

A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida

The dimension of care by the 'Street Clinic' team: challenges of the clinic in defense of life

Elyne Montenegro Engstrom¹, Alda Lacerda², Pilar Belmonte², Mirna Barros Teixeira¹

DOI: 10.1590/0103-110420195704

RESUMO O estudo objetivou analisar a produção de cuidados primários à saúde à população em situação de rua, prestados por equipes de Consultório na Rua (eCR) no contexto de uma metrópole brasileira, identificando potencialidades e dificuldades. Estudo de caso, de abordagem qualitativa, considerando o universo das sete equipes no ano 2016/2017, com observação direta do trabalho e realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de várias categorias (n=34), com análise temática de conteúdo. Observou-se que as eCR atuavam com escopo ampliado e integral de ações, cuidados clínicos e interseccionais, nos espaços das ruas e nos serviços, em trabalho de equipe integrado. Organizavam-se com flexibilidade, baixa exigência, busca ativa nos territórios, de forma itinerante, no tempo oportuno, imediato, construção de planos terapêuticos compartilhados, que promoviam autonomia, baseados na redução de danos. Dificuldades eram inerentes às vulnerabilidades e complexidades dos casos, à fragmentação da rede de atenção, à qualidade dos instrumentos para registro em saúde e à carência de recursos estruturais (transporte, insumos para ações de promoção da saúde). Concluiu-se que o cuidado se sustentava na dimensão ético-política, usuário-centrado, na solidariedade e na defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado integral de saúde. Atenção Primária à Saúde. População em situação de rua. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT *The study aimed to analyze the production of Primary Health Care to people living in the streets, provided by Street Office (eCR) teams in the context of a Brazilian metropolis, identifying potentialities and difficulties. This is a qualitative case study considering the universe of the seven teams in the 2016-2017 period, with direct observation of the work and conducting semi-structured interviews with professionals from various categories (n=34), with thematic content analysis. We observed that the eCR operated with an enlarged and comprehensive scope of actions, clinical and intersectoral care, in street spaces and services, through integrated teamwork. They were organized with flexibility, low demand, active search in the territories, in an itinerant way, timely, and immediately, with the construction of shared therapeutic plans, which promoted autonomy, based on harm reduction. Difficulties were inherent to the vulnerabilities and complexities of the cases, the fragmentation of the health care network, the quality of the instruments for health registration and the lack of structural resources (transportation and inputs for health promotion actions). We concluded that care was sustained in the ethical-political, user-centered dimension, in solidarity and in the defense of life.*

KEYWORDS *Comprehensive health care. Primary Health Care. Homeless person. Health vulnerability.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
elyneengstrom@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

O crescimento da População em Situação de Rua (PSR) é uma realidade em todo o território nacional, com estimativa de mais de 100 mil pessoas vivendo nas ruas no ano de 2015, principalmente nas grandes cidades, como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte¹. A PSR é um grupo heterogêneo formado por desempregados, egressos do sistema penitenciário, imigrantes, entre outros, que tem em comum a pobreza, as precárias condições de vida, a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e outros direitos de cidadania². Viver na rua é uma condição de extrema vulnerabilidade que precisa ser compreendida em sua dimensão multifatorial e como fruto das políticas neoliberais que acentuam as profundas desigualdades sociais, o desemprego, a precarização do trabalho, a pobreza, entre outras situações de iniquidades. Não pode ser atribuído, portanto, a uma simples escolha dos indivíduos, muitas vezes culpabilizados e estigmatizados por grande parte da sociedade por se encontrarem nessa situação³.

A vulnerabilidade estrutural da PSR nos remete à pobreza, que inclui a privação de liberdade pessoal e da capacidade de fazer escolhas⁴. Ter opções de escolha é, muitas vezes, uma tarefa difícil diante da falta de perspectiva na vida, do pessimismo, do sofrimento e das adversidades do cotidiano.

A PSR é percebida como marginalizada, invisível ou de visibilidade negativa para a sociedade⁵. Tal invisibilidade é elemento importante da vulnerabilidade, para a qual urge a formulação e a implementação de políticas públicas que promovam equidade, proteção social e atenção para garantia à vida e à saúde. Excluída dos censos demográficos nacionais e de outros registros de informação de saúde de base domiciliar, salvo esparsas iniciativas municipais, as informações sobre magnitude e condições de saúde da PSR são escassas, fragmentadas, desatualizadas e dificultam a tomada de decisão, o monitoramento e a avaliação de intervenções efetivas. Trata-se

de população com elevada morbimortalidade, comorbidades dos mais variados agravos, como tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, problemas de saúde mental, uso prejudicial de álcool e drogas, entre outros, condições acrescidas do estigma e da violência do viver nas ruas^{2,6}.

