmente o paciente não teria que esperar mais de 30 minutos para ser atendido e o médico respondeu que o tempo de espera provavelmente seria maior de 30 minutos.

Sobre os quesitos em que ambos responderam que ninguém estaria disponível para atender os pacientes nas eventuais intercorrências durante o período noturno ou nos fins de semana, é conveniente lembrar que o PCA Tool foi proposto à luz da organização do sistema de saúde inglês, onde os general practitioners (GPs), os médicos de família ingleses, têm autonomia gerencial e recebem do sistema de saúde para administrar listas de pacientes aderidos, com poucas restrições geográficas no território e provendo atendimento extramuros em turnos diferenciados, mantendo uma certa competição gerenciada entre os GPs, porquanto maiores suas listas de pacientes, maiores seus honorários profissionais. Tal realidade difere do modelo brasileiro hegemônico de gestão do serviço de saúde, onde historicamente se constituem os serviços de Atenção Primária em horário “comercial”, com poucas diferenciações em relação a turnos e dias extras e observa-se que diante de uma agudeza ou intercorrência clínica o usuário brasileiro nem sempre tem acessível uma equipe de Atenção Primária, restando a procura à rede de urgência e hospitalar.

Interessante notar que a atual médica asseverou que quando o paciente está doente e a unidade aberta ele com certeza é atendido no mesmo dia. Posso testemunhar que no meu caso a resposta é coerente, já que travestido de migrante em situação de rua durante a observação participante, de fato, consegui ser atendido no mesmo dia. Também o tempo de espera seria em tese mais curto atualmente, o que pode sugerir que a “demora permitida” tenha melhorado recentemente.

Em relação ao princípio da “longitudinalidade”, houve concordância entre os médicos em 8 das 14 questões, onde responderam “provavelmente sim” sobre dar aos pacientes tempo suficiente para discutirem seus problemas ou preocupações; conhecer “muito bem” os pacientes do serviço de saúde; entender quais problemas são os mais importantes para os pacientes atendidos; sobre o conhecimento do histórico clínico

completo de cada paciente; sobre o trabalho ou emprego formal ou informal de cada paciente; se sabe todos os medicamentos que os pacientes estão tomando; sobre o conhecimento dos motivos que levaram seus pacientes a viverem em situação de rua e sobre o conhecimento do local onde os pacientes dormem mais frequentemente.

Nas respostas divergentes, o primeiro médico a compor a equipe atribuiu melhores notas às perguntas, afirmando que “com certeza, sim” sobre os pacientes serem sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro; se consegue entender as perguntas que os pacientes lhe fazem; se acha que os pacientes entendem o que diz ou pergunta a eles; se acha que os pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas; e se teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas, enquanto a médica respondeu que “provavelmente, sim” diante dessas assertivas.

Se os pacientes tivessem uma pergunta, o médico respondeu que provavelmente poderiam telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor, enquanto a médica respondeu que provavelmente não diante dessa sentença.

Sobre a longitudinalidade, que poderia ser denominada como o cuidado e responsabilização continuados ao paciente, o desempenho do médico foi notadamente superior ao da médica. Uma possível explicação para o fato é que o primeiro médico permaneceu na eSF PSR por sete anos, enquanto a médica atual está há menos de um ano.

O atributo da coordenação do cuidado é subdividido no instrumento em dois componentes: integração de cuidados e sistema de informações. No componente “integração de cuidados”, as respostas foram praticamente idênticas, onde responderam uniformemente que, com certeza, alguém do serviço de saúde ajudaria o paciente a marcar a consulta encaminhada e quando seus pacientes eram encaminhados, eles lhes forneceriam informação escrita para levar ao especialista. Disseram que provavelmente teriam conhecimento de todas as consultas que os pacientes faziam a especialistas ou serviços especializados e que após a consulta com o especialista ou serviço especializado eles falariam com o paciente sobre os resultados desta consulta.

Foram divergentes em apenas uma questão, sobre quando os pacientes necessitassem de um encaminhamento, o médico respondeu que provavelmente não discutiria com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos e a médica respondeu que com certeza não faria isso. Para tentar entender o motivo pelo qual essas respostas não foram satisfatórias, seria necessário saber se os médicos da eSF

PSR poderiam dispor de uma rede que oferecesse outras opções em determinados especialistas e serviços de referência.

Sobre quando o morador de rua é atendido inicialmente pelo SAMU, ambos responderam que “com certeza não” receberiam informações sobre a condução do caso e que provavelmente não receberiam do especialista referenciado informações úteis sobre o paciente encaminhado.

No componente “sistema de informações”, a médica respondeu que “com certeza, sim” a todas as perguntas: se solicitava aos pacientes que trouxessem seus registros médicos recebidos no passado; se os prontuários médicos estavam disponíveis no momento do atendimento dos pacientes, se permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem e se o serviço desenvolve projetos terapêuticos dos seus pacientes em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Já o médico respondeu que provavelmente sim sobre se solicitaria que trouxessem registros e se os prontuários estariam disponíveis, e respondeu que com certeza, sim nas outras duas perguntas.

Sobre a coordenação do cuidado, nota-se um desempenho melhor da médica nesse atributo da APS, principalmente no que tange ao sistema de informação. Ambos reconhecem que a devolutiva de informações de outros especialistas (contrarreferência) não é satisfatoriamente respondida. Em relação a não disponibilidade do prontuário na totalidade das vezes na resposta do médico poderia ser interpretada com base no momento inicial de implantação da eSF PSR, onde provavelmente não deveria haver prontuário eletrônico à época.

Sobre o atributo da integralidade, o instrumento pergunta se um paciente tiver necessidade de determinados serviços, se ele poderia obtê-los *in loco* no serviço de saúde. Ambos responderam que com certeza lhe seriam ofertados: imunizações; verificação das famílias ou moradores de rua que poderiam participar de algum programa ou benefício da assistência social; exame e tratamento dentário; planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais; aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas, aconselhamento e manejo para problemas de saúde mental; aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV e outras DST; exame preventivo para câncer de colo de útero; aconselhamento sobre como parar de fumar; cuidados pré-natais; orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões; conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados; testes de sangue para verificar os níveis de colesterol; verificação e

discussão dos medicamentos que o paciente está usando; orientações sobre como prevenir queimaduras causadas por água quente e possíveis exposições a riscos ambientais como intoxicações alimentares, doenças de transmissão hídrica ou problemas decorrentes de más condições de higiene.

Chama à atenção que ambos responderam que com certeza não seriam realizadas suturas de pele, remoção de unhas encravadas e de verrugas e colocação de tala para tornozelo torcido. Tal constatação aponta para uma provável deficiência em procedimentos clínico-cirúrgicos realizáveis na APS, seja pela não habilidade dos médicos nesses quesitos, seja pela ausência de materiais e insumos adequados para sua execução. Esse resultado guarda coerência com as respostas da gerente da unidade no instrumento nº 3 da AMQ, onde o padrão de qualidade da questão 3.09 não é atingido em virtude da não realização de sutura.

O médico respondeu que os aconselhamentos nutricionais, sobre mudanças que ocorrem com o envelhecimento, sobre como guardar medicamentos em segurança e maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando provavelmente seriam oferecidos e a médica respondeu que com certeza, sim, diante dessas condições.

Sobre a identificação de problemas auditivos, formulação de projetos terapêuticos para pacientes institucionalizados e orientações sobre como prevenir quedas e cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa, o médico respondeu que com certeza seriam oferecidos e a médica que “provavelmente, sim”.

Ambos responderam que provavelmente seria oferecida a identificação de problemas visuais e que provavelmente não seria realizada prevenção de osteoporose em mulheres, bem como não seriam discutidas maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças e mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

Por fim, o médico respondeu que provavelmente seria oferecida inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos, enquanto a médica disse que com certeza não.

Em relação ao princípio derivado da APS, orientação familiar, ambos responderam que com certeza alguém do serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família; que alguém do serviço está disposto e capaz de atender membros da família dos

pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar e que alguém do serviço admite que pessoas sem relações de consangüinidade ou parentesco com os moradores de rua, mas que coabitam ou convivem intimamente com eles sejam considerados como tal na análise de problemas de saúde dessa população. A médica respondeu que com certeza também alguém do serviço perguntaria sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes, enquanto o médico respondeu que provavelmente, sim.

O outro princípio derivado, orientação comunitária, ambos responderam que com certeza alguém do CSCC faz visitas domiciliares, eles crêem que o serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende e que o serviço de saúde obtém opiniões de usuários que possam ajudar no fornecimento de melhores cuidados de saúde. Sobre os métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas, ambos disseram que com certeza há Presença de usuários no Conselho Gestor ou Conselho Local de Saúde e que com certeza não realizam pesquisas com seus pacientes, enquanto a médica disse realizar com certeza pesquisa na comunidade, enquanto o médico respondeu que provavelmente, sim.

O último parâmetro, a intersectorialidade, não prevista no instrumento original e acrescentada pelo pesquisador por sugestão de adaptação no instrumento por parte da banca de qualificação, tenta colher as impressões sobre a intersecção com a rede extra-saúde.

Ambos responderam que com certeza a eSF PSR conhece a dinâmica de funcionamento de programas, ações ou serviços de instituições de outros setores; reúne-se com representantes de outros setores (Secretaria de Assistência Social, Defesa Civil, Justiça, Educação, Conselhos Comunitários ou outros) para discutir os problemas sociais dos moradores de rua e que ocorre articulação das ações do seu serviço com ações promovidas e desenvolvidas por Organizações Não Governamentais ou instituições de denominações religiosas. Também foram concordantes em dizer que provavelmente conhecem o histórico de internações de seus pacientes em instituições extra-saúde e que participam de comitês ou comissões intersectoriais de estudo e discussão de problemas ou proposição de políticas públicas direcionadas à população em situação de rua.

Enquanto a médica respondeu que com certeza a eSF PSR orienta cuidadores ou profissionais de instituições que albergam pessoas em situação de rua (albergues, ILPIs, casas de detenção, internatos/orfanatos, etc.) sobre cuidados do paciente como

curativos, banho na cama, administração de medicamentos e alimentos, o médico disse que provavelmente, sim.

5. Considerações finais

O caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte sugere a existência de uma potente estratégia de cuidado específica, de gerência pública, com capacidade de interlocução intramunicipal com outros serviços de saúde, que exerce a função de orientadora das redes de atenção para essa população vulnerável e tem como vocação o matriciamento das demais equipes de Saúde da Família, subsidia o usuário em seu percurso pelos outros pontos assistenciais, suavizando barreiras de acesso, dialoga com parceiros intersetoriais públicos e não governamentais e apresenta-se como vetor de promoção da saúde e ressignificação social dos sujeitos implicados.

Do ponto de vista sistêmico, a equipe de Saúde da Família para população em situação de rua formatou-se de acordo com os problemas sociais e de saúde identificados, com destaque para as ações de saúde mental e de redução de danos associados ao uso de álcool e outras drogas. Em análises externas menos parciais foi citado como equipamento social de destaque por usuários e dirigentes e técnicos de outras gerências extra-saúde, aliás, foi o único equipamento de saúde citado na análise do censo da PSR em Belo Horizonte.