Desenvolver políticas públicas que minimizem tais iniquidades é um grande desafio para o País, em particular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para que promovam o cuidado integral à PSR, tendo como principal porta de entrada a atenção básica, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), de forma a respeitar as especificidades dessa população. Pode-se afirmar que houve, no Brasil, especialmente entre os anos 2008/2009 e 2015, avanços na formulação e implementação de políticas e ações, de diversos setores, que atuaram de forma sinérgica para a proteção à PSR. Diretrizes presentes, por exemplo, na Política Nacional para População em Situação de Rua⁶, que reafirmaram os princípios de equidade, humanização, universalidade, direito à convivência social e o respeito à dignidade e à cidadania; e no âmbito do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷, com a criação e a indução financeira de uma modalidade específica de equipe de atenção primária, denominada de equipe de Consultório na Rua (eCR), e a Política de Promoção da Equidade em Saúde⁸, que incluiu a PSR como um dos grupos vulneráveis e reiterou a importância da atuação dessas modalidades de equipes.

As normativas federais⁷⁻⁹ explicitam que a eCR tem o objetivo de ampliar o acesso da PSR aos serviços públicos e assegurar as ações de cuidado integral à saúde, com propostas de três modalidades de equipe multiprofissional, com variação quanto à incorporação de categorias profissionais – médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, técnico de enfermagem e agentes de ação social – que se articulam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a RAS e Raps e outros equipamentos sociais do território. Várias eCR, de diferentes modalidades,

foram criadas no Brasil a partir de 2011, em sintonia ao crescimento e ao reforço do modelo centrado na ESF, movimento este que sofreu inflexões e tensões após revisão da referida política em 2017¹⁰. Totalizavam, no Brasil, no ano de 2019, 155 equipes credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹¹, com a perspectiva de desenvolverem ações de promoção da saúde, de prevenção e assistência, além da urgência e emergência, ofertadas tanto nos espaços públicos quanto em unidades básicas de saúde.

Pode-se supor o quão complexo é o cuidado integral às pessoas em extrema vulnerabilidade, como a PSR, sendo fundamental que as práticas de saúde incluam tanto a dimensão técnica do cuidado, as habilidades clínicas e gerenciais, as dimensões atitudinais, como o acolhimento, a escuta atenta, o respeito pelas histórias de vida, de modo a fortalecer a autonomia e aliviar ou minimizar o sofrimento^{12,13}. A complexidade do trabalho das eCR sugere a adoção de modelos centrados em uma visão ampliada de cuidado, considerando as singularidades das pessoas, suas necessidades e contextos de vida, o que implicaria a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) compartilhados e flexíveis⁹.

Decorridos oito anos da normatização das eCR no Brasil, algumas experiências locais sobre o trabalho cotidiano das equipes têm sido, paulatinamente, objeto de estudos em nossa realidade^{5,14-17}, ou em comparação com outros países¹⁸. Justificam-se análises mais aprofundadas dessas práticas, como a proposta no presente estudo, cujo objetivo foi analisar a produção do cuidado à PSR pelas eCR em uma grande metrópole brasileira, identificando suas estratégias, potencialidades e dificuldades. Para tal, selecionou-se como cenário do estudo, o Município do Rio de Janeiro (MRJ), que, em 2016, tinha a estimativa de 14.279 pessoas vivendo em situação de rua¹⁹. Cabe destacar que, desde 2009, o município iniciou um movimento de mudança em seu modelo de gestão da saúde e de atenção, ampliando a cobertura da ESF de 5% para 60%

entre 2009 e 2016. Houve ainda investimentos financeiros e estruturais, construção de novas unidades de saúde e ampliação do escopo de serviços ofertados²⁰. Nesse contexto, sete eCR foram implementadas em diversos territórios da cidade, cujas práticas foram analisadas no presente artigo, considerando a perspectiva dos profissionais.

Metodologia

Estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujo desenho foi um estudo de caso²¹ considerando o universo das sete eCR existentes no MRJ no período da coleta de dados (2016/2017). As equipes estavam distribuídas em diferentes áreas, sendo duas na região do Centro da cidade, três delas em região da Zona Norte, mas próximas de linhas férreas, áreas de baixíssimo Índice de Desenvolvimento Humano, de extrema violência, conflagradas pelo tráfico de drogas, e duas na região da Zona Oeste e distante da cidade, em áreas pauperizadas, sendo que uma delas funcionava no mesmo espaço físico de um equipamento para abrigamento da assistência social do município.