Em relação à avaliação do acesso é importante salientar a dificuldade em se inferir a qualidade do acesso oferecido pela eSF PSR à população em situação de rua que utiliza o CSCC. Para maior reflexão analítica seria fundamental proceder a uma análise da perspectiva dos usuários sobre as dimensões implicadas no acesso, sobretudo no que tange à proposição epistêmica de Giovanella e Fleury (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Para tal, seria necessária uma fase de campo bem mais extensa, de modo a reduzir os vieses de análise de momentos pontuais, como ocorreu na observação participante, e uma amostra epidemiológica representativa, condições inviáveis para o tempo disponível e as características do mestrado profissional. Contudo, o estudo do caso da equipe de Belo Horizonte demonstra diversas condições positivas que sugerem uma “capacidade operativa” para a viabilização do acesso. Reunidas ao longo das diversas técnicas implicadas, merecem destaque a suposta capacidade da equipe em acolher neousuários, a proceder à abordagem diferenciada conforme critérios de risco e vulnerabilidade clínica, mental e social, a boa compreensão da equipe sobre os princípios da APS, sobretudo de “primeiro contato”, presença de habilidades e

competências interpessoais favoráveis, disponibilidade de dispositivos clínicos e gerenciais que facilitam o processo de responsabilização sanitária e estratégias de abordagem extramuros nas situações em que o usuário nem sempre reconhece suas necessidades de saúde ou não expressa suas demandas de maneira organizada, como o exemplo da “mulher de preto”. Por outro lado, a falta de condições básicas inerentes ao processo de trabalho, como a não oferta de procedimentos de curativo em turno integral, pode limitar oportunidades de cuidado para um público alvo considerado “urgentista” em seu proceder. Ainda em relação ao acesso, o relato das agentes comunitárias de saúde aponta as dificuldades de interlocução entre os diversos serviços de referência, mas pode-se perceber certa vocação dos profissionais da eSF PSR - com destaque para as ACS- à tutoria dos pacientes ao longo dos atendimentos que ocorrem dentro e fora do CSCC, mitigando possíveis barreiras normativas (falta de documentos, falta de acompanhantes, falta de asseio pessoal) ao acesso oportuno na rede.

Outra análise que chama à atenção é o fato da gerente da unidade e a equipe responderem afirmativamente a todas as questões que implicavam condições baseadas em padrão de qualidade avançado, como a redução de internações por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, o desenvolvimento de ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com a equipe de Saúde Mental de referência, a disponibilidade de insumos para manejar crise epiléptica de grande mal, entre outras, que medem desfechos das intervenções de saúde e conseqüentemente impactos sobre as condições de saúde de uma população. Porém, contrasta com o excelente desempenho referido pela equipe em questões de difícil consecução, o desempenho desfavorável em questões de padrão de qualidade elementar como a não disponibilidade de registro atualizado de hipertensos e diabéticos. Se constatadas de fato que as respostas não foram equivocadas ocorre uma assimetria de percepções na equipe, que monitora indicadores de internação hospitalar dos usuários por complicações de doenças crônicas, mas não apresenta registro ambulatorial atualizado dos pacientes com doenças crônicas. Tal contradição pode ser relativizada e refutada se considerada a hipótese de que apenas a atualização do registro não ocorre de maneira sistematizada, e que o manejo dos casos e seguimento dos pacientes ocorre de maneira satisfatória. Seria necessária uma avaliação epidemiológica orientada para elucidar essa hipótese.

Alguns paradigmas são interessantemente trazidos no bojo da discussão. Em relação aos “cuidados involuntários para exames e cuidados”, uma tese que mereceria uma análise ulterior é a reflexão sobre se a adoção de uma prática intervencionista por

parte da equipe, sob colaboração e consentimento interinstitucional, constituiria um retrocesso ou um incremento à política de desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais no SUS, paradigma anunciado pelo dirigente da SMS e à época da proposição do CIEC médico da eSF PSR, ao considerar na PSR um “subproduto de uma reforma psiquiátrica inacabada”, dado citado na entrevista com técnicos e dirigentes. Outro olhar que merece reflexão é se as práticas de vigilância de agravos ou se a abordagem extramuros de uma equipe de Saúde da Família sobre indivíduos sem família ou com diferentes percepções sobre família, poderiam ser a extensão de um estado policialesco a um público alvo, que têm entre algumas interpretações possíveis, o rechaço a normatismos socialmente impostos. Ainda sobre o recorte da saúde mental é possível notar o desenvolvimento por parte da eSF PSR de ferramentas para o gerenciamento da demanda e para intervenções específicas, como a “condução involuntária para exames e cuidados”, a proposição e o uso do “índice de autonomia”, o acompanhamento sistemático dos pacientes sob uso de neurolépticos de depósito, as reuniões colegiadas e as listas de pacientes críticos. Tais achados, aliados à inexistência de “consultórios de rua” em Belo Horizonte, sugerem uma vocação da equipe de Saúde da Família em responsabilizar-se pelos agravos mais prevalentes em sua comunidade assistida e servem de reflexão para a gestão federal, que optou por sobrepor os “consultórios de rua e de redução de danos” ao modelo de atenção primária alicerçado na Estratégia Saúde da Família. Aliás, e de modo geral, a apropriação das impressões colhidas ao longo desse estudo por parte dos atores da gestão, ainda que limitadas, seria importante vetor para a convergência do pólo instrumental, auspiciado por meio da avaliação realizada pelo presente estudo de caso, ao pólo da proposição e monitoramento da política de saúde para população em situação de rua.

A eSF PSR demonstra maturidade institucional em relação ao processo de trabalho junto ao público alvo, notada pelo desenvolvimento de diversos instrumentos e tecnologias de cuidado específicas (CIEC, fichas complementares, projetos e grupos terapêuticos, discussão colegiada orientada por critérios de risco e vulnerabilidade, entre outros). Muitos desses elementos contrapõem os instrumentos normativos existentes, como o SIAB, sistema de informação de origem federal, com informações que o complementam e consideram especificidades da PSR, sobretudo em relação às características inerentes ao comportamento migratório da população alvo e ao seu perfil de uso da rede social de apoio.

As dificuldades inerentes ao Centro de Saúde Carlos Chagas e que precisariam ser abordadas e providas, de acordo com as diversas técnicas de coleta de dados empregadas no estudo seriam: a ausência de câmera fotográfica para os ACS realizarem o cadastro fotográfico do usuário na rua, a ausência de veículo para transporte sanitário dos pacientes aos atendimentos ambulatoriais em outros pontos da rede assistencial, dificuldade no acesso à internet pelas equipes de Saúde da Família, de modo universal e para favorecer a troca de informações entre os profissionais, limitada estrutura física da unidade, de modo a não oferecer adequada privacidade acústica e visual, a restringir a realização de grupos terapêuticos e a reduzir a capacidade de volume de atendimento multiprofissional, dados colhidos de impressões visuais e por relatos dos atores. Além desses destaques de interesse para a prestação da assistência, numa tentativa de apoio às instâncias gestoras municipais de Belo Horizonte, sugere-se, pela amplitude que a experiência da eSF PSR do Centro de Saúde Carlos Chagas representa, a organização de um memorial institucional, que possa narrar com menos vieses cronológicos a influência da formatação do serviço em questão sobre o impacto na qualidade de vida da população em situação de rua de Belo Horizonte, bem como inspire novas modalidades de cooperação horizontal e vertical entre os atores do SUS implicados com o tema.

Uma hipótese a ser posteriormente explorada é se, de fato, a eSF PSR estudada é capaz de resolver os problemas mais prevalentes de saúde da comunidade assistida, vocação de um serviço de saúde orientado pela APS. Há indícios preliminares favoráveis a uma resposta afirmativa a essa tese, como notado nos dados auto-referidos pelos profissionais sobre a compreensão e aplicação dos princípios e atributos da APS, impressões de alguns usuários em estudo externo sugerindo êxito nas ações desenvolvidas pela equipe, organização do processo de trabalho a partir de prioridades gerenciais interfederativas e necessidades dos usuários, entre outros achados discutidos ao longo do estudo de caso, porém, seria necessária uma análise epidemiológica mais aprofundada e longitudinal para tal posicionamento, considerando desfecho das intervenções a partir de indicadores de resultado, como redução de internações por condições sensíveis à APS ou mesmo análise das impressões dos usuários do serviço com maior amostragem estatística.

Embora os desenhos dos estudos das experiências dos centros de saúde paulistanos sejam diferentes do presente estudo de caso, há indícios de que a experiência mineira esteja mais desenvolvida que a experiência paulistana citada, sobretudo pela constatação da superação aparente dos desafios elencados pelos artigos

de Carneiro Junior e colaboradores (CARNEIRO JUNIOR et al, 2006, 2010). Tal inferência poderia ser mais bem esclarecida num estudo de caso múltiplo, comparando as duas experiências mais aprofundadamente, o que aumentaria a análise do estudo de caso unitário objeto dessa dissertação, ou mesmo por meio de um estudo multicêntrico com metodologia homogênea, extensível a todos os serviços de saúde que assistem população em situação de rua. Apesar das limitações dos achados provenientes de estudos de casos únicos limitarem sua extrapolação para o plano coletivo, sobretudo para universalização de políticas públicas, o caso Belo Horizonte enseja importantes contribuições à gestão pública, principalmente no que tange a aspectos do processo de trabalho, do comportamento de equipe multiprofissional de saúde em relação aos princípios de atributos e princípios da Atenção Primária à Saúde à luz da especificidade de determinados subgrupos populacionais vulneráveis e pela impressionante interface intersetorial entre equipamentos públicos de governança distintos. Assim, pode-se intuir a consecução do objetivo do presente estudo de caso no sentido de subsidiar o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na proposição e monitoramento da indução de políticas e programas direcionados à gestão do cuidado de populações em situação de rua, uma vez que, apesar da não existência de um financiamento federal indutor direcionado à estratégia, observa-se no caso Belo Horizonte potencialidade para replicação do modelo de cuidado como experiência exitosa. Por outro lado, a efetiva indução técnico-financeira da estratégia de modo universal depende de decisão política, cujas variáveis implicadas não são controláveis no fulcro da pesquisa.

Referências

ADORNO, R; VARANDA, W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2004.

ANDRADE HS, FIGUEIREDO G, FARIA CAP. A trajetória histórica e organizativa da população em situação de risco de rua de Belo Horizonte. 1ª ed.. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. In: Kemp VH, Crivellari HMT (Org.). Catadores na cena urbana. Construção de políticas socioambientais. v. 1, p. 49-64.

BOTTI ET AL. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. Santa Cruz do Sul: Barbaroi nº 33. Dez. 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2º Censo da população de rua e análise qualitativa da situação atual dessa população em Belo Horizonte: meta 10 – realização de ações de atendimento sócio-assistencial de inclusão produtiva e capacitação para população em situação de rua. Belo Horizonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Censo Nacional da população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série Pactos. Vol. 4.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caminhos de institucionalização da avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059/GM de 04 de julho de 2005, que versa sobre os consultórios de rua e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consultorios_de_rua_rd.pdf

_____. Ministério da Saúde. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CANDIANI, C. A otimização do acolhimento e tratamento do paciente com transtorno mental na População em Situação de Rua – a experiência do Centro de Saúde Carlos Chagas. Monografia de final de curso de capacitação em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível na biblioteca da Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2004.

CANDIANI, C; COELHO, M.C.; FILIZZOLA, M.B; QUINTÃO, L; BRITO, M.M.M; FRANÇA, J; SILVEIRA, A; SILVA, C; CANUTO, D; ANTUNES, E. Condução involuntária para exames e cuidados: experiência da equipe de saúde da família para população em situação de rua. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2007.

CANONICO, R.P.; TANAKA, A.C.D; MAZZA, M.M.P.R; SOUZA, M.F; BERNAT, M.C; JUNQUEIRA, L.X. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. São Paulo: Rev Esc Enferm USP 41(Esp), 2007. p799-803.

CARNEIRO JUNIOR, N; ANDRADE, M.C.; LUPPI, C.G.; SILVEIRA, C. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. São Paulo: Saúde e Sociedade v.15 n.3, set./dez., 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N; JESUS, C.H.; CREVELIM, M.A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. São Paulo: Saúde e Sociedade v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CARVALHO, G; et al. DA SILVA, S.F (Org.) Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CASTELL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007. Coleção Progestores. Livro 8.

COSTA, F.B. Homens invisíveis: retrato de uma humilhação social. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Globo, 2004.

CRUZ NETO, Oliveira; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. Anais... Minas Gerais: ABEP, 2002.

DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, v. 1, 1980.

SCOREL, S. Vidas ao léu: uma etnografia da exclusão social. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SCOREL, S; GIOVANELLA, Ligia; ET AL. O programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Washington, DC: Rev. Panam Salud Publica, 2007.

SCOREL, S; GIOVANELLA, L; ET AL. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. Ciência e Saúde Coletiva. 2009.

FERREIRA, A.L. Prefeitura de Belo Horizonte realiza primeiro Censo de População de Rua. Belo Horizonte: Revista Política Social, 1999.

FERREIRA, F.P.M. População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998 – 2005. Belo Horizonte: Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais, 2005.

FERREIRA, F.P.M, MACHADO, S. Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em Belo Horizonte. São Paulo: Editora Cortez nº 90, junho de 2007. Serviço Social e Sociedade. 2007.

GIL, A.C. Estudo de caso: fundamentação científica. São Paulo: Ed. Atlas, 2009.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-98.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia, 2003,12(24), 149-16. 2003.

HARZHEIM, E. et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool – Brasil. Porto Alegre: UFRGS. 2009.

KISELY, S. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Rev Abstract, 2006.

KUSEK, J.Z.; RIST, RC. Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: a handbook for development practitioners. Washington, DC: World Bank, 2004.

MENDES, M.V.B. Os moradores de rua e suas trajetórias: um estudo sobre os territórios existenciais da População de Rua de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ/ UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Trabalho da Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua em Belo Horizonte/MG. in: Curso de Avaliação de Efetividade de Promoção de Saúde Metodologia de Avaliação Rápida. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. 1º Censo da população em situação de rua de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 1998.

_____A população em situação de rua: seminário sobre políticas públicas. In: Fórum de população em situação de rua de Belo Horizonte, 1, Belo Horizonte: SEGRAC, 1998.

_____Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2005. Disponível em:

<http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/planomunicipaldesaude20052008.pdf>

_____Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2010.

_____Relatório de Gestão 2007. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2008.

_____Relatório de Gestão 2008. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2009.

_____Relatório de Gestão 2009. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2010.

_____Relatório de Gestão 2010. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 2011.

Disponíveis para acesso eletrônico em:

http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15393&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&

QUEIROZ, D.T; VALL, J; SOUZA, A.M.A; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde/ Participant observation in qualitative research: concepts and applications in health. Rio de Janeiro: Rev. Enferm UERJ, 2007 abr/jun; 15(2):276-83. 2007.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TURCI, M. A (org.). Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação. 2008.

VENTURA, M. M. O Estudo de caso como modalidade de pesquisa. Rio de Janeiro: Rev. SOCERJ, 2007.

YIN, R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Anexo 1

Roteiro de Entrevista – Técnicos e Dirigentes (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria de Assistência Social de Belo Horizonte)

1. Fale sobre a entidade, o equipamento, o serviço ou o programa no qual você trabalha. Como você o vê no âmbito da rede de atendimento à população em situação de rua?

(que representação é feita do lugar de onde o entrevistado fala)

2. Como você percebe a população em situação de rua: que identidade ela possui, qual é o perfil que você atribui a ela?

3. Quais são as principais dificuldades encontradas ao trabalhar com a população em situação de rua, levando em consideração o perfil traçado por você?

4. Quais são as potencialidades do trabalho com a população em situação de rua?

5. Que propostas, caso você tenha, gostaria de apresentar para o trabalho com a população em situação de rua?

Anexo 2

Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – Instrumentos 3, 4 e 5

Obs.: A cada sentença, o entrevistado responde “sim” ou “não”, com base nos parâmetros da coluna da direita. A tabulação é feita com base em cinco padrões de qualidade definidos para cada parâmetro respondido afirmativamente. O instrucional e os respectivos componentes de qualidade foram omitidos por opção de espaço.

Instrumento nº 3

1	Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população.	Equipamento Básico para Consultórios da SF: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamanhos, foco, balança infantil e adulto, otoscópio, além de condições para higienização frequente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório). O padrão refere-se aos atendimentos não poderem ser ouvidos ou observados por quem está no recinto adjacente ao local de atendimento, garantindo-se a ética, a privacidade e o sigilo. Estas formas de isolamento apontadas podem ser viabilizadas de diversas maneiras, respeitando-se as condições locais existentes.
2	Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.	Esta privacidade deverá ser garantida respeitando-se as condições existentes. É fundamental que as consultas ginecológicas aconteçam num ambiente humanizado, respeitando-se os princípios de inviolabilidade e privacidade, além das referências culturais das usuárias.
3	Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas.	Equipamento Básico para ACS: recomenda-se que minimamente possuam colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta. A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade dos materiais básicos para todos os ACS da USF.
4	Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.	O padrão refere-se a equipamento composto por compressor, cadeira odontológica, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspidora e/ou terminal de sugador, equipo com pelo menos dois terminais para peças de mão e uma seringa tríplice, pedal de acionamento do equipo, mocho odontológico, amalgamador, fotopolimerizador, estufa ou autoclave e equipamentos de proteção individual (EPIs).. Considerar ainda os instrumentais necessários ao atendimento compatível com a demanda esperada.
5	As ESF dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.	O padrão refere-se às condições de iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde.
6	Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.	Este padrão refere-se a um espaço na USF destinado à espera dos usuários que garanta à maioria dos presentes na recepção permanecerem sentados durante a primeira hora após a abertura da unidade. Os assentos utilizados podem ser de diferentes tipos, respeitando-se a referência da cultura local.
7	A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.	Este equipamento reservado ao uso exclusivo da atividade de imunização com controle de temperatura é considerado um critério de qualidade da Atenção Básica.
8	A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos.	O padrão, ao utilizar a expressão (uso e adequação) dos ambientes, refere-se ao entendimento atual do MS de que os espaços na USF podem ser multi-uso, desde que sejam respeitadas as normas para o seu funcionamento.
9	A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes.	A USF possui instrumentais e materiais de consumo para o atendimento gineco-obstétrico em quantidade e garantia de esterelização compatível com a demanda esperada (suficiente para não causar interrupções ou prejuízos à assistência). Instrumentais: espéculos pequenos, médios e grandes, pinças de Cheron, pinça de Pozzi, pinça auxiliar, cuba rim, cubas inoxidáveis. Materiais de consumo: luvas, algodão, gaze, compressas, ácido acético, lugol, álcool, solução fixadora, lâmina para citologia, espátula de Ayre e escova endocervical.
10	Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF.	O padrão refere-se à existência de consultórios com equipamentos básicos (padrão 3.1) em número suficiente para que médicos e enfermeiros das ESF realizem atendimentos comitadamente, sem interrupções em qualquer período de funcionamento da USF.
11	O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médico e enfermeiros da SF concomitantemente.	Considerar a resposta afirmativa quando a aferição e manutenção preventiva destes equipamentos for realizada, no mínimo, semestralmente.
12	Os tensiômetros e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos.	Dentre esses equipamentos podem constar calçados, protetor solar, sombrinhas ou guarda-sol.
13	Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo.	Trata-se de linha própria da USF, não considerando telefone público ou aparelho móvel dos profissionais.
14	A USF dispõe de linha telefônica.	O padrão refere-se à USF dispor de, no mínimo, um equipamento composto por: CPU, monitor de vídeo, teclado, mouse, estabilizador e impressora compatíveis em boas condições de uso, bem como insumos que permitam seu funcionamento (papel, cartuchos de tinta).
15	A USF dispõe de equipamento de informática.	

<p>16 A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente.</p> <p>17 A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes.</p> <p>18 A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.</p> <p>19 O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.</p> <p>20 A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.</p> <p>21 Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada.</p> <p>22 A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.</p> <p>23 A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza o uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.</p> <p>24 Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo.</p> <p>25 A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização.</p> <p>26 A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais freqüentes.</p> <p>27 As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.</p> <p>28 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses.</p> <p>29 A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.</p> <p>30 A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade.</p> <p>31 A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.</p> <p>32 A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente.</p> <p>33 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS.</p> <p>34 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica.</p> <p>35 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos do Diabetes Mellitus.</p> <p>36 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira.</p>	<p>Este espaço pode ser de uso múltiplo e alternado, porém exclusivo para tais atividades. Esta sala pode ser viabilizada de diversas formas respeitando-se as condições locais.</p> <p>O padrão refere-se à existência na USF de eletrocardiógrafo e oftalmoscópio como equipamentos que possibilitam o aumento da resolubilidade da AB.</p> <p>O padrão refere-se à USF possuir: ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças, soluções para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-circulatórias.</p> <p>A resposta deve ser afirmativa quando houver disponibilidade de veículo da SMS para atendimento das atividades externas programadas pelas ESF.</p> <p>O padrão refere-se à presença de televisão, videocassete e/ou DVD, aparelho de som. A disposição física dos consultórios, equipamentos (listados no 3.5) e instrumentais possibilitam o atendimento concomitante pelo cirurgião-dentista e THD, de maneira integrada.</p> <p>Embora sejam estruturas fundamentais em qualquer USF, sua existência qualifica a atenção prestada, ampliando o acesso, a equidade e a resolubilidade da AB.</p> <p>A internet é considerada como um importante recurso para comunicação, obtenção de informações técnicas relevantes e atualização técnica (educação continuada). A existência de internet banda larga na USF, com disponibilidade para os trabalhadores da SF (estebelecendo-se os critérios) constitui uma importante marca de qualidade da AB.</p> <p>Este padrão refere-se às condições ideais para o atendimento ginecológico, em termos de conforto e privacidade da cliente.</p> <p>Para o Programa Nacional considerar as definições da Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu02.htm</p> <p>O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Pode ser calculado através da demanda não atendida.</p> <p>O padrão considera que insumos mínimos para as atividades de educação em saúde sejam cartolina ou similar, pincéis atômicos, barbante, cola, tesoura, álbum seriado e impressos. Ao utilizar a expressão (com regularidade e em quantidade suficiente) o padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído. Deve-se prever o atendimento à crianças e gestantes.</p> <p>Considerar como Insumos Básicos: algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa, luva de procedimento, fio para suturas, ataduras de gaze, abaixador de língua, termômetro, máscaras para inalação. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.</p> <p>Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.</p> <p>Formulários, receiptários e requisições. Eventuais interrupções de fornecimento que não prejudiquem a continuidade e qualidade do atendimento não devem ser consideradas.</p> <p>Equipamento e insumos considerados indispensáveis no acompanhamento da população de diabéticos. Considerar, para as fitas, suficiência de 80% da demanda.</p> <p>O padrão refere-se ao suprimento dos antibióticos utilizados na Atenção Básica, com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.</p> <p>O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.</p> <p>O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.</p> <p>O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% ou mais das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.</p>
---	--