Embora com processos de trabalho variando segundo às diferentes necessidades de saúde e vulnerabilidades dos territórios, todas as eCR estavam completas, eram da modalidade III, sendo que três equipes tinham dentista e técnico de saúde bucal. Algumas equipes dispunham de carro para transporte de profissionais e usuários e estavam vinculadas a uma ou mais Clínicas de Família, dependendo do tamanho do território coberto pela equipe, muitas vezes maior que a área de abrangência da unidade básica.

Utilizaram-se diferentes técnicas de coletas de dados para captar a diversidade do processo de trabalho das eCR e as ações de cuidado desenvolvidas, como a observação direta do cotidiano do trabalho das equipes, a análise de registros do cadastro das equipes e a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado.

Para a entrevista, foram incluídos 34 profissionais (do universo de 69 profissionais), de modo a garantir a participação de, ao menos, dois profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, dentista) e um de nível médio (agente social ou técnico de enfermagem) de cada uma das sete equipes, por adesão voluntária, disponibilidade ou para contemplar diferentes categorias. Um grupo de dois pesquisadores e dois supervisores alternou-se na participação das atividades das eCR, permanecendo cerca de 1 mês em cada uma, presenciou reuniões, atendimentos clínicos individuais, grupos, ações nas ruas e outras ações externas nos territórios, com registros em diários de campo e áudios.

As entrevistas dos profissionais foram realizadas nos serviços de saúde em horário e local reservado e adequado, foram gravadas e transcritas na íntegra. Realizou-se a sistematização das análises no programa Atlas.Ti, e o material empírico foi trabalhado a partir da análise de conteúdo temática²². Dessa forma, as categorias emergiram do trabalho real na produção de cuidado, considerando as estratégias, potencialidades e dificuldades de atuação das eCR. Para garantia da confidencialidade e sigilo das informações dos participantes, não se fez menção à equipe ou categoria profissional. O estudo atendeu aos preceitos éticos das pesquisas em seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2015, sob parecer CAAE nº 45742215.6.0000.5240.

Resultados e discussão

Muitas convergências nas práticas relacionadas com a produção do cuidado pelas eCR foram apreendidas nas observações de campo e nas entrevistas com os profissionais – ações das mais diversas conformações no campo da promoção da saúde, prevenção e manejo de agravos clínicos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), embora ainda com dificuldades

de integração com outros equipamentos da rede de saúde. Também foram identificadas ações no campo da intersetorialidade, de apoio social (Bolsa Família, cartão de transporte urbano, Benefício de Prestação Continuada, aproximação com famílias) e cidadania – realizadas tanto nos espaços internos das Clínicas da Família ou diretamente nas abordagens nas ruas. Especificidades na organização do processo de trabalho davam-se em função de características dos territórios e dos usuários que neles habitavam, com estratégias para permitir acesso, resolutividade da atenção, e mesmo a segurança de profissionais e usuários. Do total de sete equipes, cinco atuavam em locais de extrema violência e pobreza; e quatro delas, em territórios marcados pela presença ostensiva do tráfico de drogas, onde concentrava-se uma parcela importante de usuários de drogas, como o crack.

As equipes mantinham uma regularidade de visitas no território, essencial para aproximação e acolhimento aos usuários, citados como ‘encontros e espaços de escuta’, imperativos para construção de vínculos terapêuticos.

Toda terça estamos perto do cajueiro, todo mundo já sabe... essa rotina nas ruas ajuda na organização da demanda, as pessoas acabam sabendo que a gente vai estar lá e elas contam com isso [...] daí alguns procedimentos são possíveis nas ruas... outros, entendemos que a pessoa vai ser melhor atendida na clínica.

Outra potencialidade convergente identificada foi a articulação entre a gestão compartilhada do processo de trabalho e a produção do cuidado integral, tal como apontado em outros estudos, como de Vargas e Macerata¹⁶, em que a lógica do trabalho integrado em equipe é essencial. Segundo Peduzzi²³, o ‘trabalho em equipe’ emerge em um contexto formado por três vertentes, relacionadas com a integração das ações, com a abordagem relativa ao modelo biopsicossocial de saúde-doença, em contraposição ao modelo biomédico, e às mudanças nos processos de trabalho para

ampliar as intervenções; com organização e planejamento conjuntos. A tipologia descrita pela autora como equipe integração, e não agrupamento, foi ainda percebida no trabalho das eCR pela valoração do trabalho de todos as categorias profissionais, pela comunicação e construção coletiva de projetos assistenciais coletivos e/ou individuais, nas ruas ou nos serviços, pactuadas em reuniões regulares das atividades (diariamente, pela manhã, para discutir as prioridades do dia; além da reunião de um turno semanal, mais aprofundada). Tais práticas são importantes para superar a divisão social e técnica do trabalho²³.