<p>37 A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, estocados em condições adequadas.</p> <p>38 A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado.</p> <p>39 A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastro intestinal.</p> <p>40 A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epilética de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado.</p>	<p>O padrão considera os medicamentos definidos em protocolos clínicos, em quantidade suficiente para o atendimento à demanda especificada. A existência desse recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.</p> <p>Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.</p> <p>O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território, com frequência regular e programada de forma que as faltas sejam eventuais e não comprometam a resolubilidade do tratamento instituído.</p> <p>Atendimento a 100% da demanda. A existência deste recurso contribui para o aumento da resolubilidade da AB.</p>
---	---

Instrumento nº 4

<p>1 O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.</p> <p>2 A Visita Domiciliar (VD) é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.</p> <p>3 A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.</p> <p>4 A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF.</p> <p>5 A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.</p> <p>6 A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS.</p> <p>7 A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais frequentes.</p> <p>8 A Assistência Domiciliar (AD) é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF.</p> <p>9 Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF.</p> <p>10 A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população.</p> <p>11 O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área.</p> <p>12 A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.</p> <p>13 A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos.</p>	<p>O padrão refere-se à ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas mensalmente, oportunizando-se a atualização da ficha A do SIAB. Considerar, para resposta afirmativa, a atualização no sistema de informação.</p> <p>Na estratégia SF a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar (AD) tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.</p> <p>O padrão refere-se à unidade SF funcionar no mínimo oito horas diárias, prestando atendimentos.</p> <p>O padrão refere-se à ESF atuar junto à comunidade, de maneira permanente e sistemática (no mínimo uma vez por trimestre), esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área.</p> <p>O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.</p> <p>O mapa da área de atuação da ESF, discriminando as microáreas de atuação dos ACS, é umas das ações iniciais mais importantes para estruturação do trabalho da equipe em relação ao seu território.</p> <p>O padrão refere-se ao levantamento das informações presentes na Ficha A (SIAB) associado ao mapeamento de áreas de risco e entrevistas com lideranças da comunidade. Outras fontes de informação podem ser os dados do IBGE, dos sistemas de informação de saúde e da imprensa.</p> <p>O padrão refere-se à existência de um planejamento para a assistência domiciliar (AD) considerando a especificidade profissional e necessidade de intervenção para o caso, buscando otimizar e integrar a atuação dos profissionais de nível superior da equipe.</p> <p>O padrão refere-se à organização do prontuário familiar no qual estão contidos os prontuários individuais. Estes podem estar organizados, inclusive, por microárea. Esta forma de organização pode ser desenvolvida, inclusive, nos casos de prontuários informatizados. Estágio mais avançado com relação à 4.5, indicando aprofundamento da análise sobre a situação de saúde das famílias e dos indivíduos do território. A equipe busca conhecer e registrar aspectos demográficos, sócio-econômicos, étnicos, culturais, ambientais e sanitários da área adscrita.</p> <p>Padrão mais elevado em relação ao 4.3 indicando que um processo de trabalho está sendo aprimorado: os membros da equipe reúnem-se para elaboração do cronograma e utilizam dados da análise da situação de saúde do território, adequando o tempo e o tipo de atividade a ser desenvolvida de acordo com o perfil encontrado.</p> <p>Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.</p> <p>A solicitação de exames são registrados sistematicamente em outros instrumentos além do prontuário médico, que permitem o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contra-referência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.</p>
--	--

14	A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames.	O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.
15	A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.	O padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, o padrão considera duas reuniões mensais de quatro horas.
16	A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.	O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.
17	A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.	A ESF estuda fluxo de atendimentos na USF realizando registro e monitoramento da procura por tipo de atendimento (consultas de crianças, mulheres, hipertensos, exames, procedimentos e outros), verificando-se o percentual de atendimento da demanda observada.
18	Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população.	Padrão mais elevado em relação ao 4.6. Além das áreas de responsabilidade dos ACS, os mapas de trabalho da ESF discriminam os principais recursos comunitários, as regiões de maior vulnerabilidade/risco, acompanhamento de situações epidemiológicas, entre outros processos. Indica aperfeiçoamento em direção ao trabalho com mapas mais dinâmicos e informativos, os mapas vivos.
19	A ESF e ESB trabalham o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.
20	A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território.	O padrão refere-se a um recurso de organização e planejamento também conhecido como placar da saúde, painel de saúde ou ainda quadro ou sala de situação, dependendo da região. Consiste em um mural ou painel afixado em local acessível, no qual a ESF dispõe os dados, informações e até mapas da região e do trabalho da equipe, permitindo o acompanhamento visual pelos profissionais e pela comunidade. Considerar para resposta afirmativa que a atualização é trimestral.
21	A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.
22	Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social.	A equipe conhece e presta assistência de maneira diferenciada às famílias em situações de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. Considerar a resposta afirmativa quando ações concretas em relação a estas famílias puderem ser apresentadas tais como maior número de VD, priorização no agendamento das consultas, mobilização da rede social, entre outras.
23	As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível.	O padrão refere-se à equipe estar sensibilizada e fornecer à população informações que possibilitem melhor e maior utilização dos serviços disponíveis. O padrão considera que as informações são transmitidas aos usuários tanto na forma verbal quanto escrita, por meio de cartazes afixados na recepção da USF, por exemplo. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.
24	Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço.	Os membros da equipe estão sensibilizados e prestam atenção especial e esclarecimentos aos indivíduos com dificuldades de obter informações e/ou compreender as recomendações devido ao analfabetismo e outras situações de exclusão social. Estas ações de acolhimento e humanização são fundamentais para ampliar o acesso e a equidade. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.
25	Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daquelas programadas.	O padrão refere-se à existência de documento norteador ou protocolo contendo orientações para realização do acolhimento resolutivo (discriminando situações de agendamento e pronto-atendimento), disponíveis para os profissionais da equipe. Estes podem ter sido criados pela própria equipe, bem como pela coordenação, SMS ou outra instância.
26	Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários.	O padrão refere-se à disponibilização e facilitação do acesso a urna, livro, ou outros mecanismos menos formais de registro (anotação pelos profissionais de falas livres durante o contato com a população), das sugestões e reclamações, estando garantido o sigilo do usuário.
27	A ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe.	O padrão refere-se à ESF planejar as suas 40 horas semanais viabilizando horários diferenciados (após as 18:00, antes das 7:00 ou outros) para o atendimento de membros das famílias que não podem comparecer durante período habitual de funcionamento da USF.
28	Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF.	Padrão refere-se ao acolhimento dos usuários em período integral, com escuta da demanda realizada em espaço apropriado da USF, por profissional da equipe. A partir desta escuta qualificada são determinadas as ações e os serviços mais apropriados, de acordo com a necessidade dos usuários e os critérios clínicos estabelecidos.
29	A ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações.	Padrão mais elevado em relação ao 4.26 referindo-se à análise semanal das sugestões e reclamações formalizadas por escrito em urna, livro ou aquelas recebidas informalmente, com encaminhamento de respostas e ações para atendimento das reivindicações.
30	A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte	O padrão refere-se à ESF desenvolver iniciativas tais como grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade pelos usuários. Considerar a resposta como

	dos usuários	afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.
31	Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços. A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas a estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.	A ESF estuda o fluxo de solicitações (demanda), monitorando o tempo médio decorrido entre o momento da solicitação pelo usuário (agendamento) e atendimentos no serviço. A partir da análise poderão ser encontradas soluções para reduzir o tempo de espera pelos serviços. O padrão considera apenas os serviços prestados pela própria equipe: consultas e procedimentos. Este monitoramento pode ser realizado por amostragem. A ESF está atenta e sensibilizada, percebendo e sabendo abordar, tanto na USF quanto na comunidade, situações e processos subjetivos tais como estigmas, preconceitos e discriminações que excluem e dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.
33	Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.	Padrão refere-se à oferta dos serviços basear-se em uma organização flexível e sensível, que concilia o planejamento das ações às necessidades da população. Nesta situação, o planejamento das ações por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos são referências flexibilizadas para garantir os interesses e necessidades dos usuários. O padrão refere-se à equipe conhecer hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promover a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo à alimentação saudável.
34	São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local.	São desenvolvidas ações educativas tais como palestras e grupos operativos, preferencialmente com metodologia participativa, buscando ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico. Podem ser realizadas em parceria com ONGs ou outras instituições. Para resposta afirmativa considerar a frequência mínima trimestral.
35	Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais.	O padrão refere-se à equipe reunir-se com a comunidade, de maneira sistemática, com o objetivo de conhecer os problemas sociais e elaborar planos, projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento.
36	São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	O padrão refere-se à ESF realizar mensalmente, com os pais e mães das crianças em acompanhamento de puericultura, grupos com aspecto educativo e de convivência, durante os quais são abordados conteúdos relativos à saúde global da criança: alimentação, crescimento, estímulos ao desenvolvimento, imunizações, prevenção de acidentes, sono, hábitos de higiene, limites e afeto, dentre outros.
37	A ESF desenvolve grupos educativos e de convivência com os pais, abordando conteúdos da saúde da criança.	O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os hipertensos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.
38	A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento.	O padrão refere-se à realização pelos membros da ESF de grupos educativos e de convivência com os diabéticos da área, com regularidade bimensal, respeitando-se a cultura e os hábitos locais.
39	A ESF realiza ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento.	O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global das crianças, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF.
40	São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças.	Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.
41	São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a saúde dos adolescentes e jovens.	O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos relativos à saúde global dos adolescentes e jovens, realizadas no mínimo duas vezes ao ano pelas equipes SF. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.
42	A ESF desenvolve grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS.	O padrão refere-se à ESF desenvolver grupos educativos com a população de adultos da área abordando temas relativos à sexualidade e prevenção de DST/AIDS, no mínimo, trimestralmente.
43	A ESF desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.	O padrão refere-se aos membros da ESF desenvolverem mensalmente ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio de grupos de convívio ou outras atividades na comunidade tais como visitas a espaços culturais, passeios, festas, etc.
44	A ESF desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.	O padrão refere-se à ESF conhecer, valorizar e desenvolver atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.
45	A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.	A equipe sozinha ou em parceria com ONGs, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto à mediação de conflitos, atitudes/comportamentos de não violência e pelo desarmamento. As principais vítimas da violência doméstica são crianças e mulheres.
46	A ESF estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população.	O padrão refere-se à realização de alguma atividade do tipo alongamento, capoeira, caminhadas, dança e práticas orientais (lian-kun, tai-chi-chuan, chi-kun, dentre outras) por profissionais habilitados. Considerar como afirmativa, também, se as ações são desenvolvidas em parcerias com organizações sociais.
47	A ESF desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico.	O padrão refere-se ao desenvolvimento e registro de ações concretas e sistemáticas no campo das práticas populares de saúde. Podem ser consideradas ações desenvolvidas em conjunto com a Pastoral da Criança e/ou outras pastorais, movimentos sociais, benzedeiras, xamãs, fitoterapeutas locais, entre outros atores sociais, na perspectiva da troca e integração de saberes.
48	A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONGs, associações, conselhos, igrejas e movimentos	A ESF planeja e executa projetos e ações em parceria com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde/problemas da comunidade e seu enfrentamento.

	sociais.	
49	A ESF desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos.	O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e habilitada para abordar conteúdos de sexualidade na terceira idade e prevenção de DST/AIDS, desenvolvendo-os por meio de grupos operativos com os idosos.
50	A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora.	Utiliza-se a abordagem por problemas, segundo o referencial da Rede de Educação Popular em Saúde. Ver site: www.redepopsaude.com.br .
51	A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares.	O padrão refere-se à inserção dos portadores de transtornos mentais em grupos operativos da ESF, oficinas, atividades de convivência comunitária, culturais, de lazer, etc. Para resposta afirmativa considerar a participação destes usuários em atividades mensais. A equipe sozinha ou em parceria com ONGs, organizações e movimentos sociais realiza campanhas e/ou reuniões de esclarecimento quanto aos cuidados no trânsito, incluindo orientações quanto aos atropelamentos. As ações educativas podem ser realizadas em escolas, praças, etc. A resposta deverá ser afirmativa quando as ações acontecerem pelo menos semestralmente.
52	A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.	O padrão refere-se à existência de iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a equipe participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda e alfabetização, dentre outras. Para resposta afirmativa, considerar experiências funcionando de maneira contínua nos últimos 24 meses.
53	Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.	
54	É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária.	O padrão refere-se à ESF conhecer as perspectivas de redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária e acompanhar os usuários de álcool e drogas que estão em tratamento pela referência.
55	A ESF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS .	O padrão refere-se à ESF desenvolver, no mínimo uma vez por trimestre, palestras, grupos operativos ou outras atividades participativas nas quais os temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS são o foco principal. Estas ações podem ser desenvolvidas em conjunto com outros organismos públicos ou organizações sociais.
56	A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.	O padrão refere-se a reuniões com a comunidade e ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registro os aspectos e encaminhamentos relevantes.
57	A ESF participa de reuniões com conselhos de saúde.	O padrão considera a participação de um ou mais integrantes da equipe em reuniões de conselhos de saúde (Conselho Local de Saúde, Distrital e/ou Conselho Municipal de Saúde). Considerar como resposta afirmativa se a frequência for maior ou igual a 75% das reuniões, sendo considerado válida a participação rodiziada entre os integrantes da equipe ou de membros formalmente eleitos, com direito a assento/voto.
58	Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF.	O padrão refere-se a representantes da comunidade e movimentos sociais participarem de maneira efetiva do processo de planejamento das ações a serem realizadas pela equipe, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para resposta afirmativa considerar presença do(s) representante(s) comunitário(s) em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses. Refere-se às atividades de identificação, cadastramento, assistência e acompanhamento de crianças e gestantes, registrando os dados no SISVAN, conforme previsto pela Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional (http://portalweb01.saude.gov.br/alimentacao/documentos/orientacoes_basicas_sisvan.pdf).
59	A ESF desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população. Os profissionais da ESF realizam busca ativa para detecção de novos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica na população.	O padrão refere-se à realização, com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção da hipertensão arterial, incluindo a medida da pressão arterial (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes)
60		O padrão refere-se ao desenvolvimento de ações sistemáticas pela ESF junto à comunidade para erradicação dos focos domiciliares de criação do Aedes aegypti orientando (e atuando algumas vezes em mutirões) quanto à manutenção de caixas d água, pneus, garrafas, vasos de plantas, etc. Considerar para resposta afirmativa a realização de, no mínimo, uma atividade mensal no período setembro - março.
61	Os ACS desenvolvem ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares de Aedes aegypti.	A ESF conhece e realiza os procedimentos relacionados à notificação compulsória de doenças, contribuindo para a alimentação fidedigna do Sistema Nacional Agravos de Notificação – SINAN
62	A ESF realiza a notificação compulsória de doenças ou envia boletim semanal negativo.	Ações para a detecção de tuberculose são realizadas, incluindo busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos (tosse crônica).
63	A ESF realiza ações para detecção de novos casos de tuberculose.	O padrão refere-se à equipe desenvolver junto à população, de maneira regular e permanente, ações com enfoque no ambiente, de caráter educativo ou de intervenção, abordando questões, tais como: manipulação e conservação de alimentos, uso racional de produtos de limpeza, medicamentos, tratamento adequado da água para consumo humano, destino do lixo, saneamento, qualidade da água para consumo, prevenção de acidentes, presença de riscos físicos - torres de alta tensão, estação e subestação elétricas e riscos químicos - áreas cultivadas com agrotóxicos, indústrias poluentes etc.
64	A ESF desenvolve ações tendo como foco a vigilância ambiental e sanitária.	O padrão refere-se à realização com regularidade, de atividades na comunidade voltadas para a detecção do Diabetes Mellitus, incluindo a realização de glicemias capilares (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).
65	A ESF realiza busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes Mellitus na população.	Ações para a detecção de Hanseníase caracterizam-se pela realização de busca ativa entre comunicantes e outros casos suspeitos.
66	A ESF realiza ações para detecção de novos casos de Hanseníase.	

67	A ESF desenvolve ações para identificação de situações de risco entre a população de idosos.	O padrão refere-se à ESF estar sensibilizada e conhecer as situações de risco às quais estão sujeitos os idosos: abandono, depressão, carências nutricionais, acidentes domésticos, intoxicações induzidas por auto-medicação, entre outras. Neste sentido, as visitas domiciliares e encontros com a comunidade podem oportunizar ações de identificação dessas situações. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.
68	A ESF está sensibilizada para identificar e atuar em situações de violência sexual e doméstica.	A identificação dos casos por meio de comunicação direta pelas vítimas/vizinhos ou durante as visitas domiciliares constitui passo fundamental para o aconselhamento, a prevenção e o combate desta forma de violência. Ações, tais como: a notificação e o acionamento de recursos previstos em outros órgãos públicos são obrigatórias. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão. O padrão refere-se à equipe conhecer e estar sensibilizada quanto aos agravos e riscos que incidem de forma mais intensa em determinados grupos étnicos. A discriminação é de caráter positivo buscando uma maior atenção a estes segmentos da população. No Brasil destaca-se o desenvolvimento de diretrizes e ações voltados à saúde da população negra. Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.
69	A ESF acompanha a saúde da população segundo suas origens étnicas quanto aos riscos e vulnerabilidades associados.	A ESF está sensibilizada para a ocorrência de riscos, doenças e agravos relacionados à saúde ocupacional (http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador). Considerar a resposta afirmativa quando todos os membros da equipe atuarem da maneira indicada pelo padrão.
70	A ESF desenvolve ações de vigilância no território, tendo como foco os riscos à saúde do trabalhador.	

Instrumento nº 5

1	Existe registro atualizado de crianças até cinco anos.	O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, a sua população de crianças até cinco anos, discriminadas por faixa etária (ano a ano) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.
2	O cartão ou caderneta da criança é avaliado e preenchido em todas as situações de procura por atendimento.	O padrão refere-se a todos os membros da equipe conhecerem o cartão ou caderneta da criança, estarem sensibilizados para a importância deste instrumento no acompanhamento da população infantil solicitando sua apresentação pelos pais ou responsáveis, avaliando-o (e preenchendo-o sempre que indicado), em todas as situações de procura por atendimento.
3	Todos os membros da ESF estão habilitados para reconhecer e orientar ações em casos de desidratação infantil.	O padrão refere-se a todos os membros da ESF estarem habilitados para reconhecer os principais sinais indicativos e os sintomas de desidratação infantil e saberem orientar a preparação e administração do soro caseiro ou dos sais de rehidratação oral distribuídos pelo MS ou adquiridos em farmácias.
4	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal e puerpério.	O padrão refere-se à ESF estimular e orientar o aleitamento materno, em grupo de gestantes ou a cada uma individualmente quando necessário, com regularidade programada. O ideal é que estas ações aconteçam todos os meses, durante as consultas de pré-natal.
5	80% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.	O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de acompanhamento do C & D, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF. Preconiza-se a realização de no mínimo sete consultas (médica ou de enfermagem) no primeiro ano de vida: 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses. Considerar para resposta afirmativa ao padrão a cobertura com sete consultas, independente do momento em que foram realizadas.
6	90% ou mais das crianças da área com até um ano de vida estão com esquema de vacinação em dia.	O padrão refere-se à cobertura das ações de puericultura, especificamente o componente de imunização, na população de crianças até 1 ano de vida da área de atuação da ESF.
7	A ESF realiza abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças trazidas para atendimento na USF, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento.	O padrão refere-se ao fluxograma (Abordagem de risco da criança na unidade de saúde) apresentado à pág. 73 da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, publicada em 2004. Se a ESF utiliza algum outro fluxograma ou protocolo, o essencial é que estejam estabelecidas as situações de atendimento imediato pelo médico (http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
8	80% ou mais das crianças com até 5 anos, em situação de risco, estão em acompanhamento pela ESF.	O padrão refere-se à ESF possuir registro da população até 5 anos, identificar aquelas que estão em situação de risco (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004- http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf) e acompanhá-las mensalmente por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares. Período para avaliação: últimos 12 meses. Calcular o percentual para cada mês como no padrão 5.5, considerando como denominador a população total de crianças em situação de risco. Calcular a média simples entre os 12 meses avaliados. Ver http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
9	80% ou mais dos RN receberam duas consultas no seu 1º mês de vida.	O padrão refere-se às ações definidas para a Primeira Semana de Saúde Integral (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004 -