Há atividades de grupo e atendimentos individuais, médico, de enfermagem, psicologia, com a assistente social, consultas odontológicas e, às vezes, os usuários querem ser atendidos pelos agentes sociais. O atendimento odontológico, presente em algumas das equipes, é bastante utilizado pelo usuário, não apenas nas emergências, na dor, mas em ações que melhoram a autoestima... e o sorriso.

A abordagem nas ruas – não necessariamente nos primeiros encontros – ou nos serviços possibilitava a realização de cadastros temporários ou definitivos dos usuários, com características distintas para cada equipe, como o critério para quem seria considerado ‘usuário acompanhado pela equipe’, evidenciado nas falas: “*um usuário acompanhado de fato por nosso serviço é o usuário que é visto ou visitado ou abordado nos últimos 3 meses*” ou outra equipe que “*só considera o usuário acompanhado aquele por qual existe uma proposta de cuidado*”.

Apesar do registro eletrônico estar acessível em todas as unidades básicas desde 2010, as equipes apontavam para a inadequação do instrumento de cadastro e das fichas de acompanhamento longitudinal específicas para a PSR, que gerava descontinuidade e das informações.

Quando começou [2013/2014], a ficha de cadastro era ridícula – perguntas fora da realidade

do usuário em situação de rua... hoje [2016] evoluíram para um formato melhor [...] perguntas pontuais, né? – Onde dorme, que horas que eu o encontro se tiver que pegar medicação. Se é naquele local mesmo que eu vou encontrá-lo. Se ele, quando não tá ali por qualquer motivo, aonde vai estar?

Para superar tal dificuldade, adotavam os registros manuais (diários) ou em planilhas, as trocas e contatos informais com outras eCR e serviços, “*porque o paciente é itinerante, só que os prontuários não são itinerantes*”, procurando a integração possível para ampliar o cuidado. Cabe destacar que, na ESF/APS da cidade, havia diversos prontuários eletrônicos em funcionamento, e algumas áreas estavam em processo de migração para o sistema nacional (e-SUS), ocasionando perdas de informações clínicas. Pelos diversos motivos citados, havia dificuldade de geração de informações, não permitindo conhecer indicadores epidemiológicos e aqueles resultantes de efeitos do cuidado prestado pelas eCR, informações essenciais para a tomada de decisão gerencial – um certo vazio informacional que contribui para a invisibilidade desse grupo. Corroborando esse achado, estudo de observação participante em eCR realizado por Hallais e Barros⁹ evidenciou que a PSR, historicamente visibilizada como marginal, dificilmente consegue acessar os serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio SUS.

Com as informações do cadastro dos usuários, observou-se que a maioria era adultos jovens, embora houvesse idosos e poucas crianças; em sua maioria, eram homens, mas destaca-se a preocupação das eCR com as mulheres – mais vulneráveis ainda pela violência de gênero, estupros, gravidez indesejada, perda da guarda de seus filhos nascidos na rua. Os profissionais, de certa forma, reconheciam (e se organizavam tecnicamente) para atuar com o manejo das condições agudas, em geral, infecciosas ou traumas, dada a ameaça iminente à vida, utilizando para isso diversas estratégias de diagnóstico rápido, na lógica *point-of-care*,

como testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatites, teste de gravidez e exame de escarro para tuberculose e, conseqüentemente, cuidados imediatos, com medicamentos para dor, antibióticos, psicotrópicos, curativos e outros insumos. As eCR atuavam nos primeiros cuidados às urgências/emergências, nas agudizações de condições crônicas, naquelas relacionadas com a violência, traumas, ou mesmo nas de natureza psiquiátrica, situações que exigiam mobilização intensa da equipe e da integração com a rede. Tais práticas demonstram, ante a extrema complexidade, a necessidade de respostas rápidas e oportunas. Como descrito na literatura, a tuberculose pulmonar é agravo expressivo na PSR, cerca de 60 vezes maior na PSR em comparação com o restante da população; assim como são importantes outras condições crônicas, como hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%)^{9,24}.

Viver nas ruas não é, necessariamente, um processo temporário ou curto, alguns vivem nelas muitos anos, lá envelhecem, adoecem (e, às vezes, morrem) por condições infecciosas, crônicas e/ou por causas externas, violência, pela falta de comida, pelo desalento e desânimo na luta pela sobrevivência. Estar preparados para lidar com os processos de adoecimento e sofrimento da PSR, agravados pela situação de vulnerabilidade e pobreza extrema, não é trabalho simples. Por outro lado, também era complexo o cuidado dos usuários com condições crônicas, por dificuldades no diagnóstico e tratamento e por estes agravos demandarem acompanhamento contínuo, longitudinal, com dificuldades de estratégias para mantê-los acompanhados devido à grande mobilidade geográfica, conforme destacado pelos relatos dos profissionais: “a gente perde muito eles [...]. Tem o primeiro contato e depois a gente perde” ou “a PSR não pode ficar no território, vão para outro lugar”.

Pode-se imaginar quão desafiador é o cuidado de pessoas com HIV/Aids, hipertensão, diabetes, amputados, pacientes que recebem alta hospitalar, gestantes que necessitam acompanhamento pré-natal e

puerpério, doentes de tuberculose, muitas vezes resistentes, ou outras condições que exigem cuidado longitudinal de maior densidade tecnológica, realizados nos espaços públicos das ruas ou abrigos. Para a população domiciliada e coberta pela ESF, o cuidado às condições crônicas é dilema antigo desde o final dos anos 1980²⁶. De forma mais radical do que pensado para a ESF, lidar com as inúmeras cargas de doença é desafio ampliado para as eCR, exigindo uma oferta mais ampliada de serviços/ações e apoio de uma rede de saúde e intersetorial. A possibilidade de utilizar a ‘carteira ampliada de serviços de saúde’ disponíveis para todos os indivíduos cadastrados nas Clínicas de Família era potencialidade para a assistência prestada e reforçava a dimensão da integralidade do cuidado. Após a criação dessa modalidade específica de equipe para PSR, houve publicação de normativas do Ministério da Saúde^{2,8,9} e mesmo da própria secretaria municipal de saúde²⁵ que apontam diretrizes para atuação das eCR, considerando este escopo ampliado de práticas, ressaltando a perspectiva da redução de danos. A adoção dessa perspectiva se fazia presente não apenas para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas como crack, mas também era referencial que permeava outras práticas em um modelo de cuidado de baixa exigência.

A abordagem da redução de danos é transversal, presente em várias das atividades inerentes ao cuidado físico e a saúde mental, aos projetos terapêuticos... mas não temos muitos dos insumos ‘clássicos’ da redução de danos – como protetores labiais, soro para as narinas que protegem das rachaduras da boca pelo uso do crack; temos preservativos. [grifo nosso].

Operar na lógica da redução de danos implicava adequar o trabalho à realidade dos usuários, atitudes que explicitavam não apenas técnicas e aparatos, mas ainda em uma postura ética do cuidado²⁷. Embora as equipes reconhecessem a importância de adoção de protocolos e diretrizes clínicas, relatavam o quanto

tal prática podia aprisionar o cuidado em saúde e gerar conflitos perante as necessidades de flexibilização para cuidar da PSR, conforme explícito nas narrativas dos profissionais:

Nosso trabalho demanda mais disponibilidade, mais mobilidade e flexibilidade, flexibilidade com a agenda, com a área de abrangência da equipe. Se eu for muito rigoroso em aplicar e manter o protocolo, é provável que aquela pessoa de rua não se adapte ao protocolo, que é o que [também] acontece com a saúde da família. [...] eu preciso de uma flexibilização [...] ou pelo menos a um acordo interno desse protocolo, por exemplo, para tratamento da sífilis.

Observou-se ainda a flexibilidade com a área de abrangência das eCR, diferentemente do observado para o modelo da ESF, basicamente domiciliar e com territórios delimitados. Embora com territórios geográficos preestabelecidos pela gestão municipal, na prática, os limites territoriais eram mais fluidos, capilares, para alcançar o usuário onde ele estivesse – população nômade-equipe itinerante e flexível:

Tempo inteiro, fazemos busca ativa [...] alguma questão clínica né, luxação, micose, transtorno mental, ou alguém que foi agredido e tem que encontrar porque algum colega deu algum recado para a gente, a gente faz busca ativa não só nas ruas, mas nos hospitais, nos abrigos, em outros lugares fora da nossa área.

Para facilitar o encontro dos usuários, as eCR, muitas vezes, utilizavam de estratégias simples em densidade tecnológica, como a oferta de um cartão, em papel, com número de telefone, caso o usuário necessitasse contato em situação de emergência clínica ou fosse abordado para recolhimento das ruas por outros setores do poder público. Era uma estratégia simples, mas que extrapolava o que está prescrito nas normatizações. Considerando um modelo de cuidado integral e ampliado, as ações de saúde deveriam considerar

as necessidades da população, ofertadas de forma a garantir cuidado oportuno (ágil, no momento do diagnóstico, ou do contato com o usuário, na rua ou na Unidade de Saúde), efetivo e de aceitabilidade pelo usuário. Nessa perspectiva, o tempo e a oportunidade nesse modelo de cuidado eram centrais; a noção de que “o tempo é o aqui e agora” refletia-se no imediatismo das respostas das equipes, às demandas dos usuários, tal como relata um dos profissionais:

A vida que eles levam na rua não é uma coisa simples [...], e o trabalho do profissional também não é, frente a tantas urgências, tudo tem que ser feito na hora.