	http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão. Ver http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
10	80% ou mais das crianças entre um e cinco anos de vida da área, estão em acompanhamento pela ESF. A equipe acompanha a saúde bucal de crianças até 5 anos. A ESF desenvolve ações de acompanhamento de crianças com asma de acordo com o protocolo clínico estabelecido. A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias é de 90% ou mais.
11	O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre um e cinco anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao crescimento, desenvolvimento e imunização. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão. Considerar pelo menos duas avaliações/ano para crianças entre 12 e 24 meses. A partir desta idade, considerar uma consulta/ano. O padrão refere-se à equipe possuir registro da população até cinco anos e acompanhá-la, em relação à saúde bucal, no mínimo, quanto ao desenvolvimento da dentição, manutenção da saúde bucal e permanência de hábitos orais nocivos ao estabelecimento normal da oclusão (sucção de dedo e chupeta, por exemplo). Inclui-se aqui o incentivo ao aleitamento materno e orientações aos pais. O padrão refere-se ao conjunto de ações desenvolvidas de maneira integrada pelos profissionais da equipe, a partir de suas diferentes atribuições, para a detecção, diagnóstico e tratamento da asma na população infantil, de acordo com protocolo clínico, buscando reduzir as internações e mortalidade por doenças respiratórias. Retirado hipelink
12	
13	O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno exclusivo na população de até 30 dias de vida. Período de avaliação: últimos 12 meses. Considerar o período de 24 meses para avaliação deste indicador-padrão. Os dados estão contemplados no SIAB, sendo também um dos indicadores presentes no Pacto Indicadores da Atenção Básica. Busca avaliar se as ações dirigidas à população infantil estão repercutindo sobre os indicadores de saúde. O padrão exige apenas que as internações em nº absoluto estejam em constante queda ou não tenham ocorrido casos analisando-se nos últimos 2 anos. O padrão refere-se ao monitoramento da desnutrição na população até dois anos, observando se no período compreendido pelos últimos 24 meses a curva apresenta-se como descendente ou não aconteceram casos. Implica no acompanhamento do peso da população nesta faixa etária pelos membros da ESF (ver SIAB). O padrão refere-se ao monitoramento do peso dos RN da população observando se, nos últimos 24 meses, vem ocorrendo redução ou ausência do número absoluto de RN com baixo peso ao nascimento. Este padrão reflete, principalmente, os cuidados prestados durante o pré-natal. O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças entre 0 e 27 dias, com peso maior ou igual a 1.500 g. As orientações para investigação estão descritas no Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal I do MS (2004) - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf . Responder de maneira afirmativa ao padrão em caso de ausência de óbitos conhecidos nos últimos 12 meses.
14	Houve redução do nº absoluto de internações por infecções respiratórias agudas na população até 5 anos, ou ausência de casos.
15	A desnutrição entre as crianças menores de 2 anos tem sua incidência em curva descendente ou é inexistente.
16	Houve redução do número absoluto ou ausência de casos de RN baixo peso ao nascer.
17	Todos os óbitos neonatais são investigados.
18	A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses é de 60% ou mais.
19	O selamento dos quatro primeiros molares é realizado em casos com indicação clínica. O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 5 e 10 anos e acompanhá-la por meio de consultas médicas e de enfermagem, VD, orientações e grupos operativos regulares, quanto ao C & D e imunização, no mínimo. Considerar pelo menos uma avaliação anual para crianças entre 5 e 10 anos. O padrão refere-se à participação da ESF na investigação de todos os óbitos de crianças até 1 ano, nascidas com peso maior ou igual a 1.500 g (neonatal e pós-neonatal) e também os óbitos fetais (natimortos) com peso ao nascer maior ou igual a 2.500g. As orientações para investigação estão descritas no Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do MS (2004). Responder de maneira afirmativa ao padrão em caso de ausência de óbitos conhecidos nos últimos 12 meses. Ver http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MS_manual_finalizadoOBITOS.pdf
20	80% ou mais das crianças da área entre 5 e 10 anos de vida, estão em acompanhamento pela ESF.
21	Todos os óbitos infantis e fetais ocorridos nos últimos 12 meses foram investigados.
22	A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é de 70% ou mais. O padrão refere-se ao monitoramento da prevalência do aleitamento materno não exclusivo na população de até 12 meses. O padrão refere-se à consulta médica e ou de enfermagem. Ver ações definidas para a Primeira Semana de Saúde Integral (Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, MS, 2004 - http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão. Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses. O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adolescentes (SIAB: 10 a 14 e 15 a 19 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado semestralmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.
23	80% ou mais dos RN receberam uma consulta na sua 1ª semana de vida.
24	Houve redução do índice ceo-d absoluto na população de 5 a 6 nos últimos 24 meses.
25	A ESF possui registro atualizado dos adolescentes da área.
26	50% ou mais dos adolescentes registrados estão com a vacinação em dia. O padrão refere-se à ESF possuir registro da população 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas, VD e grupos operativos regulares, quanto à imunização. Considerar as

		vacinas preconizadas pelo MS ou SES para a faixa etária. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.
27	50% ou mais de adolescentes atendidos com consulta para avaliação de crescimento e desenvolvimento.	O padrão refere-se à ESF possuir registro da população de 10 a 14 e 15 a 19 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, VD e grupos operativos regulares, quanto ao C & D. Considerar uma avaliação anual. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do indicador-padrão.
28	A ESF desenvolve atividades educativas voltadas para os adolescentes abordando saúde sexual e reprodutiva.	O padrão aponta para o desenvolvimento de ações e abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, com oferta de métodos contraceptivos (camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação), realizadas no mínimo duas vezes ao ano. Considerar os últimos 12 meses para avaliação do padrão.
29	Houve redução de casos de gravidez não planejada entre as adolescentes em acompanhamento pela ESF.	O padrão refere-se ao monitoramento da incidência de gravidez não planejada na população entre 15 e 19 anos, acompanhada pela equipe. Considerar os últimos 24 meses. Considerar para resposta afirmativa a redução do número absoluto de casos no período.
30	Houve redução do índice CPO-D absoluto na população de 12 anos nos últimos 24 meses.	Este indicador demonstra resolubilidade na atenção em saúde bucal, especialmente em seu componente de prevenção da cárie dentária. Considerar, para avaliação do indicador-padrão, os últimos 24 meses.
31	A ESF possui registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária.	O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de adultos (20 a 59 anos) da área adscrita à ESF, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.
32	Existe amplo acesso da população ao pré-natal de baixo risco.	O pré-natal de baixo risco, com oferta de consultas, exames laboratoriais de rotina e imunização antitetânica, realizado de maneira alternada e complementar (consultas médica e de enfermagem), é considerado uma das ações mais elementares da Atenção Básica, impactando de maneira muito positiva sobre os indicadores materno-infantis. Preconiza-se a realização de 4 a 6 consultas. A avaliação mínima envolve: avaliação nutricional, mensuração da PA, da altura uterina, ausculta do feto (após 4º mês).
33	São realizadas atividades educativas durante o pré-natal abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério.	O padrão refere-se à realização de atividades educativas mensais, vinculadas às consultas, com a população de gestantes em atenção pré-natal, de maneira regular e programada, abordando temas relativos à gravidez, parto, período puerperal e cuidados com o RN.
34	A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área.	O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.
35	A ESF possui registro atualizado dos diabéticos da área.	O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de diabéticos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.
36	A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas.	O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.
37	A ESF monitora a frequência dos diabéticos às atividades agendadas.	O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos diabéticos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.
38	Os hipertensos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os hipertensos em acompanhamento.
39	80% dos diabéticos em acompanhamento são atendidos em consulta individual, no mínimo, uma vez por trimestre.	O padrão refere-se à ESF ter preconizado e garantir, no mínimo, uma consulta individual por trimestre para os diabéticos em acompanhamento.
40	80% ou mais das gestantes com início precoce do pré-natal.	O indicador-padrão refere-se à ESF monitorar e desenvolver ações de captação precoce de gestantes (até o primeiro trimestre da gravidez, ou seja, 90 dias) para início da atenção ao pré-natal. O levantamento pode ser realizado pela ficha B- GES do SIAB. Calcular o percentual, considerando para avaliação os últimos 12 meses e verificar se atende aos parâmetros estabelecidos para o padrão.
41	80% ou mais de gestantes de baixo risco com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas.	O indicador-padrão refere-se ao monitoramento do percentual de gestantes que realizaram no mínimo sete consultas ou mais de pré-natal de baixo risco durante a gestação, considerando-se os últimos 12 meses. Verificar se este percentual atende aos parâmetros estabelecidos pelo padrão de qualidade.
42	A ESF desenvolve ações mensais de planejamento familiar.	O padrão refere-se à realização de ações de educativas mensais de planejamento familiar, individuais e ou coletivas, com orientação quanto ao uso com oferta dos métodos contraceptivos básicos: camisinhas, contraceptivos orais e injetáveis, conforme indicação.
43	A ESF desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de prevenção do câncer de colo uterino e controle do câncer de mama.	O padrão refere-se à programação e realização de ações coletivas e individuais de prevenção/controle do câncer de colo uterino e de mama, no mínimo a cada dois meses, envolvendo desde as ações de orientação e auto-exame até a sensibilização e realização da citologia de colo uterino buscando alcançar índices de cobertura na população feminina superiores a 90%.
44	A ESF faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positivas.	O padrão refere-se ao monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para análise, realizando busca ativa das usuárias com exame positivo, encaminhando ou realizando a intervenção indicada.
45	Os profissionais realizam o tratamento das	O padrão refere-se à abordagem do/a parceiro/a estar padronizada e ser realizada em todas

<p>DST prevalentes abordando sempre o(a) parceiro(a).</p> <p>46 80% de puérperas com consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.</p> <p>47 É realizado diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação.</p> <p>48 A ESF possui registro atualizado dos portadores de transtornos mentais.</p> <p>49 A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco.</p> <p>50 A atenção à população de diabéticos é realizada a partir da classificação do risco.</p> <p>51 A medida do IMC de todos os hipertensos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.</p> <p>52 A medida do IMC de todos os diabéticos em acompanhamento pela ESF é realizada trimestralmente.</p> <p>53 O exame dos pés nos diabéticos em acompanhamento é realizado em todas as consultas.</p> <p>54 A ESF analisa semestralmente a população de hipertensos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.</p> <p>55 A ESF analisa semestralmente a população de diabéticos em acompanhamento considerando a prevalência estimada.</p> <p>56 80% das gestantes assistidas pelo pré-natal estão em acompanhamento pela SB.</p> <p>57 O exame clínico de mama é uma rotina estabelecida no serviço.</p> <p>58 A ESF desenvolve ações de sensibilização junto à população masculina para detecção precoce do câncer de próstata.</p> <p>59 A ESF mantém acompanhamento dos portadores de transtornos mentais atendidos pela referência.</p> <p>60 A ESB desenvolve ações preventivas voltadas para usuários com necessidades especiais.</p> <p>61 A ESF mantém acompanhamento do tratamento pela referência dos usuários de álcool e outras drogas.</p> <p>62 Os adultos do sexo masculino são acompanhados pela ESF.</p> <p>63 A população de mulheres e homens adultos está em acompanhamento sistemático pela SB.</p> <p>64 Houve redução do nº absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral.</p> <p>65 Houve redução do nº absoluto de internações por Infarto Agudo do Miocárdio.</p>	<p>as situações de abordagem terapêutica das DST pelos profissionais de nível superior da ESF.</p> <p>O padrão-indicador refere-se à continuidade das ações de cuidado no período puerperal, considerando para avaliação, os últimos 12 meses. A resposta deve ser afirmativa quando, no mínimo, uma consulta (médica e/ou de enfermagem) for realizada até 42 dias após o parto. O padrão refere-se aos profissionais de nível superior da ESF estarem sensibilizados para solicitar rotineiramente exames para detecção da sífilis durante o pré-natal, realizando o tratamento preconizado nos casos indicados.</p> <p>O padrão refere-se à equipe possuir, documentado em papel, o registro dos portadores de transtornos mentais, discriminando tipo de transtorno, idade, sexo, endereço, situação familiar, grau de autonomia e se está em acompanhamento pela referência. O planejamento da atenção aos hipertensos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de hipertensão, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).</p> <p>O planejamento da atenção aos diabéticos é realizada utilizando-se classificação segundo o tipo de diabetes, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).</p> <p>O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador.</p> <p>O padrão refere-se à medição trimestral do IMC de todos os diabéticos acompanhados pela ESF, registrando em ficha individual.</p> <p>O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame dos pés nos diabéticos acompanhados em todas as consultas</p> <p>O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de hipertensos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de hipertensão para o território. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica para o Brasil está em torno de 15 a 20%.</p> <p>O padrão refere-se à ESF comparar, semestralmente, se a população de diabéticos diagnosticados e em acompanhamento é compatível com o número esperado de acordo com os cálculos da prevalência estimada de diabetes para o território. A prevalência do Diabetes Mellitus para o Brasil está em torno de 6 a 11%.</p> <p>Considerar para avaliação do indicador-padrão, o percentual de gestantes de baixo risco acompanhadas pela equipe que receberam no mínimo uma avaliação odontológica por trimestre de gestação, nos últimos 12 meses. A Atenção Odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção.</p> <p>O padrão refere-se ao exame clínico de mama ser realizado, no mínimo uma vez ao ano, sistematicamente em todas as consultas de mulheres na faixa de 40 a 69 anos como uma rotina do serviço. Desconsiderar os casos de recusas por parte das usuárias, relacionadas a fatores culturais.</p> <p>O padrão refere-se à ESF orientar e sensibilizar a população de homens entre 40 e 65 anos quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata.</p> <p>O padrão refere-se à ESF conhecer os portadores de transtornos mentais do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a equipe de Saúde Mental de referência.</p> <p>O padrão refere-se à ESB desenvolver ações com finalidade preventiva dirigidas aos portadores de necessidades especiais, como: a sensibilização e capacitação dos cuidadores para a higiene oral, entre outras.</p> <p>O padrão refere-se à ESF conhecer os usuários de drogas do seu território que estão sendo atendidos pela referência, mantendo acompanhamento por meio de VD ou consultas na USF, de maneira integrada com a Saúde Mental.</p> <p>O padrão refere-se à ESF possuir registro da população entre 20 e 59 anos e acompanhá-la por meio de consultas médica e de enfermagem, quanto às condições gerais de saúde e prevenção de agravos. Para resposta afirmativa, considerar 50% da população de homens nesta faixa etária.</p> <p>O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população nesse ciclo de vida. Considerar para resposta correta 60% da população considerada nos últimos 12 meses.</p> <p>O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por AVC nos últimos 24 meses, para a população adscrita entre 40 e 69 anos, acompanhada. É um dos temas abordados pelo do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.</p> <p>O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por infarto agudo do miocárdio nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada.</p>
---	--