Estratégias de cuidado de baixa exigência, no tempo possível, respeitando-se a autonomia e desejo dos usuários nos remetem à redução de danos pautada na ética do cuidado²⁷ e aos referenciais da clínica ampliada e compartilhada²⁸. A relação terapêutica, com respeito às preferências dos usuários, fortalecendo a autonomia para a tomada de decisões sobre o processo saúde-doença-cuidado, é destacada no relato dos profissionais ao sinalizar que “a autonomia deles [PSR] é o mais importante que se consiga [com o cuidado da equipe]” ou ao referir que

a gente percebe claramente que as pessoas têm uma mudança muito importante no autocuidado [...] temos pouca coisa pra contribuir [...] mas o pouco que tem, faz diferença, sim, nessa coisa do autocuidado.

Apesar de evitar a postura paternalista, por vezes, a relação autonomia/heteronomia era um equilíbrio difícil no processo de cuidado, em especial nas condições de ameaça à vida e à integridade física dos usuários. Por lidar com casos complexos, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) – da forma como é proposta na literatura e normativas do Ministério da Saúde^{9,28} – estava presente na maioria dos casos, embora com maior

flexibilidade de metas e pactuações. Projetos de cuidado compartilhado, às vezes com pouca estruturação, eram construídos para todos os usuários, visando à melhoria da condição clínica e/ou social, conforme se destaca no relato dos profissionais:

a gente elabora o PTS de maneira mais sistemática pros casos mais complexos, em geral nas reuniões de equipe; mas todos os casos a gente tem uma proposta estabelecida e acompanha como vai evoluir [e ainda que] há o protagonismo muito grande do usuário porque todas essas propostas que a gente constrói, são construídas junto com o usuário.

As eCR ao incluírem a PSR na construção dos PTS, com definição de ações e estratégias que respeitem suas especificidades, singularidades e demandas, desenvolvem uma prática de cuidado centrada nos sujeitos e pautada em uma dimensão ético-política do cuidado. Essa dimensão pode ser mais bem compreendida se pensarmos o cuidado orientado pela noção de ‘valor’, como pensado pelo filósofo George Canguillen (1904-1995), em obra revisitada por Ayres²⁹. Nessa dimensão, as práticas transcendem normativas, apresentam-se implicadas e preocupadas com o valor humano, de defesa da vida. A dimensão ética do cuidado, como apresentado por Boff³⁰, revela ainda a intersubjetividade, os afetos e o reconhecimento dos sujeitos no ato de cuidar; o que, por sua vez, é indissociável da dimensão política do cuidado, enquanto um campo de disputa no qual emergem conflitos, relações de poder, mediações, parcerias, luta pelos direitos, entre outros. Nesse sentido, é fundamental a corresponsabilização usuário-equipe no cuidado, o respeito pelas histórias de adoecimento e sofrimento e a oportunidade desses usuários traçarem metas, fazerem escolhas e tomarem decisões¹³.

Cabe destacar que uma certa tensão no ato de compartilhar o cuidado pareceu presente na divisão das responsabilidades à medida que as eCR consideravam que deveria haver maior implicação dos demais profissionais

da Clínica, por exemplo, no atendimento à demanda livre, em momentos que o médico e enfermeiro estavam em atendimentos nas ruas. As eCR, ao reafirmarem que não eram especialistas em ‘Poprua’, buscavam reconstruir significados, diminuir o preconceito, o estigma no atendimento a essa população e sensibilizar outros profissionais, como os da ESF e gestores para a inclusão da PSR na rotina das unidades.

Nosso cuidado é compartilhado... nós não somos especialistas em população de rua e nem é isso que a gente quer, mas a gente consegue trazer para todos os profissionais da clínica [da ESF] uma corresponsabilização em torno daquele cuidado [...], que o território fora de área também era dele e a gente começou a ver que o trabalho compartilhado.

Por outro lado, atuar no mesmo espaço físico da unidade de saúde possibilitava o estreitamento da relação com os demais profissionais, à medida que as eCR podiam colaborar para a elaboração de planos terapêuticos, referidos como ‘matriciamento’, nos casos de saúde mental, uso de álcool, violência familiar/social, não adesão a terapêuticas ou mesmo em atendimentos a situações de urgências/emergências de usuários domiciliados sob cuidado das ESF. Esse compartilhamento foi considerado como reconhecimento do trabalho das eCR.

A complexidade do cuidado da PSR implicava uma pluralidade de ações e estratégias, de difícil operacionalização, que, muitas vezes, ocasionava uma certa desorganização ou fragmentação do processo de trabalho, atribuídas à itinerância, ao imediatismo, mas também à inadequação de alguns recursos estruturais, como insumos, transporte para profissionais e usuários, material de higiene pessoal, auxílio financeiro ou apoio público para participação dos usuários em eventos na cidade. Um dos desafios do cuidado das equipes é desenvolver estratégias que promovam a inclusão social da PSR e permitam sua livre circulação nas

atividades culturais e nos espaços públicos da cidade, que, por sua vez, embora fundamentais, extrapolam as atribuições do setor saúde e implicam articulações intersetoriais. Tivemos a oportunidade de acompanhar práticas de extrema potência, podemos dizer comoventes e surpreendentes no reforço à cidadania e à inclusão aos espaços urbanos, como, por exemplo, as visitas conjuntas da eCR e usuários a evento social gastronômico, um jantar ofertado por um restaurante do centro da cidade (projeto 'Refettorio Gastromotiva') à PSR, espaço e refeições dignos, com mesa, talheres e cardápios respeitosos, momentos singulares para os participantes³.

Buscar tecer articulações intersetoriais, não obstante às dificuldades, era uma das tarefas das eCR diante das demandas e das necessidades básicas da PSR. Eram demandas por direitos, do cotidiano da vida, como ajuda para obter documentos – certidão de nascimento, carteira de identidade –, para conseguir Bolsa Família, aposentadoria, vale-transporte, dentre outros direitos sociais:

As demandas dos usuários são coisas 'básicas' né, que é documento, alguma demanda de ferida, dor de dente, e tem as demandas da vida, comida, trabalho e demandas muito concretas, algumas questões de saúde física... teste de gravidez, catarro, muito curativo. Demandas por apoio social, Bolsa Família, Riocard, Benefício de Prestação Continuada... exige trabalho intersectorial; e a presença da equipe multiprofissional é importante. [grifo nosso].

Além da importância das ações intersetoriais, a articulação com outros equipamentos de saúde também era imprescindível para a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção, mas, ao mesmo tempo, causadora de tensões, dificuldades e barreiras no processo de trabalho das eCR. Um exemplo é a regulação assistencial, que gerencia o acesso a serviços especializados na RAS e Raps e a internação hospitalar, que embora considerada necessária para organizar o sistema, tinha fluxos muito

rígidos, não considerava critérios como a gravidade, a situação de vulnerabilidade da PSR e a oportunidade daquele usuário que opera na lógica do 'aqui e agora', não estando disponível para consultas, exames ou procedimentos em serviços especializados em tempo futuro, daí a lógica da entrada dos usuários pelos serviços de emergência e pronto atendimento. As estratégias que as eCR construía para conseguir o atendimento, eram muitas, vezes informais, como citadas:

Referências muitas vezes não são feitas pelo Sisreg, e sim no contato [...] a gente segue exatamente todos os fluxos, todas as regras que esses fluxos impõem, mas a gente também combina com as gestões as perversões desse fluxo.

Perverter o fluxo, conforme aponta o profissional, era, de fato, uma estratégia na produção do cuidado para não perder o vínculo com os usuários e assegurar o seu acesso nos diversos níveis de atenção da rede, conforme suas necessidades e especificidades.

Sem dúvida, o trabalho das eCR era, em diversos momentos, vivenciado pelos profissionais como gerador de angústias e sofrimentos ao se deparar com inúmeras dificuldades, tais como a carência de insumos, a falta de uma rede de saúde mais articulada, as ações descontínuas, as dificuldades de articulação com outros setores da sociedade e os limites impostos, entre outros, pela própria condição de pobreza e vulnerabilidade extrema da PSR. Por outro lado, era possível evidenciar, em outros momentos, uma satisfação e um certo encantamento, que podem ser atribuídos às características do trabalho em saúde das eCR que permitiam a autonomia do profissional para lidar com as singularidades dos usuários e tornavam o trabalho vivo e criativo, citado como uma das potências para a atuação dos profissionais.

Conclui-se que o compartilhamento do cuidado entre equipe-usuário visando à autonomia, assim como a baixa exigência para construção de vínculos terapêuticos, era estratégia potente e denota uma dimensão

ético-política do cuidado, com centralidade nos usuários e respeito pelos seus processos de adoecimento e sofrimento; dimensão esta que tem por finalidade ampliar o acesso da PSR à saúde e a outros direitos básicos, fundamentais na construção da cidadania e na defesa da vida.

Considerações finais

A PSR é um fenômeno crescente, especialmente nos grandes centros urbanos, com elevada morbimortalidade e extrema vulnerabilidade social que, como tal, necessita de estratégias de cuidado diferenciado e políticas públicas específicas que reduzam as iniquidades sociais. Mesmo em países desenvolvidos, observa-se interesse em pensar intervenções para populações flutuantes, temporárias, como o cuidado à saúde de imigrantes na Europa e nas Américas. O Brasil implementou modalidades de equipes para populações específicas, tais como ribeirinhos, população do campo e da floresta e, sem dúvida, para pessoas que vivem em situação de rua, em habitações precárias ou em condições de extrema pobreza.