66	Houve redução do nº absoluto de internações por complicações decorrentes do Diabetes Mellitus.	O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por cetoacidose e coma diabético nos últimos 24 meses, para a população adscrita, acompanhada. É um dos indicadores do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.
67	Houve redução ou ausência de internações psiquiátricas de pacientes com transtornos mentais.	O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações psiquiátricas dos portadores de transtornos mentais do território nos últimos 24 meses.
68	A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência.	O padrão refere-se à ESF desenvolver ativamente projetos e ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto ou com a assessoria da equipe de Saúde Mental de referência.
69	A ESF possui registro atualizado dos idosos da área.	O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de idosos (SIAB: acima de 60 anos), discriminados por sexo, da área adscrita à ESF, atualizado mensalmente. O ideal é que existam também referências quanto às situações clínicas: presença de doenças, acamados, etc. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade. Responder de maneira afirmativa quando a atualização é permanente, incluindo atualização do sistema de informação.
70	80% ou mais dos idosos da área estão com a vacinação em dia.	O padrão refere-se à ESF monitorar a cobertura vacinal dos idosos. Comparar a cobertura alcançada com o valor estabelecido para o padrão de qualidade.
71	O exame da cavidade oral nos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	O padrão refere-se às ESF e ESB terem como rotina preconizada e realizarem de maneira sistemática o exame da cavidade oral dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas realizadas por profissionais de nível superior.
72	Os idosos estão em acompanhamento sistemático pela SB.	O padrão refere-se à ESB desenvolver ações de acompanhamento da população de idosos e monitorar a cobertura das consultas nesta faixa etária. Considerar, para resposta afirmativa, cobertura de 60% da população considerada, nos últimos 12 meses.
73	O exame da superfície corporal dos idosos é uma rotina estabelecida no serviço.	O padrão refere-se à ESF ter como rotina preconizada e realizar de maneira sistemática o exame da superfície corporal dos idosos em acompanhamento, com a finalidade de identificação de lesão cancerosa, em todas as consultas médicas e de enfermagem.
74	A ESF desenvolve intervenções junto às famílias dos idosos, capacitando cuidadores domiciliares.	O padrão refere-se à ESF realizar intervenções junto às famílias dos idosos em casos indicados, identificando e capacitando pessoas para desenvolverem cuidados familiares apropriados.
75	São desenvolvidas intervenções apropriadas junto à população de idosos para detecção precoce de demências.	O padrão refere-se aos membros da ESF estarem sensibilizados para reconhecer as manifestações das principais demências incidentes sobre a população de idosos (Parkinson, Alzheimer, doenças micro-vasculares, etc).
76	A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de tuberculose.	O padrão refere-se à ESF monitorar a regularidade dos usuários em tratamento para tuberculose às consultas agendadas, realizando a busca ativa aos faltosos e empreendendo esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado.
77	A ESF monitora a regularidade do tratamento dos doentes de hanseníase.	O padrão refere-se à ESF monitorar a regularidade dos usuários em tratamento para hanseníase às consultas agendadas, realizando a busca ativa aos faltosos e empreendendo esforços para garantir a continuidade do tratamento iniciado.
78	A abordagem diagnóstica diferencial para dengue é realizada sempre que indicada.	O padrão refere-se ao médico da ESF conhecer os aspectos epidemiológicos e as manifestações fisiopatológicas da dengue, realizar o exame físico - especialmente a prova de resistência capilar (prova do laço), solicitar os exames laboratoriais adequados e interpretá-los, realizando o diagnóstico da doença.
79	O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de tuberculose	O padrão refere-se à ESF estar habilitada e realizar todas as ações descritas: diagnóstico, tratamento, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado da tuberculose.
80	O diagnóstico, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado é realizado para os casos de hanseníase.	O padrão refere-se à ESF estar habilitada e realizar todas as ações descritas: diagnóstico, tratamento, prescrição e acompanhamento do tratamento supervisionado da hanseníase.
81	O exame anti HIV é ofertado com aconselhamento para todas as gestantes acompanhadas.	O padrão refere-se à oferta do exame anti-HIV com aconselhamento estar padronizada para todas as gestantes em acompanhamento pré-natal. Considerar os últimos 12 meses para análise do padrão.
82	O exame para detecção de hepatites B e C é ofertado com aconselhamento para mulheres e homens acompanhados.	O padrão refere-se à oferta dos exames para detecção de hepatites B e C, com aconselhamento, para todos os adultos acompanhados, ser uma rotina estabelecida na ESF.
83	Os casos de dengue são encaminhados para internação hospitalar quando necessário.	O padrão refere-se à realização do acompanhamento (da evolução) da infecção por dengue, havendo reconhecimento dos sinais de perigo e das situações indicativas de tratamento em nível hospitalar, quando necessário.
84	São realizadas intervenções imediatas em casos de surtos por doenças infecto-contagiosas.	O padrão refere-se à ESF estar habilitada e desenvolver ações de vigilância epidemiológica, intervindo sobre os contatos e comunicantes para diagnóstico, tratamento e/ou ações de bloqueio e prevenção, nos casos de surtos de doenças contagiosas.
85	90% dos pacientes com tuberculose diagnosticados e tratados apresentam cura.	O padrão configura-se como padrão de resultado e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes de tuberculose diagnosticados, que realizaram o tratamento completo (sem interrupções), que apresentaram cura. Considerar para avaliação os últimos 24 meses.
86	90% dos pacientes com hanseníase diagnosticados e tratados apresentam cura.	O padrão configura-se como padrão de resultado e avalia o impacto das ações sobre a saúde da população. Verificar o percentual de pacientes com hanseníase diagnosticados, que realizaram o tratamento completo, que apresentam cura. Considerar o período de 24 meses.
87	Ausência de tétano neonatal na área.	O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e
87	Considerar para resposta afirmativa a	

	avaliação dos últimos 24 meses.	acompanhamento da população, especialmente o pré-natal.
88	Ausência de sífilis congênita na área. Considerar para resposta afirmativa a avaliação dos últimos 24 meses.	O padrão refere-se a um resultado finalístico sobre a saúde da população coberta pela ESF para o qual contribuíram todas as ações realizadas anteriormente de prevenção e tratamento, especialmente o pré-natal. O padrão refere-se ao médico da ESF conhecer os aspectos epidemiológicos e as manifestações fisiopatológicas da infecção por malária (febre alta em ciclos, calafrios, sudorese, mialgia e cefaléia), estando habilitado para colher a anamnese e realizar o exame físico, solicitar os exames laboratoriais adequadamente e interpretá-los, realizando o diagnóstico.
89	A abordagem diagnóstica diferencial para malária é realizada sempre que indicada.	O padrão refere-se ao médico da ESF realizar a prescrição dos medicamentos indicados e acompanhar a evolução da malária, sabendo reconhecer os sinais de perigo, as complicações e as situações indicativas de tratamento em nível hospitalar.
90	Os casos de malária são encaminhados para internação hospitalar quando necessário.	

Anexo 3

Instrumento PCATool - versão Profissionais

Obs: os itens com * resultam da adaptação realizada.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-Brasil versão Profissionais					
A – PRIMEIRO CONTATO – Acessibilidade					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
A1 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 – Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço poderia atendê-lo naquele dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço poderia atendê-lo naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para se-					

rem atendidos pelo médico ou pela enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

A8* - Os moradores de rua/pacientes sem documento(s) de identificação conseguem ser atendidos no seu serviço?

A9* - Os moradores de rua em condições inadequadas de higiene são atendidos no seu serviço?

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

B – LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Você acha que seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 – Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 – Você acha que dá aos pacientes tempo suficiente para discutirem seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 – Você acha que conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 – Você acha que entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

B9 – Você acha que conhece o histórico médico (clínico) completo de cada paci-ente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 – Você acha que sabe qual o tra-balho ou emprego formal ou informal de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 – Você sabe todos os medica-mentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13* - <i>Você conhece os motivos que levaram seus pacientes a viverem em situação de rua?</i>					
B14* - <i>Você sabe o local onde seus pacientes dormem mais frequentemente?</i>					

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

C – COORDENAÇÃO – Integração de Cuidados

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 – Você recebe do especialista ou serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7*. Quando o morador de rua é atendido inicialmente pelo SAMU você ou sua equipe recebem informações sobre a condução do caso?					

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

D – COORDENAÇÃO – Sistema de Informações

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou nota de alta hospitalar) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. Os prontuários médicos estão disponíveis quando você atende os pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D4*. Seu serviço desenvolve

projetos terapêuticos dos seus pacientes em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou outros mecanismos de apoio matricial ou tutorial (quando houver)?