Observou-se que as eCR, por meio da APS, promoviam acesso ao SUS (e por vezes a outros setores), trabalhando com as necessidades dos usuários, desde aquelas mais pontuais ou mais complexas, a maioria exigindo a construção de planos terapêuticos compartilhados que eram desenvolvidos no tempo e local oportunos, tendo em vista o imediatismo que permeia a lógica de vida da PSR. Refletir sobre as práticas de cuidado das eCR, pautadas em modelos de cuidados primários de saúde, de baixa exigência, criativo, oportuno e integral considerando as necessidades da PSR, pode trazer subsídios para formulação e implementação de políticas

públicas de saúde a outras populações vulneráveis. Se, por um lado, diversas dificuldades foram evidenciadas no cotidiano das eCR, por outro, também foram observadas estratégias potentes de cuidado na perspectiva de fortalecer a autonomia e ampliar o acesso dos usuários à saúde e aos demais direitos sociais. Essas observações nos permitiram reconhecer que o cuidado das eCR estava pautado em um modelo que priorizava os usuários, solidário, ancorado em sua essência, em uma dimensão ético-política do cuidado, comprometida, acima de tudo, com a defesa da vida e da cidadania.

O potencial do trabalho das eCR na produção do cuidado da PSR, com seus limites e potencialidades, deve continuar a ser aprofundado em outros estudos, principalmente diante da conjuntura atual de desmonte das políticas públicas de saúde. A condição de viver na rua é perversa, fruto das políticas neoliberais que acentuam a pobreza e as desigualdades sociais. Tal condição agrava-se ainda mais com políticas setoriais higienistas e proibitivas, como as ações de recolhimento e de internação compulsória da PSR, que se configuram como um retrocesso à democracia, aos direitos humanos, às políticas de equidade e de saúde pública.

Colaboradores

Todos os autores participaram igualmente das etapas de desenvolvimento da pesquisa e da elaboração do manuscrito. Engstrom EM (0000-0001-6149-3396)*, Lacerda A (0000-0002-8011-5507)*, Belmonte P (0000-0001-7674-5867)* e Teixeira MB (0000-0003-0088-9420)*. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Natalino MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto para Discussão Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016; 2246:1-36.
2. Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. 2008.
3. Costa AL, Engstrom EM, Ziliotto T, et al. Práticas promotoras de saúde do Consultório na Rua na cidade do Rio de Janeiro: desafios do acesso e dos direitos sociais da população em situação de rua. In: Figueiredo GLF, Martins CHG, Akerman M, organizadores. Vulnerabilidades e saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 345-363
4. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
5. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(7):1497-1504.
6. Brasil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1. 24 Dez 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 22 Out 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília, DF: MS, 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, DF: MS, 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2017.
11. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 2019 fev 13]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>.
12. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2001; 6(1):63-72.
13. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/UERJ/Abrasco; 2004.
14. Engstrom EM, Cardoso G, Lacerda A, et al. Strategic Analysis of Health Care Practices for the homeless in Rio de Janeiro, Brazil. In: Salazar LM, Villar RCL, organizadores. Globalization and Health Inequities in Latin America. Editora Springer. Brasil; 2018. p. 137-160.
15. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Saúde debate. 2015; 39(esp):246-256.
16. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e170.
17. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Mangueiras, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(6):1839-48.
18. Borysow IC, Conill EC, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(3):879-890.

19. Ruediger MA. O Rio em perspectiva: um diagnóstico de escolhas públicas. Rio de Janeiro: FGV; 2017.
20. Soranz D, Pisco LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagens e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 23(3):679-686.
21. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2001.
22. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Públ.* 2001; 35(1):103-09.
24. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis.* 2018 [acesso em 2019 out 15]; 28(2). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n2/e280205/pt/>.
25. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Opas; 2012.
26. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária. Diretrizes norteadoras das equipes de consultório na rua do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2017. (Série B. Normas e Manuais Técnicos).
27. Petuco DRS. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-148
28. Campos GWS, Guerreiro ADP. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
29. Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere.* 2016 [acesso em 2019 out 15]; 2(1). Disponível em: [file:///D:/Downloads/115732-Texto%20do%20artigo-211764-2-10-20170204%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/115732-Texto%20do%20artigo-211764-2-10-20170204%20(1).pdf).
30. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2002.

Recebido em 21/03/2019

Aprovado em 24/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: projeto financiado pela Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas (VPPCB)/Fiocruz, por meio do Programa de Pesquisa em Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde (PMA)