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 – Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 – Verificação das famílias ou moradores de rua que podem participar de algum programa ou benefício da assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 – Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 – Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 – Aconselhamento e manejo para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 – Aconselhamento e solicitação	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

de teste anti-HIV e outras DST

E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 – Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

D – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E14 – Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 – Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 – Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E21 – Orientações sobre cuidados no

domicílio para alguém da família do paciente como curativos, troca de sondas, banho na cama – suprimido e adaptado no item E23* .	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

E22 – Inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

E23* - Você ou seu serviço formulam projetos terapêuticos para pacientes institucionalizados que incluam prescrições medicamentosas, orientações nutricionais, trocas de sondas, adaptações de órteses (cadeiras de rodas, muletas, bengalas, etc)?

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

**Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(F1 – F15).
Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas F14 - F15.**

Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel -mente, sim	Provavel -mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente – item suprimido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 – Segurança na rua ou instituição, como guardar medicamentos em segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F3 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?

F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro – item suprimido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. Suprimido e adaptado no item F14	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. Item suprimido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 – Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F14*-Possíveis exposições a riscos ambientais como intoxicações alimentares, doenças de transmissão hídrica ou problemas decorrentes de más condições de higiene.					
Perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.					
Entrevistador pergunte : Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?					
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-Brasil versão Profissionais					
G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR					

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
G1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 – Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4* Você ou alguém do seu serviço admite que pessoas sem relações de consangüinidade ou parentesco com os moradores de rua, mas que coabitam ou convivem intimamente com eles sejam considerados como tal na análise de problemas de saúde dessa população?					

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool-Brasil versão Profissionais**

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de					

saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde obtém opiniões de usuários que possam ajudar no fornecimento de melhores cuidados de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Pesquisas com os seus pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Pesquisas na sua comunidade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Gestor ou Conselho Local de Saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I – INTERSETORIALIDADE*

I1* - Você conhece o histórico de internações de seus pacientes em instituições (Abrigo Institucional, Hospital Psiquiátrico, FEBEM, Casa de Detenção, CRD químicos, orfanato/internato, Instituições de Longa Permanência de Idosos – ILPI)?

I2* - Você ou sua equipe conhecem a dinâmica de funcionamento de programas, ações ou serviços de instituições de outros setores (Bolsa Família, BPC, CRAS, CREAS, Conselhos Tutelares, Albergues e ILPI)?

I3* - Você ou sua equipe reúnem-se com representantes de outros setores (Secretaria de Assistência Social, Defesa Civil, Justiça, Educação, Conselhos Comunitários ou outros) para discutir os problemas sociais dos moradores de rua?

I4* - Ocorre articulação das ações do seu serviço com ações promovidas e desenvolvidas por Organizações Não Governamentais ou instituições de denominações religiosas?

I5* - Você ou seu serviço orienta cuidadores ou profissionais de instituições que albergam pessoas em situação de rua (albergues, ILPIs, casas de detenção, internatos/orfanatos, etc) sobre cuidados do paciente como curativos, banho na cama, administração de medicamentos e alimentos?

I6* - Você ou alguém do seu serviço participam de comitês ou comissões intersetoriais de estudo e discussão de problemas ou proposição de políticas públicas direcionadas à população em situação de rua?

NOTA: as questões com asterisco foram incluídas ou modificadas por interesse da pesquisa, a fim de serem válidas para a especificidade da população em situação de rua.

Anexo 4 – Quadro de Avaliação Externa

Pergunta de Avaliação	A construção de um projeto de ESF para PSR em Belo Horizonte é efetiva na produção de equidade no acesso dessa população às ações básicas de saúde?		
Objetivo da avaliação:	Verificar se as estratégias/ tecnologias desenvolvidas pela ESF para PSR de Belo Horizonte demonstram efetividade na produção de equidade no acesso às ações básicas de saúde para a população em situação de rua do município.		
Variável:	Políticas públicas		
Conceito	Por políticas públicas de promoção da saúde entende-se o conjunto de ações coordenadas por órgão da administração pública, no caso o setor saúde, que apontem para a busca de equidade em saúde por meio de arranjos institucionais e estratégias que assegurem o direito à saúde da PSR.		
Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador	Metodologia para coleta de dados.
Institucionalidade	Mecanismos utilizados na formalização da ESF para PSR junto à Secretaria Municipal de Saúde de BH	Qualitativo	Análise documental.
Sustentabilidade	Disponibilidade financeira para reforma e adequação de instalações físicas.	Quantitativo	Análise documental.
	Mecanismos institucionais utilizados para justificar os recursos financeiros destinados à ESF para PSF.	Qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Previsão orçamentária para o funcionamento da ESF para PSR e sua equipe de apoio.	Quantitativo	Análise documental.
	Disponibilidade financeira e técnica de mecanismos de formação adequada para os profissionais envolvidos na experiência.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Mecanismos de apoio político à experiência, externos ao setor saúde.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
Variável:	Acesso		
Conceito	Por acesso entende-se a disponibilidade dos mecanismos de acolhimento, atendimento, encaminhamento, acompanhamento e envolvimento dos usuários da experiência, levando-se em conta as demandas de saúde detectadas pela ESF para a população alvo.		
Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador	Metodologia para coleta de dados.
Cobertura	Dados demográficos da PSR anteriores à criação da ESF para PSR e no decorrer de suas atividades.	Quantitativo	Análise documental.
	Ampliação do atendimento à PSR, comparando dados anteriores à criação da ESF para PSR e no decorrer de suas atividades.	Quantitativo	Análise documental.
	Diagnóstico e levantamento de demandas em saúde da PSR e os procedimentos adotados.	Qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.

	Adesão a tratamentos oferecidos	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
Integralidade do cuidado	Fluxo de atendimento, especialidades médicas, acompanhamento e adesão a tratamento.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Frequência e participação em reuniões de equipe para discussão e análise de casos.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental.
	Fluxo de encaminhamento e acompanhamento do usuário na rede de saúde do município.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Composição e formas de integração da equipe de apoio com a ESF.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Percepção por parte da PSR dos resultados em saúde do trabalho realizado pela ESF e pela equipe de apoio.	Quantitativo e qualitativo	Grupo focal.
Variável:	Intersetorialidade		
Conceito:	Ações planejadas e executadas por mais de um setor, seja da administração pública ou não, respondendo às necessidades sanitárias da PSR por meio da concertação entre as potencialidades específicas de cada ator/setor envolvido		
Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador	Metodologia para coleta de dados.
Entre setor saúde e outro setor da administração pública.	Frequência e tipificação de ações conjuntas com outros setores da administração pública.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Frequência de encaminhamentos de usuários para equipamentos públicos de acolhimento e abrigamento.	Quantitativa	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
Entre setor saúde e organizações da sociedade civil	Frequência e tipificação de ações conjuntas com setores da sociedade civil	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
	Frequência de encaminhamentos de usuários para atividades de formação e geração de renda.	Quantitativa	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.
Variável:	Autonomia		
Conceito:	Autonomia corresponde à capacidade de tomar decisões na definição e implementação de intervenções sobre determinantes de saúde como estratégias para alcançar melhores condições de vida e níveis de saúde.		
Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador	Metodologia para coleta de dados.
Auto cuidado	Participação em atividades de educação para a saúde.	Quantitativo	Análise documental.

	Percepção por parte dos usuários da relação entre comportamentos saudáveis e saúde.	Qualitativo	Grupo focal. Aplicação de questionários.
	Percepção por parte dos usuários do seu estado de saúde em função das atividades desenvolvidas pela ESF para PSR.	Qualitativo	Grupo focal. Aplicação de questionários.
	Percepção por parte de membros da ESF de mudanças de comportamento em relação ao auto cuidado dos usuários.	Qualitativo	Grupo focal. Aplicação de questionários.
Participação popular deliberativa	Freqüência da participação dos usuários nos espaços políticos de organização e deliberação da PSR.	Quantitativo	Análise documental.
	Freqüência e tipificação das intervenções públicas relacionadas com deliberações tomadas pelos usuários nos espaços políticos de atuação da PSR.	Quantitativo e qualitativo	Análise documental. Entrevista semi-estruturada.

Anexo 5 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG”.

Você foi selecionado (a) por ser profissional de saúde e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são subsidiar o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na proposição e monitoramento da indução de políticas e programas direcionados à gestão do cuidado de populações em situação de rua e analisar o caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua - eSF PSR- de Belo Horizonte como estratégia de cuidado à saúde da população em situação de rua.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar do (a): 1. roteiro de entrevista para técnicos e dirigentes, desenvolvido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Assistência Social de Belo Horizonte; auto-aplicação da Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), desenvolvida pelo Ministério da Saúde e; entrevista do Primary Care Assessment Tool (PCATool), ferramenta desenvolvida pela Prof. Barbra Starfield, para avaliação dos atributos e princípios da Atenção Primária à Saúde.

Os riscos relacionados com sua participação são a possível identificação do seu nome e da sua categoria profissional por meio de checagem do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (www.cnes.datasus.gov.br). Sobre o fato, esclareço que seu nome não será citado diretamente na pesquisa, sendo mencionado genericamente como “médico (a) da equipe”, ou “enfermeiro (a) da equipe”, mas poderá ser identificado neste Sistema de Informação (que já é de acesso público), uma vez que a pesquisa ocorre apenas em Belo Horizonte e só há uma equipe de Saúde da Família para população em situação de rua no município no momento.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a visibilidade da sua experiência clínica e gerencial em nível nacional e internacional, o recebimento de certificado de participação em pesquisa em que colaborou com o Ministério da Saúde para a indução e avaliação de políticas de saúde e a possibilidade de Educação

Permanente propiciada pela ida do pesquisador ao Centro de Saúde Carlos Chagas e nos momentos de divulgação do resultado da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ao final da pesquisa receberá também um convite para a Defesa da Dissertação do pesquisador a ser realizada em Brasília/DF, bem como o arquivo digital do trabalho final em que colaborou, a serem enviados para o e-mail indicado.

Antonio Garcia Reis Junior

(pesquisador principal)

Endereço: XXXXX

Telefone Pessoal: (61) XXXX-XXXX

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

Nome:

e-mail:

Anexo 6 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG”.

Você foi selecionado (a) por ser profissional de saúde e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são subsidiar o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na proposição e monitoramento da indução de políticas e programas direcionados à gestão do cuidado de populações em situação de rua e analisar o caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua - eSF PSR- de Belo Horizonte como estratégia de cuidado à saúde da população em situação de rua.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar do grupo focal a ser dirigido pelo pesquisador e por eventual assistente/moderador. Suas opiniões não serão identificadas, já que a identificação será de maneira genérica como “ACS A”, ou por algum codinome que impeça a associação do seu nome à sua declaração.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a visibilidade da sua experiência clínica e gerencial em nível nacional e internacional, o recebimento de certificado de participação em pesquisa em que colaborou com o Ministério da Saúde para a indução e avaliação de políticas de saúde e a possibilidade de Educação Permanente propiciada pela ida do pesquisador ao Centro de Saúde Carlos Chagas e nos momentos de divulgação do resultado da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ao final da pesquisa receberá também um convite para a Defesa da Dissertação do pesquisador a ser realizada em Brasília/DF, bem como o arquivo digital do trabalho final em que colaborou, a serem enviados para o e-mail indicado.

Antonio Garcia Reis Junior

(pesquisador principal)

Endereço: XXXXXX

Telefone Pessoal: (61) XXXX-XXXX

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

Nome:

e-mail: